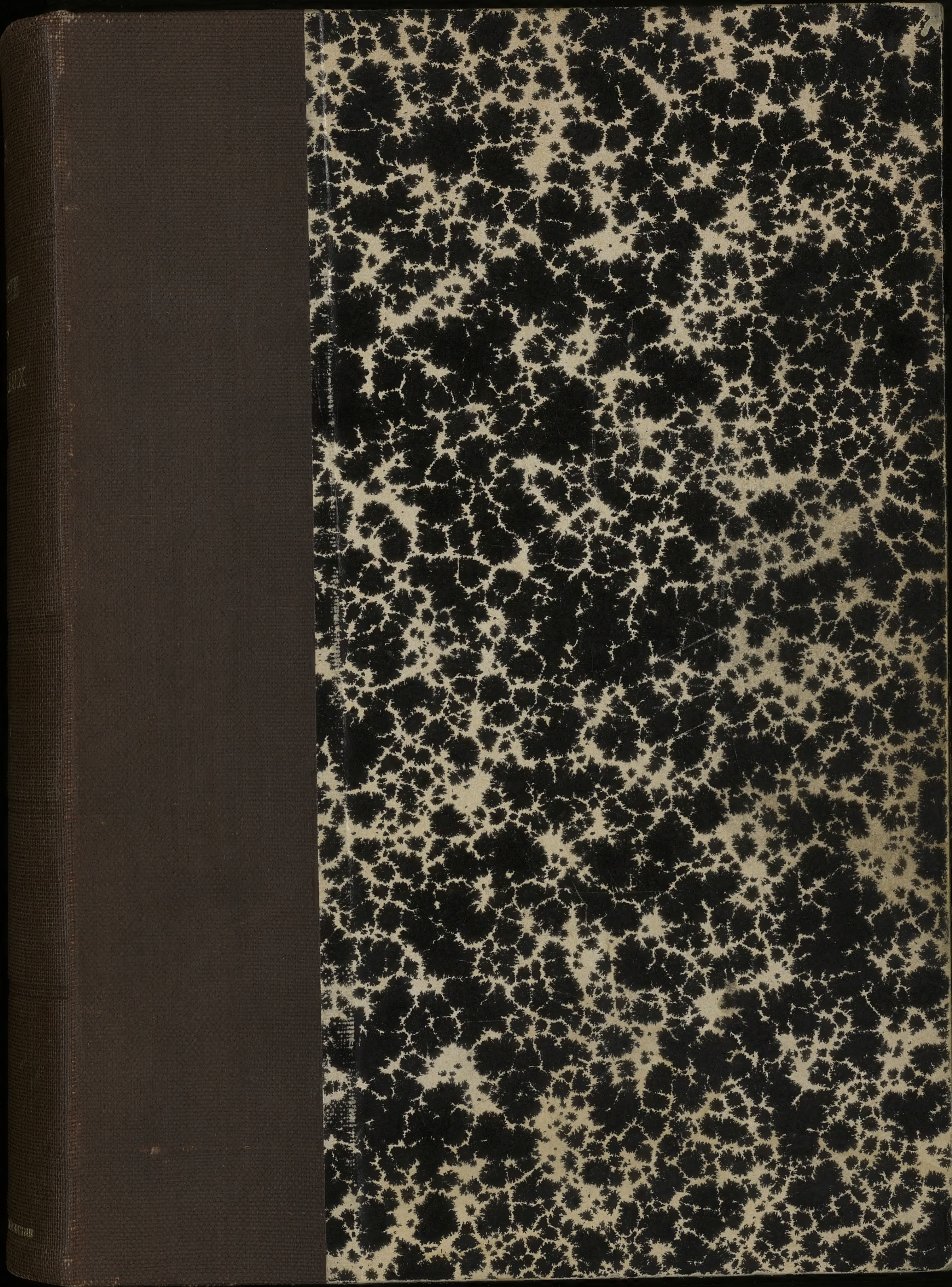


90130

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1877

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

1877

N° 1. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1877. 50e ANNÉE.. MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1877. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous reproduisons intégralement les deux discours qui ont été prononcés pour l'installation du nouveau bureau de l'Académie. M. Chatin laisse comme président les meilleurs souvenirs, et son allocution est, suivant la coutume, un résumé succinct du travail de l'année. M. Bouley s'est efforcé d'attribuer à son élection un caractère tout impersonnel. Certes, s'il y eut jamais de préjugé écartant de la présidence les membres de la section de médecine vétérinaire, on en est aujourd'hui bien loin. Mais il faut reconnaître aussi que l'Académie a été heureuse de pouvoir placer à sa tête un homme tel que M. Bouley.

Comme candidat dans la section de pathologie interne, M. Jaccoud avait pour concurrents MM. Peter, Bucquoy, Maurice Raynaud, Fournier. Il a été élu par une majorité de 63 voix sur 79. Ce sera bientôt, sans doute, le tour de M. Peter.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Revue d'ophthalmoscopie médicale de cérébroscopie pour l'année 1876.

I

Chaque année, depuis quatorze ans, je consacre les dernières cliniques du mois de décembre à la revue des faits d'ophthalmoscopie qui ont passé dans mon service. En poursuivant ainsi avec persévérance cette étude, je suis arrivé à répandre et vulgariser la cérébroscopie, de façon à la voir professée à Londres, à Vienne et dans les grands centres d'instruction médicale par d'éminents cliniciens.

C'est qu'aujourd'hui la cavité crânienne n'est plus fermée à l'observation autant qu'elle l'était jadis, avant les premiers travaux que j'ai publiés, en 1862, dans la *Gazette des hôpitaux*. Ce qui se passe dans les méninges, dans le cerveau et dans la moelle épinière, peut se reconnaître au fond de l'œil par des altérations visibles à l'ophthalmoscope. On peut conclure d'un phénomène physique observé dans l'œil à une altération cérébro-spinale, comme d'un bruit cardiaque ou pulmonaire on déduit telle ou telle lésion du cœur ou des poumons.

Quatorze années de recherches cliniques et plus d'un millier d'observations, souvent suivies d'autopsie, ont permis de vérifier ces affirmations aujourd'hui acceptées par un grand nombre de médecins. C'est qu'en effet, après la constatation des faits, on a pu voir qu'il y avait de tels rapports anatomiques et physiologiques entre l'œil et les centres nerveux, que la loi de coïncidence entre les lésions intra-oculaires et cérébro-spinales se justifiait et s'expliquait sans effort.

Cette corrélation n'est plus à démontrer, mais, d'ici à quelques temps encore, il sera bon d'appeler souvent l'attention sur elle, pour que ceux dont l'opinion n'est pas faite, puissent juger la question pour eux d'après des faits dont l'origine et l'authenticité sont incontestables. Cette année, parmi les faits les plus intéressants de cérébroscopie recueillis dans mon service, il y a eu sept cas de méningite tuberculeuse ; — un cas d'encéphalite scrofuleuse ; — deux cas de thrombose des sinus de la dure-mère ; — deux cas d'épilepsie ; — quatre cas de méningite, par carie vertébrale ; — cinq cas de chorée ; — un cas de paralysie diphthéritique ; — trois cas d'hydrocéphalie chronique ; — un cas de granulie ; — un cas d'idiotie-chorée beuglante ; enfin, cinq cas de mort avec disparition de la papille et décoloration de la choroïde examinés à l'ophthalmoscope.

Parmi ces faits, on devra remarquer un fait de méningite dans lequel l'ophthalmoscopie n'a permis de découvrir aucune lésion du nerf optique ni de la rétine. C'est une exception rare, puisque je ne l'ai observée que quatre fois en quatorze ans, et je l'ai signalée dans mon livre de 1866 ; mais il est important de ne pas l'oublier. Le voici :

Méningite tuberculeuse sans névrite optique. — Marie B..., âgée de deux ans, entrée le 8 juin 1876, malade depuis huit jours, avec fièvre, diarrhée sans vomissements et ballonnement du ventre ; pouls régulier, et de temps à autre du strabisme. T. 40°.

La diarrhée a persisté plusieurs jours et a été remplacée par une constipation trois jours avant la mort. Somnolence, strabisme intermittent ; pouls régulier très-fréquent. T. 38° Mort tranquille au dixième jour ; pas de convulsions ni de paralysie. Le fond de l'œil ne présente pas de lésion du nerf optique ni de la rétine.

A l'autopsie, méningite suppurée de la base, avec hydrocéphalie ventriculaire et quelques granulations tuberculeuses de la pie-mère. Quelques granulations semblables des poumons.

Méningite tuberculeuse névro-rétinite, hémorrhagies de la rétine. — M..., sept ans, entrée le 15 juin 1876, couchée au n° 21, salle Sainte-Catherine. Elle arrive avec des maux de tête, de l'as-

soupissement, pas de vomissements, avec de la constipation; sans cris ni soupirs, mais ralentissement du pouls.

Dans les deux yeux, gonflement, rougeur et diffusion de la papille, dont le contour est voilé par exsudation névro-rétinienne grisâtre, ardoisée, plus marquée à droite qu'à gauche; veines rétiniennes flexueuses et dilatées, artères très-fines; pas de tubercules de la choroïde.

Deux jours après, trois hémorrhagies de la rétine, deux sur les bords de la papille en dedans, et la troisième en dehors.

A l'*autopsie*, thrombose des sinus et des veines méningées; infiltration séro-purulente sous-arachoïdienne et dans les scissures de Sylvius; quelques granulations tuberculeuses et pas d'hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique; plusieurs hémorrhagies de la rétine dans les deux yeux; poumons, foie et rate remplis de granulations tuberculeuses.

Méningite avec tubercules du cerveau et de la protubérance. — Tubercules de la choroïde. — V..., deux ans, 30 mars 1876, entre avec une méningite et une névro-rétinite très-caractérisée, plus un tubercule de la choroïde.

A l'*autopsie* on trouve de la granulie, des tubercules du cerveau du corps strié de la protubérance et un seul tubercule de la choroïde, légère hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique.

Meningite tuberculeuse. — Névro-rétinite double. — Tubercules de la choroïde. — C... huit ans, entrée le 24 février 1876, n° 21, Sainte-Catherine, pour des douleurs de tête avec somnolence sans vomissement, avec selles naturelles tous les jours et ralentissement et inégalité du pouls, état qui ne l'empêchait pas de manger.

Double névrite optique avec infiltration séreuse péripapillaire cachant le contour du nerf optique; dilatation des vaisseaux rétiniens, apparition de petits vaisseaux papillaires et tubercules de la choroïde très-brillant au centre, diffus à la circonférence. T. 38 à 39°5.

Les symptômes ont continué les mêmes, les jours suivants sans vomissements, toujours avec selles naturelles, puis le pouls s'est élevé à 140, il est venu du coma, et l'enfant a succombé.

Autopsie le 4 mars 1876. Les circonvolutions sont aplaties et le cerveau distendu par une grande quantité de liquide. Il n'y a pas de caillots dans les sinus ni dans les veines méningées. La pie-mère est très-congestionnée et renferme quelques granulations tuberculeuses. La base du cerveau est le siége d'une infiltration gélatiniforme opaline surtout abondante au niveau de l'espace intra-pédonculaire, quelques exsudations purulentes à la base, sur la face supérieure du cervelet et sur la convexité des hémisphères. Les ventricules cérébraux sont dilatés par une grande quantité de sérosité et leurs parois ramollies. Dans le corps strié du côté droit et dans le pédoncule central correspondant, on trouve des foyers de ramollissement avec un pointillé d'apoplexie capillaire. Le même pointillé hémorrhagique existe sur la côte gauche de la protubérance et le pédoncule cérébelleux. Autour de ce foyer, la substance cérébrale est légèrement jaunâtre. Il n'y a pas de tubercule cérébral.

Les poumons, congestionnés, sont couverts de granulations grises transparentes, qu'on retrouve également dans le foie, la rate et les seins.

Le cœur présente quelques traces d'endocardite végétante.

La gaîne du nerf optique est distendue par du liquide et présente, au niveau du bulbe, un renflement assez prononcé.

Un tubercule de la choroïde dans l'œil gauche au-dessus de la macule.

Meningite tuberculeuse. — Névro-rétinite double. — B..., quatre ans, entrée le 4 février 1876, n° 23, morte le 12. Malade depuis huit jours, souffre de la tête et du ventre, vomit souvent et va tous les jours à la selle; somnolence; le pouls est régulier et la température 38°,2.

On hésite sur le diagnostic, et l'examen des yeux n'indique rien.

Au bout de quelques jours, même état de somnolence et du pouls; quelques cris et soupirs, mais rien de plus; et le 10 février, l'examen des yeux révèle une névro-rétinite double, bien caractérisée par la suffusion séreuse de la papille, qui disparaît peu à peu en même temps que les veines augmentent de diamètre.

Mort. Opposition à l'autopsie.

Méningite simple douteuse. — Diagnostic par l'ophthalmoscope. — Névrite optique. — M. R..., âgée de huit ans, rentrée le 24 décembre 1875, pour une maladie caractérisée par de la somnolence, de la constipation, sans céphalalgie, sans cris, sans soupirs, sans bouffées de rougeur au visage, sans vomissements, sans ralentissement ni interminences du pouls, sans phénomènes thoraciques avec une température de 37° et 38°5.

D'abord il n'y avait rien de fort appréciable dans les nerfs optiques, puis au bout de quelques jours, on vit à droite paraître le gonflement, la diffusion de la pupille et enfin un exsudat peripapillaire grisâtre ardoisé, sans dilatation des veines ni tubercules de la choroïde. L'altération devint de plus de plus visible, et il n'y eut que très-peu de chose à gauche.

L'enfant mourut au dix-neuvième jour. C'était une méningite simple avec hyperémie de la pie-mère, thromboses des veines méningées, et un peu de pus sur le vernis supérieur du cervelet et sur le côté droit de la protubérance. Rien à gauche, ni dans les scissures de Sylvius; poumons sains, sans tubercules. Légère hydropisie de la gaîne du nerf optique.

Ici, à défaut des symptômes ordinaires de la méningite, l'apparition de la névro-réténite a permis de faire le diagnostic, et la lésion du nerf optique et de la rétine à droite concidaient avec une lésion méningée prédominante à droite.

Méningite guérie. — Atrophie papillaire. — C..., quinze ans, 27 mars 1876, a eu, il y a quatre ans, une méningite qui a guérie et dont elle est sortie aveugle sans autre état morbide, puis elle a commencé à devenir sourde et aujourd'hui la surdité est presque entière.

Atrophie blanche nacrée complète. Les artères sont très-fines, les veines principales très-petites.

Convulsions finales. Thrombose des tissus de la dure-mère. Névrite cachectique et thromboses des veines rétiniennes. — S..., cinq ans, entré le 30 octobre 1875 et morte le 25 janvier dans des convulsions consécutives à un état cachectique tuberculeux et à une arthrite suppurée du coude.

Le fond de l'œil présente une névrite optique diffuse grisâtre, caractérisée par le gonflement et la disparition des bords papillaires. Les veines rétiniennes sont énormément dilatées et renferment quelques caillots.

A l'autopsie, thrombose des tissus de la dure-mère et de toutes les veines méningées, avec œdème énorme de la pie-mère. Hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique.

Granulations tuberculeuses des poumons et de l'intestin avec adénite tuberculeuse bronchique et mésentérique.

Convulsions mortelles sans autre lésion ophthalmoscopique qu'une thrombose rétinienne. Thrombose cérébrale. — D..., âgée de huit ans, entrée le 28 février 1876, a eu convulsion de trois heures qui guérit et une seconde trois jours après qui dure dix jours et qui est suivie de mort. Pendant cette convulsion, l'œil vu à l'ophthalmoscope présente un nerf optique intact et une énorme dilatation des veines rétiniennes avec thrombose de ces veines.

Dans ce cas, la thrombose des veines rétiniennes a permis de diagnostiquer une thrombose des tissus de la dure-mère, et le fait a été vérifié par l'autopsie.

A l'autopsie. — Pneumonie chronique, quelques tubercules près des poumons.

Thrombose ambrée fibrineuse des sinus de la dure-mère et des veines méningées, congestion du cerveau, rien dans la substance nerveuse.

Hydrocéphalie chronique; — nevro-rétinite. — Un garçon de quatre ans, amené le 11 avril 1876 dans mon service, a une tête grosse et les os du crâne bien formés non ramollis. Depuis six semaines il a de fréquents maux de tête à la région occipitale dans lesquels il vomit et pour lesquels on le couche. Il a du strabisme convergent et voit souvent double. Son pouls est inégal, irrégulier, ralenti 60, mais son intelligence est très-vive, il marche bien, n'a eu ni convul-

sions ni paralysie, et il voit assez clair pour lire à toute distance.

A l'*ophthalmoscope*, les deux papilles sont complétement effacées sous une large infiltration grisâtre opaline qui se dégrade sur les bords, et les contours papillaires sont absolument invisibles. On ne voit le centre du fond de l'œil que par le point d'émergence des vaisseaux. Les artères sont peu visibles, les veines ne sont pas dilatées, sont flexueuses, semblent parfois interrompues, et sur quelques veinules il y a des points miliaires hémorrhagiques.

Hydrocéphalie chronique. — Tuberculose générale. — Névrite optique. — Hémorrhagies de la rétine. — Julia N..., douze ans, entrée le 8 mai 1876 au n° 4 de Sainte-Catherine, pour des vomissements et douleurs de tête, mais pas de modifications du pouls, de constipation, ni de troubles d'intelligence, du mouvement ou de la sensibilité. Elle tousse un peu et offre un peu d'induration au sommet du poumon droit.

Légère névrite optique au moment de l'entrée. Deux jours après, la papille est plus effacée, plus rouge, et son contour gris brunâtre a perdu sa netteté. Au bout de huit jours, toute la rétine est couverte de petites hémorrhagies de volume variable, le long des vaisseaux et douleur intervalle. Les veines ne sont pas dilatées et n'accusent aucune pression intracranienne. Les artères sont extrêmement fines et peu visibles.

Les hémorrhagies se sont résorbées en huit jours, et il ne restait que la névro-rétinite. Puis il est revenu d'autres hémorrhagies rétiniennes qui ont disparu de la même façon. Puis il en est revenu de nouvelles.

Enfin l'enfant a succombé. Elle offrait une hydrocéphalie ventriculaire considérable, avec ramollissement blanc des parois des ventricules latéraux, pas de tubercules du cerveau ou des méninges. Les poumons renferment un grand nombre de granulations tuberculeuses.

Hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique et gonflement notable de la papille optique. Çà et là, quelques petites taches rouges imperceptibles qui sont les traces d'anciennes hémorrhagies.

Idiotie. — Chorée beuglante symptomatique. — Atrophie papillaire. — C..., six ans, entrée le 17 mai 1876, revenue de nourrice, aboyant déjà et vint dans mon service, où elle n'est restée que trois jours. Depuis lors cela a continué, elle marche difficilement, ses mains sont contracturées, elle essaie de manger seule sans y arriver. On la ramène une seconde fois, mais au bout de huit jours elle rentre dans sa famille.

Vision affaiblie, difficile à apprécier, vu l'état intellectuel. Il y a une atrophie papillaire double encore peu avancée. De plus, on constate des plaques d'atrophie choroïdienne assez larges, d'un blanc jaunâtre, semées de pigment noir, et dans les parties antérieures, des taches de pigment sans atrophie.

Microcéphalie ; idiotie. — Heminévrite optique et atrophie choroïdienne. — C..., âgée de deux ans, entrée le 6 décembre 1876. Cette enfant, dont le crâne consolidé est très-petit, 41 centimètres de circonférence, est idiote. Elle se porte très-bien. Elle a du nystagmus et semble voir les objets extérieurs.

Chaque papille est blanche, atrophiée dans sa partie interne, et, autour, il y a une atrophie pigmentaire choroïdienne très-considérable.

L'enfant sort au bout de deux jours.

Chorée électrique. — Névrite optique. — Marie M..., dix ans, entrée le 23 octobre 1876 pour une seconde attaque de chorée très-violente datant de deux mois, d'origine rhumatismale et caractérisée surtout par des mouvements sous forme de secousses électriques faisant sauter les membres et le tronc qui a l'air d'être affecté de tétanos.

La vision est parfois troublée par des obnubilations, et, dans les deux yeux, le nerf optique est gonflé, aplati, fortement voilé par une nuage œdémateux qui s'étend un peu sur la rétine voisine. — Il n'y a rien dans les vaisseaux.

Chorée. Névrite optique. — C..., huit ans, entrée le 13 mars 1876, atteinte de chorée violente générale; première attaque depuis trois semaines. Les deux papilles sont gonflées aplaties, rouges, diffuses, à contours mal limités, sans altération des vaisseaux.

Elle sort guérie au bout de six semaines, et ses yeux sont dans le même état.

Chorée. — Endocardite. — Névrite optique. — P..., neuf ans, entrée, le 16 octobre 1876, pour une première attaque de chorée datant de trois mois. Les mouvements sont très-violents, occupent les deux côtés du corps, empêchent l'enfant de parler et de se tenir debout, ni même de soutenir sa tête. Pas de troubles de la sensibilité. Souffle cardiaque intense à la pointe du cœur.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont rouges et confuses, de façon à voiler leur contour.

Vingt jours après, la chorée étant presque guérie, lorsque l'enfant succomba subitement, et, à l'autopsie, on trouva une endocardite végétante et des traces de méningite spinale chronique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Lancereau se porte candidat à la place vacante dans la section d'*anatomie pathologique.*

2° Une lettre de M. le docteur Girard, d'Annecy (Haute-Savoie), accompagnant un mémoire manuscrit, intitulé : *Considérations sur l'affaissement de la trachée après la section de cet organe dans l'opération de la trachéotomie.* (Com. : MM. Barth, Roger, Moutard-Martin.)

3° Une lettre de M. le docteur Garrigou, de Toulouse, dans laquelle ce docteur maintient l'exactitude de l'analyse des Eaux-Bonnes faites par lui et reprise contradictoirement par M. Filhol.

INSTALLATION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1877.

DISCOURS

M. CHATIN président sortant, s'exprime en ces termes :

Très-honorés et chers collègues,

Au moment de quitter la présidence à laquelle, par une faveur que toute une vie de dévouement sera impuissante à reconnaître, m'ont élevé vos honorables et libres suffrages, je viens, me conformant aux règlements qui sont notre charte tutélaire, rappeler à grands traits les actes de votre illustre compagnie dans le cours de l'année qui finit.

D'importantes communications, de savantes discussions, qui formeront de belles pages dans l'histoire de l'Académie, ont rempli nos séances dans le cours de cette année; ce sont, dans l'ordre à peu près chronologique :

La discussion sur la myopie, à laquelle ont pris part MM. Perrin, Giraud-Teulon, Roger, Bouillaud, Larey, Legouest et J. Guérin.

Une communication de M. Verneuil, sur le rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme.

La discussion sur la leucocytose, éclairée par la parole de MM. Bouillaud, Bouley, Gosselin, Gubler, Chauffard, Blot, Verneuil, Reynal, Ricord, Colin, Depaul, Chauveau.

Le résumé, par M. Poggiale, des travaux de la commission, chargée d'examiner la question de l'assainissement des Halles centrales.

Un rapport de M. Hardy, sur le lupus de la main, rapport suivi d'observations, par MM. Devergie et Hillairet.

Un rapport de M. Gubler sur l'aconit et ses préparations ; celui de M. Marey, sur le dicrotisme et le polycrotisme.

Une communication de M. J. Guérin sur l'ostéotomie, dans le traitement des courbures rachitiques.

Un travail de M. Bérenger-Féraud, sur le traitement de la colique de plomb à la Martinique, point de départ d'une discussion, dans laquelle se sont fait entendre MM. Gubler, Hardy, Leroy de Méricourt et Larey.

La colique sèche des pays chauds a amené à la tribune avec MM. Leroy de Méricourt et Briquet, MM. Rufz de Lavison et Mialhe.

Les causes du souffle puerpéral ont été appréciées par MM. Bouillaud, Depaul, Colin.

Une communication de M. Woillez sur le spirophore a été suivie d'une discussion entre l'auteur et MM. Colin, Leroy de Méricourt, Depaul, Devergie, Piorry.

Une étude de M. Broca sur la topographie cérébrale et l'histoire des circonvolutions.

La discussion sur l'éléphantiasis du nez, par MM. Alphonse Guérin, Hardy, Gosselin, Richet, Larrey, Blot, Villemin.

La communication de M. J. Guérin sur le traitement abortif de l'anthrax; celle du même auteur, sur les mouvements de flexion et d'inclinaison de la colonne vertébrale.

Les études de M. Jolly, touchant l'hygiène morale.

La lecture de M. Magne sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des animaux, suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Devilliers, Blot, Devergie, Depaul, J. Guérin, Bouley, Piorry, Hervieux.

Le discours de M. A. Guérin à l'inauguration du buste de Desault.

Enfin, les communications de : M. Verneuil sur une opération de gastrotomie, de M. Léon Le Fort sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Les rapports de prix pour 1875, dont plusieurs, tardivement lus, ont contribué au retard regrettable de la séance annuelle, ont été faits : par MM. Verneuil, Colin, Hirtz, Richet, Trélat, Depaul, Charcot, Civrieux, Dolbeau et Devilliers, pour les prix de l'Académie, Barbier, Lefèvre, Amussat, Godard, Capuron, Portal, Civrieux, d'Argenteuil, d'hygiène de l'enfance.

Des rapports généraux ont été présentés : par MM. Blot et Briquet sur les vaccinations et le service des épidémies en 1873; par M. Laboulbène sur le service médical des eaux minérales en 1872 et 1873.

M. Lefort a lu des rapports sur vingt-quatre analyses d'eaux minérales exécutées, vu l'insuffisance des installations près l'Académie, dans ses laboratoires particuliers, par M. Bouis, notre savant et si consciencieux chef des travaux chimiques. M. le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé vingt-cinq nouvelles demandes d'analyses d'eaux minérales; plusieurs de ces analyses, déjà faites, sont prêtes à être rapportées.

Nous ne saurions quitter la question des eaux minérales sans rappeler le rapport fait par M. Broca sur la fondation Gerdy.

M. Personne, dont les intéressantes lectures rappellent celles de notre si regretté collègue Robinet, n'a pas lu moins de quarante-deux rapports sur les demandes en autorisation de remèdes secrets. On sait d'ailleurs que, depuis trop longtemps, des inventeurs spéculant sur la crédulité publique et la paresse toujours croissante des médecins à formuler, n'attendent pas l'approbation de l'Académie pour vanter, au mépris de la loi, leurs panacées fantastiques à la quatrième page des journaux.

L'Académie a reçu de M. le ministre de l'instruction publique mission de rédiger une instruction pour la mission scientifique en Japon de MM. Mangeot et Berson.

Le service de la vaccine a expédié 5,048 plaques de vaccin, 442 tubes et chargé 3,978 lancettes.

Soixante mémoires scientifiques ont été soumis par des étrangers au jugement de l'Académie; les rapporteurs voudront sans retard, soit présenter leurs rapports, soit, en cas de non-lieu, déposer ces mémoires aux archives.

Nous sommes entrés en possession du legs Desportes; le Conseil d'État, enfin saisi, va statuer sur le legs Demarquay; l'instance est ouverte pour l'acceptation du legs Buchon, de Quingey (Doubs).

La mort nous a ravi quatre membres titulaires, l'honneur de notre compagnie : Andral, dont le renom a brillé au premier rang durant un demi-siècle; Béhier, frappé quand, avec une ardeur toujours juvénile, il tentait de trouver les règles de la clinique dans l'expérimentation sur les animaux; Buignet et Gobley, l'honneur de cette pharmacie française, qui ne demande la considération qu'à la dignité professionnelle et à la science, enrichie de ses découvertes. — De savants et déjà éminents collègues : MM. Lasègue, Léon Le Fort, Oulmont, Chéreau, sont venus remplir une partie des vides cruels faits dans nos rangs.

Trois associés nationaux ont été élus, à savoir : MM. Chauveau, à Lyon; Favre, à Marseille; J. Roux, à Toulon.

L'Académie qui avait perdu deux correspondants : M. Marquis, à Tonnerre et M. Putégnat, à Lunéville, a nommé M. Willemin.

La grosse, la vitale question pour notre compagnie, d'une installation digne et définitive, a fait un pas décisif. Un terrain nous est donné au Luxembourg; les études sont faites, et, dès la rentrée des chambres, un projet de loi sera présenté pour l'allocation des fonds de construction. L'allocation se répartira-t-elle sur deux ou trois années? A cela se réduit l'inconnue; mais nos communs efforts et ceux de nos amis au gouvernement et dans les chambres semblent assurer la solution la meilleure.

Notre satisfaction serait complète si le siége de la nouvelle Académie était sur un point plus central que le Luxembourg. Espérons du moins qu'une dotation, plus digne de notre compagnie, permettra à chacun de diminuer, sans aggravation de son budget, les inconvénients de la distance.

Messieurs et chers collègues.

Votre bienveillance, qui m'avait élevé au fauteuil que je vais quitter, pour faire place à mon éminent ami, M. Bouley, s'est continuée, me rendant facile l'exercice, si délicat, du grand honneur qu'elle m'avait fait. Soutenu par elle, m'inspirant de la dignité et des intérêts de l'Académie, toujours préoccupé de témoigner, en l'accordant avec le respect des règles communes, ma déférence pour chacun des collègues parmi lesquels beaucoup ont été mes maîtres, j'ai pu atteindre le terme de mon mandat.

En reprenant mon rang entre les plus assidus, je n'oublierai jamais les dettes que j'ai contractées envers l'Académie et chacun de vous.

M. BOULEY, président pour l'année 1877, invité par M. Chatin à prendre place au fauteuil, donne lecture du discours suivant :

Messieurs,

Au moment de prendre possession de ce fauteuil, mon premier devoir est de vous exprimer ma profonde gratitude pour le grand honneur que m'ont fait vos suffrages en m'appelant à l'occuper.

Cet honneur, Messieurs, n'avait encore été attribué qu'une seule fois, depuis la fondation de l'Académie, à un membre de la section à laquelle j'appartiens; mais lorsque Barthélemy aîné fut investi de cette dignité en 1840, ce n'avait été que par une exception déterminée par un accident.

Le fauteuil de la présidence était devenu vacant par la mort de celui qui l'occupait ; et Barthélemy fut élu pour remplir cet intérim.

L'Académie était alors sous l'impression des débats mémorables auxquels avait donné lieu la constatation définitive, que venait de faire Rayer, de la transmission à l'homme de la morve du cheval. Dans la lutte de l'idée nouvelle contre les convictions inclairvoyantes du passé, Barthélemy s'était dévoilé orateur de premier ordre, et s'il n'avait pu réussir à gagner la cause dont il s'était fait le défenseur, il avait gagné la sienne, en se plaçant dans l'Académie à un rang d'élite, par le beau talent de tribune qu'il venait de déployer. L'Académie donna à Barthélemy un témoignage de la hauteur de l'estime en laquelle elle le tenait, en l'appelant à remplacer Bailly pendant les cinq mois qui restaient à courir jusqu'à l'élection réglementaire d'un nouveau président.

Mais ce témoignage avait quelque chose de très-personnel ; et je suis convaincu qu'à cette époque, plus d'un bulletin de vote en faveur du membre de la section de médecine vétérinaire est tombé dans l'urne comme l'expression plutôt d'un *Quoique* que d'un *parce que*.

Ce n'est pas, cependant, que déjà, à cette date, la médecine vétérinaire n'eût accompli de grands progrès, et qu'elle ne fût ou n'eût été représentée dans cette Académie par des hommes éminents qui n'eussent pas été inférieurs à la dignité présidentielle.

Témoin Huzard, membre de l'Institut de France depuis sa fondation, dont les travaux et la vie scientifique ont été prisés assez haut

par l'illustre Pariset, pour qu'il leur ait consacré un de ses plus beaux panégyriques dans une de vos séances solennelles : honneur insigne, réservé à de rares élus.

Témoin encore Girard, ancien directeur de l'école d'Alfort, dont les livres, longtemps classiques, ont été les initiateurs et les guides de nombreuses générations d'élèves et de praticiens.

Et le professeur Dupuy, d'Alfort, qui s'était attiré l'universelle estime pour cette science universelle dont il était comme surchargé, ce qui l'empêchait trop souvent de tirer un parti bien ordonné des richesses qu'il avait accumulées.

Après ces noms, il en est un autre que la justice comme la gratitude me commande de vous citer encore : c'est celui de M. Bouley jeune, qui, simple vétérinaire exerçant à Paris, et même, circonstance aggravante, pour l'époque surtout, chef d'un atelier de maréchalerie, avait su se placer si haut dans la considération publique, qu'au bout de dix ans à peine d'exercice, il s'était rendu digne de cette Académie, et qu'il en devint membre, par voie d'élection, la deuxième année de sa fondation. Honneur très-grand dont il eut toute sa vie la juste fierté, et qu'il sut reconnaître par une collaboration active dans toutes les questions où sa compétence imposait à sa modestie l'obligation d'intervenir.

Pendant plus de trente ans, on trouve dans nos bulletins la marque de cette activité consciencieuse et éclairée, mais toujours réservée; et sans doute que parmi les suffrages qui m'ont élevé à la dignité du fauteuil présidentiel, plus d'un a été inspiré à mes confrères par le souvenir conservé de l'homme qui, pendant sa longue existence académique, avait toujours occupé si dignement sa place dans cette enceinte.

Il me plaît, messieurs, d'invoquer aujourd'hui, devant vous, ces noms, vénérés et aimés, des anciens de la section dont je fais partie. Je leur devais l'hommage de ce souvenir, car s'il ne leur a pas été donné de « monter sur le faîte », parce que leurs temps n'étaient pas venus, du moins ils en étaient dignes, et ce n'est que justice de dire qu'ils en ont préparé les accès à leurs successeurs, et que ce qui arrive aujourd'hui est pour une bonne part l'œuvre de leurs efforts.

Mais une bonne part en revient aussi à ceux qui les ont suivis dans les voies qu'ils avaient ouvertes. Que de progrès accomplis pendant ces trente dernières années, tout particulièrement. Pas une branche de la science à laquelle ne se rattachent des œuvres nombreuses, quelques-unes de premier ordre, et portant toutes témoignage du grand mouvement qui s'est produit dans cette médecine seconde, qui a pour objet l'étude des maladies de nos animaux domestiques, ces frères inférieurs, comme aurait dit Michelet, avec lesquels nous sommes si étroitement associés, que nous vivons par eux plus encore qu'ils ne vivent par nous, car ils ont été la condition première de la constitution de la société humaine et ils en demeurent la condition permanente.

Nous vivons tous, encor, de *leurs* bienfaits obscurs,
Des trésors de *leurs* flancs répandus en silence.

C'est M. de Laprade qui chante ainsi les louanges de nos vaches, dans son *Livre d'un père*.

Parmi les maladies de nos animaux, les unes sont identiques aux nôtres; les autres plus ou moins particulières aux espèces ou communes entre elles; d'autres sont susceptibles d'être échangées entre elles et nous : réciprocité redoutable, à une seule exception près, où cet échange nous est bienfaisant, mais qui, dans tous les cas, donne un intérêt d'un ordre supérieur à l'étude des maladies qui nous sont communes à nous et à nos bêtes et démontre combien le royal fondateur de cette Académie a été bien inspiré lorsque, sous les inspirations d'un grand maître, Dupuytren, dont le professeur Dupuy (d'Alfort), son ami, était dans ce cas le conseil, il a réservé une place dans cette enceinte à une section de médecine vétérinaire.

Dès ce moment, les deux médecines, sœurs par la force des choses, le sont devenues plus étroitement encore par la mutualité de leurs efforts, par le concours qu'elles se sont prêté, et dans la longue collection des volumes de vos bulletins se trouve le témoignage de la grandeur de l'intérêt que l'Académie a toujours attaché à l'étude de toutes les questions de médecine comparée, par le nombre et l'étendue des séances qu'elle leur a consacrées.

Si leur souvenir m'en revient comme naturellement à l'esprit dans ce jour d'investiture de la dignité présidentielle, accordée par vos suffrages à l'un des membres de la section de médecine vétérinaire, c'est que cet honneur se rattache, par une connexion que je me plais à reconnaître, à la participation si active qu'ont prise au mouvement scientifique de notre époque les représentants de cette médecine et dans cette enceinte, et dans les corps enseignants de nos écoles, et dans la profession civile et dans l'armée.

Voilà, Messieurs, la signification qu'il me paraît juste de donner à l'élection dont vous m'avez honoré. Ainsi envisagée, elle marque une date ; car ce n'est pas, comme en 1840, un honneur tout individuel que vos suffrages ont décerné; cet honneur est connectif; il s'adresse à cette sœur si tardive de la médecine humaine qui, abandonnée pendant de longs siècles à l'empirisme le plus grossier, n'a été établie sur une base vraiment scientifique qu'à la fin du dix-huitième, où l'illustre Bourdelat fonda les écoles destinées à son enseignement; et depuis, elle a prouvé, par le nombre et l'importance de ses œuvres, la fécondité de l'idée que Bourdelat avait conçue.

Maintenant, Messieurs, laissez-moi vous dire que je sais, je comprends et j'accepte les devoirs que m'impose ce rang élevé que m'ont donné vos suffrages et pour m'y conformer, croyez-le bien, ce n'est pas la bonne volonté qui me manquera.

Mon honorable prédécesseur me lègue la continuation d'une tâche à laquelle il a pris une part très-active, dont il a accepté la responsabilité devant vous avec le juste sentiment d'avoir fait ce que réclamait l'intérêt de l'Académie. Vous pressentez que je veux parler de cette grave et difficile affaire, de son installation dans des conditions qui soient dignes de son rang, de son rôle, de sa grandeur, du nombre et de l'importance de ses services.

Rien de plus urgent, nous le comprenons tous, que de sortir de la situation déplorable qui est la nôtre depuis si longtemps.

Sans doute que, grâce aux soins de notre secrétaire perpétuel, une importante amélioration vient d'être réalisée. Depuis quinze jours, nos fauteuils ont cessé d'être métaphoriques. Mais cette salle où nous tenons nos séances demeure, avec ses conditions d'acoustique si mauvaises que, dans un trop grand nombre de cas, on y entend tout le monde, excepté l'orateur qui parle à cette tribune.

Notre bibliothèque demeure aussi, avec son espace si rétréci, son obscurité, ses cryptogames destructeurs de nos livres et de nos archives, de concert avec les rongeurs, en sorte qu'en définitive, elle est comme si elle n'était pas, puisque toutes ses richesses demeurent inféconde, faute de pouvoir être exploitées.

Votre laboratoire de chimie n'est qu'un cabanon inhabitable.

Votre salle du conseil serait à peine acceptée par un conseil d'hygiène et de salubrité.

Et votre service de vaccine ! une seule chose existe ici pour son fonctionnement : c'est la bonne volonté de ceux qui ont accepté la tâche de le diriger et qui ont toujours fait pour le mieux dans les mêmes conditions.

Inutile, n'est-ce pas, de pousser plus loin cet examen qui, de quelque côté que l'on tourne les regards, nous montre les choses sous le plus triste aspect.

Heureusement que le moment est venu où, après cinquante ans de doléances auxquelles il n'a été répondu, périodiquement que par d'inutiles promesses ; nous allons enfin pouvoir entrer dans la période de réalisation des vœux depuis si longtemps formés, pour que l'Académie soit installée dans un local accommodé à toutes les nécessités de ses services.

Les circonstances sont pour cela devenues propices.

D'abord, l'Académie n'est plus dans le dénûment absolu des années antérieures. Grâce à la donation généreuse que lui a faite notre regretté confrère Demarquay, en témoignage de sa reconnaissance pour le titre dont il prisait si haut l'honneur, que vos suffrages lui avaient accordé, elle peut maintenant s'aider elle-même, ce qui, d'après ce qu'affirme la sagesse des nations, est la meilleure des conditions pour qu'elle trouve une assistance supérieure.

Cette assistance, la chambre des députés est prête à la lui donner.

La chambre d'aujourd'hui, en effet, chose qui ne s'est pas rencontrée souvent et qui sera, pour elle, un beau titre à la reconnais-

sance de l'avenir, la chambre est profondément pénétrée de l'importance de la science, de la grande et nécessaire influence qu'elle doit exercer sur les destinées des populations, et, malgré toutes les charges qui oppriment le budget de l'État, elle sait trouver des ressources pour toutes les institutions scientifiques qui doivent contribuer au développement intellectuel du pays.

L'Académie est de ce nombre; et sa cause, si longtemps indifférente aux pouvoirs publics, trouve aujourd'hui pour soutien, au sein même de cette assemblée qui nous est sympathique, le groupe considérable des députés qui nous sont liés par les liens de la confraternité et de la communauté des idées.

L'efficacité de leur intervention vient de se manifester, vous le savez, Messieurs, par la concession qui nous a été faite du terrain sur lequel devra s'élever cet édifice si longtemps espéré, et qui va cesser d'être un mirage, pour prendre corps enfin avec les dispositions les mieux étudiées d'aménagement de tous vos services.

Mais cette terre si longtemps promise, et que nous allons enfin posséder, elle est bien lointaine, a-t-on dit; et pour plusieurs d'entre vous, Messieurs, la première impression, à la nouvelle du changement projeté, a été celle de la crainte que, plus éloignée du centre, l'Académie ne fût délaissée par son public, voire même par un certain nombre de ses membres, et qu'ainsi elle ne fût amoindrie dans son rôle et dans son influence.

Mais cette impression n'a pas tenu longtemps devant un examen réfléchi des choses.

N'était-ce pas, en effet, méconnaître un peu trop l'importance de l'Académie que de subordonner sa force d'attraction sur le public et l'énergie de son action sur le mouvement scientifique à une question de latitude : latitude dont le degré se mesurerait par quelques centaines de mètres.

La gloire de l'Académie, Messieurs, a de plus longs rayons, et vous saurez bien toujours la faire éclater partout où vous tiendrez vos séances.

Voulez-vous maintenant, Messieurs, que je vous dise, avant de terminer, quel serait l'idéal que, pendant l'année de ma présidence je désirerais voir se réaliser :

Je voudrais que toutes les fois que quelqu'un prend la parole ici, il trouvât toujours devant lui un auditoire auquel pourrait s'appliquer avec toute vérité le vers classique par lequel débute le deuxième chant de l'*Énéide*.

Je voudrais que notre ordre du jour, surchargé à chaque séance, témoignât toujours de l'activité de nos travaux, de l'empressement de nos rapporteurs et du concours persévérant des savants qui viennent nous communiquer les résultats de leurs observations et de leurs recherches.

Je voudrais que le souvenir du temps de notre candidature nous inspirât pour ceux qui briguent l'honneur d'entrer dans nos rangs, lorsque des vides viennent à s'y produire, ce sentiment humain, si bien exprimé par ce vers si classique encore que le poëte a mis dans la bouche de Didon :

Haud ignara mali, miseris succurrere disco.

et que conformément à cette pensée charitable, on ne prolongeât jamais, pour les candidats, au delà du temps réglementaire, le *supplice* de l'attente et de toutes ses incertitudes.

Je voudrais que nos prix trouvassent de nombreux compétiteurs, dignes de les obtenir, et qu'ainsi les concours, que la libéralité de nos donateurs nous permettent d'ouvrir cette année, ne fussent jamais stériles.

Je voudrais. . . . . . .

Mais le champ des aspirations est sans limites, et il faut que ce discours ait les siennes. Je termine donc, Messieurs, en vous renouvelant l'assurance que je vais faire tous mes efforts pour ne pas rester inférieur à la position si honorable que je dois à l'assentiment de vos suffrages.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voix du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

La Commission présentait : en première ligne, M. Jaccoud.
En deuxième, M. Peter.
En troisième, M. Maurice Raynaud.
En quatrième, Bucquoy.
En cinquième, M. Fournier.
Le nombre des votants était de 75, majorité absolue 40.

M. Jaccoud obtient.	63 voix.
M. Peter.	11
M. Maurice Raynaud	4
M. Bucquoy.	2

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 28 décembre 1876, il a été déclaré 956 décès, soit 26.8 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 6. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 60. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 55. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8. — Angine couenneuse, 29. — Croup, 18. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 3. — Autres affections aiguës, 244. — Affections chroniques, 411, dont 70 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 25.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 10 au 16 décembre 1876, 367, soit 27.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 15. — Scarlatine, 17.

— ROME (262,428 hab.). — Décès du 27 novembre au 3 décembre 1876, 172, soit 34.1 décès pour 1,000 hab. et par année. — Pneumonie, 35.

— BUDA-PESTH (300,000 hab.). — Décès du 10 au 16 décembre 1876, 220 décès, soit 36.7 décès pour 1,000 hab. et par année. — Angine couenneuse, 5.

— NEW-YORK (1,067,558 hab.). — Décès du 12 au 18 novembre, 426 décès, soit 20.7 par 1,000 hab. et pour l'année. — Diphthérie, 24.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Esback, docteur en médecine, est nommé chef des travaux chimiques au laboratoire de clinique de l'hôpital Necker (emploi nouveau).

M. Ducastel, docteur en médecine, ancien chef de clinique est nommé chef des travaux anatomiques dudit laboratoire (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. de Valon (Abel), commis d'économat au lycée Louis-le-Grand, est nommé secrétaire agent comptable de la faculté.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, professeur de physiologie générale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Dastre, docteur ès sciences.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Hébert de la Rousselière, docteur en médecine, est institué chef des travaux chimiques.

— *École de médecine de Grenoble.* — Des concours seront ouverts à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, savoir :

1er mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale.

Le 6 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements.

Le 14 mai 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture desdits concours.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Lepeyre (Jean-Numa), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine, pour une période de dix années.

M. Dianoux (Edouard-Victor-Gustave), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie pour une période de dix années.

M. Lahaye (Jules-Pierre), est institué prosecteur.

M. Berlet, secrétaire agent comptable, est nommé, en outre, bibliothécaire de l'école.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Prunier, préparateur des travaux pratiques de première année, est nommé chef des travaux pratiques de première année, en remplacement de M. Jungfleisch.

M. Prunier est nommé, en outre, surveillant des manipulations de troisième année.

M. Blarez est nommé préparateur des travaux pratiques de première année, en remplacement de M. Prunier, appelé à d'autres fonctions.

— *Ecole de pharmacie de Nancy.* — M. Mailliot (Édouard), né à Nancy, le 31 octobre 1853, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur, en remplacement de M. Küss, démissionnaire.

— La Société de médecine pratique vient de renouveler son bureau pour l'année 1877. — Ont été élus :

Président, M. L. Duchesne. — Premier vice-président, M. Al. Guillon. — Deuxième vice-président, M. Bouland. — Secrétaire général, M. Gillet de Grandmont. — Secrétaires annuels, M. Muselier, M. A. Brochin. — Trésorier, M. Caron.

— La Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire a institué, il y a un an environ, un prix de la valeur de 800 francs, à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur *l'anémie chez les mineurs.*

Six mémoires ont été envoyés au concours. Celui de M. Anatole Manouvriez (de Valenciennes) a été couronné dans la séance du 29 courant. Trois autres mémoires d'une réelle valeur, et vraiment dignes du prix si M. le docteur Manouvriez n'eût pas concouru, seront, à défaut d'autres récompenses pour les auteurs, imprimés dans les *Annales de la Société de médecine*, à la condition toutefois que lesdits auteurs se feront connaître et donneront leur consentement.

Les mémoires portent les épigraphes suivants : 1° *Le véritable fléau des houllières, ce n'est pas le grisou, c'est l'air qu'on y respire.* — 2° *Vitam impedere vero.* — 3° *Ma lampe est mon soleil ; tous mes jours sont des nuits. Aer pabulum vitæ.*

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire des cliniques, recommencera son cours de technique microscopique, le 10 janvier, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lautier, près le Châtelet, de midi à une heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium........................		
Matières organiques........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre. Raoul Bravais

Apozème de santé Lemaire.

L'Apozème de Santé Lemaire, employé par un grand nombre de médecins, est le plus doux laxatif rafraîchissant; il guérit la CONSTIPATION la plus opiniâtre et les affections qui l'accompagnent, telles que les HÉMORRHOIDES, l'Hystérie, la Goutte, les Rhumatismes, la Migraine, les Congestions cérébrales, et rétablit les fonctions digestives de l'estomac. (V. Instruction.)

Prix : la boîte : 2 fr. 50 (par mandat-poste 2 fr. 75).

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.)*, des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière, son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50

Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros. Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eaux arsenicales de LA BOURBOULE.

Cinq Sources arsenicales chaudes et froides.

1° GRANDE SOURCE PERRIÈRE. *Très-arsenicale, chlorurée sodique et bicarbonatée sodique forte :* Lymphatisme, scrofule, maladies de la peau, fièvres intermittentes et rhumatisme.

2° LA PLAGE. *Composition et propriétés analogues à celles de la source Perrière.*

3° SÉDAIGES. *Mêmes principes, mais à doses plus faibles que dans les sources précédentes.* S'emploie contre les mêmes affections chez les constitutions impressionnables et les tempéraments névropathiques.

4° FENESTRE N° 1, froide. *Minéralisation moyenne par l'arsenic, le chlorure de sodium et les bicarbonates, quantités notables de fer et de silice :* Chlorose, anémie, eczémas chroniques, syphilides invétérées.

5° FENESTRE N° 2, froide. *Mêmes principes chimiques, en quantité moindre, bicarbonate de magnésie en proportion sensible :* Gastralgies, dyspepsie, convalescence. Elle doit être utilisée comme *Eau de table* dans tous les cas où il s'agit de reconstituer un organisme affaibli.

Ces cinq Sources forment une série graduelle d'agents thérapeutiques que le médecin saura mettre à profit selon les circonstances.

Grâce à la fixité de leur composition, ces eaux se transportent sans subir aucune altération.

Détail : *Chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minérales.*

Gros : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Constipation guérie

sans purger par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

N° 2. — SAMEDI 6 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 6 JANVIER 1877. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Dans l'espoir que l'année qui commence n'héritera pas nécessairement de la constitution médicale que semblait devoir lui léguer l'année qui vient de finir, et que l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur Paris et sur une grande partie de la France, pendant presque toute la seconde moitié de cette année, va avoir prochainement son terme, nous nous proposons de reprendre, dans cette revue et dans celles qui suivront, les principaux points intéressants et instructifs qui auront été relevés par les différents observateurs pendant toute cette période. Bien que l'usage, quand on esquisse l'histoire d'une maladie, soit de rejeter à la fin tout ce qui a trait à son traitement, c'est par là que nous commencerons, peu soucieux d'observer l'ordre classique et désireux d'aller de suite au point le plus essentiel. Nous sommes d'ailleurs, ici, en clinique où rien ne nous oblige à suivre un ordre déterminé.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids ou par la méthode dite de Brand, dont nous avons fait connaître les premières applications, faites à Lyon par M. Glénard et à l'Hôtel-Dieu de Paris par Béhier, en 1873, devait naturellement, pendant le cours de cette dernière épidémie, devenir l'objet d'une sérieuse expérimentation. C'est ce qui a eu lieu en effet. Les comptes rendus des séances de la Société médicale des hôpitaux ont tenu nos lecteurs au courant de tout ce qui a été dit d'intéressant, à cet égard, dans les diverses communications qui y ont été faites et dans les discussions qui s'en sont suivies. Nous n'avons pas à y revenir. Mais nous croyons utile de présenter ici un résumé de très-intéressantes leçons que M. le docteur Maurice Raynaud a faites sur ce sujet, à l'hôpital Lariboisière.

Disons d'abord, avant d'aborder la question du traitement, quelques mots des caractères généraux que M. Maurice Raynaud a constatés sur les malades de son service. Ils se résument en ceci : fréquence de cas graves, foudroyants, tuant les malades en l'espace de quelques jours ; — bizarreries du début, chez les uns par des douleurs rhumatoïdes, chez d'autres par de la toux, de l'enchifrènement, chez d'autres encore par de la rachialgie ; rareté de la diarrhée et des épistaxis ; apparition prématurée des taches rosées lenticulaires ; — prédominance dans la période d'état, des formes adynamiques ; fréquence des hémorrhagies autres que l'épistaxis ; absence de gangrène ; — au point de vue de la température, permanence, dans quelques cas, pendant un temps assez long, à un degré élevé (40°) présentant à peine quelques oscillations matin et soir, jusqu'à la défervescence ; type fréquent à grandes oscillations ; — enfin rareté des rechutes.

M. Maurice Raynaud a longtemps hésité avant de se prononcer sur la valeur du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Aujourd'hui, il est convaincu qu'employé avec discernement, ce traitement constitue une excellente méthode. Ce n'est pas seulement pendant le cours de cette dernière épidémie qu'il en a fait l'épreuve, il l'avait déjà employé pendant les deux années précédentes, en 1874 et 1875. Voici les résultats numériques qu'il a relevés comparativement à l'année 1873, où il n'en avait point encore fait usage.

En 1873, sur 30 cas de fièvre typhoïde, il avait eu 8 morts, soit 25 pour 100. En 1874, 21 cas, 2 morts ; en 1875, 43 cas, 7 morts ; en 1876, jusqu'au mois de novembre, 54 cas, 8 morts, sur lesquels 2 cas non traités, les malades ayant succombé à leur arrivée à l'hôpital. Ce qui donne pour les trois dernières années réunies, pendant lesquelles la méthode des bains froids a été mise en usage, un total de 117 malades et une moyenne d'environ 14 morts pour 100.

Ce résultat est loin, sans doute, de ceux qui ont été annoncés par les promoteurs de la méthode. Mais M. Maurice Raynaud a le soin de faire remarquer que, dans sa petite statistique, il a eu la précaution d'exclure les cas bénins, tels que la synoque et les embarras gastriques fébriles, n'y comprenant que les fièvres typhoïdes avec taches ou symptômes tellement évidents, qu'aucun doute n'était possible sur la nature de la maladie. D'ailleurs, et en cela nous sommes complétement de l'avis de M. Raynaud, ce n'est pas seulement sur les résultats de la statistique qu'il faut se baser pour apprécier l'utilité ou l'efficacité d'une méthode de thérapeutique, à moins de disposer de chiffres considérables ; c'est sur un criterium, à notre avis, plus médical et moins décevant que ne le sont trop souvent de longues colonnes de chiffres contenant des unités de valeurs variables et parfois très-contestables, qu'il est préférable encore de s'appuyer ; c'est en se basant sur une observation consciencieuse de cas bien déterminés qui, d'après leurs caractères parfaitement connus et établis, tendraient, suivant toutes les probabilités à se terminer d'une manière fatale s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes et sur une analyse scrupuleuse, à la fois médicale et physiologique, des effets adéquats à la mé-

thode employée, qu'on est fondé à attribuer à cette méthode le résultat obtenu. « Quand je vois, dit M. Raynaud, des individus réputés par tous excessivement malades et dans un danger évident revenir à la santé sous l'influence des bains froids, ne suis-je pas parfaitement en droit d'en reconnaître l'efficacité? »

Mais il ne suffit pas que le moyen soit montré utile dans les cas graves, par ce procédé d'examen sérieux. Il faut aussi s'assurer par le même procédé d'observation, s'il n'a point des inconvénients ou des dangers qui balancent ses avantages. Les inconvénients, nous comprenons qu'on passe aisément par-dessus quand il s'agit d'intérêts aussi graves que ceux de la vie d'un malade; mais il n'en est pas de même des dangers. Or, bien qu'il ne semble pas y avoir de place pour les désastres dans les premières statistiques, l'expérience, poursuivie depuis, n'en a que trop bien démontré la possibilité. Nous ne rappellerons pas ici ces faits qui ont été produits ailleurs. Étant établi que l'on peut mourir malgré l'emploi des bains froids et même par le fait de leur usage, voyons, avec M. Raynaud, quelles sont les indications utiles et fondées de cette méthode.

L'indication fondamentale et qui domine toutes les autres est celle qui est fournie par la température. Il y a à envisager, au point de vue de la température, sa hauteur à un moment donné de la maladie, sa continuité. La continuité des hautes températures l'emporte aux yeux de M. Raynaud sur sa hauteur. C'est le *plateau*, comme il le désigne, c'est-à-dire le maintien de la température au même degré élevé, 40° environ, avec oscillations minimes, pendant cinq ou six jours, qui constitue pour lui l'indication précise du traitement par les bains froids. Un autre élément d'appréciation pour l'opportunité du traitement est la date du début de la maladie au moment de l'examen. Ce sont les neuvième, dixième, douzième jours qui sont les limites dans lesquelles on peut encore en obtenir des effets salutaires.

Un individu arrive-t-il à l'hôpital avec la fièvre typhoïde, M. Raynaud l'observe. Si le matin du premier jour le thermomètre atteint 40° et quelques dixièmes ou 41°, si avec cette haute température il présente des symptômes graves, ce qui est ordinaire en pareil cas, il prescrit immédiatement les bains froids.

Si, au contraire, le thermomètre ne marque pas au delà de 40°, à plus forte raison s'il est au-dessus, il attend. Ce n'est pas là une contre-indication, mais simplement un motif d'abstention.

Avant les contre-indications, il y a en effet, pour M. Raynaud, les non-indications, c'est-à-dire l'existence d'une température modérée et l'absence des complications. A ces motifs d'abstention, j'ajoute celui tiré de la date déjà un peu ancienne du début de la maladie, dix-huitième, vingtième, vingt-deuxième jour.

La grande contre-indication des bains froids est dans les complications thoraciques.

Un individu atteint de fièvre typhoïde entre à l'hôpital avec des râles soufflants et sibilants dans la poitrine, ce n'est pas le cas de s'abstenir, car il ne s'agit pas là d'une bronchite vraie, mais d'une simple manifestation congestive de la fièvre typhoïde, au même titre que la congestion du foie, de la rate ou de l'intestin. D'un autre côté, ces râles s'observant particulièrement chez les individus gravement atteints et chez lesquels, par conséquent, les bains froids s nt particulièrement indiqués, il n'y a pas lieu de s'abstenir en leur présence.

Mais quand un malade, à son entrée à l'hôpital, présente du souffle à l'auscultation et de la matité, qu'il s'agisse d'une pneumonie vraie ou d'une simple atélectasie pulmonaire, il s'abstient.

Le traitement commencé depuis deux ou trois jours, une pneumonie survient, que faut-il faire? Ici M. Raynaud ne dissimule pas son embarras, les faits s'étant montrés les uns favorables, les autres contraires. Aussi incline-t-il à tourner la difficulté en conseillant dans ce cas les bains tièdes.

Des contre-indications sont fournies encore par l'état du cœur et des vaisseaux, notamment par la faiblesse de l'impulsion cardiaque coïncidant avec la petitesse du pouls.

La menstruation sans constituer, aux yeux de M. Raynaud, une contre-indication formelle, est du moins un motif d'attendre et de ne plonger la malade dans l'eau froide qu'après la cessation des règles.

Les hémorrhagies intestinales ne contre-indiquent pas l'emploi des bains froids, auxquels on joint utilement dans ce cas les applications de glace sur le ventre, dans l'intervalle des bains et les lavements d'eau glacée. Il en est de même de la diarrhée et des sueurs qui ne constituent point non plus une contre-indication.

Quant à la syncope, inutile de dire que, lorsqu'elle vient à se produire, il faut cesser la médication en question.

Albuminurie dans la fièvre typhoïde. Stéatose des reins.

De la méthode spéciale de traitement de la fièvre typhoïde, dont il vient d'être question et dont l'étude est assurément loin encore d'être épuisée, nous passerons, sans autre transition, à un point particulier de l'histoire de cette dernière épidémie, qui a fait l'objet d'une étude attentive de la part de MM. Legroux et Hanot, le premier, ancien chef de clinique, le second, chef de clinique actuel, dans le service de M. Lasègue à l'hôpital de la Pitié; nous voulons parler de lésions rénales dont l'existence ne paraissait pas avoir été signalée jusque-là, et qui auraient imprimé à quelques-uns des premiers cas observés dans ce service un cachet spécial.

Voici d'abord le résumé très-sommaire de quelques-uns de ces faits :

Une femme de trente-quatre ans, robuste, prise des premiers symptômes de la maladie vers le 1er septembre, ne commence à présenter des phénomènes quelque peu graves que vers le dixième jour; à ce moment les troubles abdominaux sont débordés par ceux de la respiration, et la température arrive à des chiffres déjà élevés (39°5, le matin, 40°3, le soir), tandis que le pouls ne s'accélère que modérément (96 le matin, 104 le soir). Il n'y a jusqu'alors aucune trace d'albumine dans les urines. Le 16 septembre seulement, au quinzième ou seizième jour de la maladie, l'albuminurie apparaît, très-légère d'abord, augmente rapidement en deux ou trois jours en même temps qu'éclatent le délire et la prostration extrême. Le microscope démontre l'existence de fontes rénales sous forme de tubes granulo-graisseux. La mort arrive le vingt et unième jour de la maladie et le sixième jour de l'apparition de l'albuminurie. L'autopsie démontre, à côté des lésions typiques de la fièvre typhoïde, une stéatose du foie et des reins, reconnaissable microscopiquement et contrôlée pour les reins par le microscope.

Chez une deuxième malade, âgée de vingt-trois ans, atteinte d'une fièvre typhoïde qui avait débuté assez violement vers le 20 août, on ne constate la présence d'une grande quantité d'albumine que vers le dix-huitième jour de la maladie, au milieu d'un état de prostration progressif et d'une fièvre marquée par des températures de 39 à 40° et un pouls oscillant entre

88 et 124 pulsations. En même temps le délire s'accentue. L'examen microscopique de l'urine montre encore la présence de tubes granulo-graisseux. La mort survient le vingt-cinquième jour de la maladie et sept jours après la constatation de l'albuminurie ; même état stéatosique des reins que dans le cas précédent.

Chez un troisième malade (homme), on assiste à une fièvre typhoïde à marche rapide et excessivement grave, qui, d'après l'évaluation du jour probable de son début, aurait entraîné la mort en huit ou neuf jours. L'albuminurie se serait montrée chez ce malade dès le sixième jour et deux jours avant la mort ; même état stéatosique des reins.

Chez un quatrième, fièvre typhoïde, débutant d'une façon très-légère, le 21 septembre, et conservant jusqu'au 8 octobre une allure bénigne. A ce moment, apparition d'accidents nerveux, puis le 11 octobre, au dix-neuvième jour probable de la maladie, établissement de l'albuminurie, accompagnée des mêmes particularités que chez les sujets précédents. La mort survient, le 18 octobre, au vingt-sixième jour de la maladie, sept jours après le début de l'albuminurie.

Enfin, dans un huitième fait particulièrement remarquable, tant par les accidents nerveux d'une extrême intensité qui ont éclaté, que par l'élévation de la température à la période terminale (42°2), l'albumine a paru dans les urines à peu près au même moment que les accidents nerveux.

L'autopsie a révélé encore chez ce dernier, comme chez les quatre autres malades, l'existence d'une stéatose rénale, avec infiltration lymphoïde.

Rappelons qu'à l'époque où ces faits ont été relevés, ils portaient sur un total de seize malades seulement, qui avaient fourni un contingent de huit décès. Chez les trois autres malades décédés, l'un avait succombé à une pneumonie suppurée, les deux autres à des perforations multiples de l'intestin, avec ulcérations étendues et confluentes.

On comprend que ce n'est pas sur le fait même de l'albuminurie dans la fièvre typhoïde, fait vulgaire et parfaitement connu de tous, que MM. Legroux et Hanot ont appelé l'attention dans le travail que nous analysons, d'après les *Archives de médecine* de décembre, mais sur les circonstances particulières qu'a présentées l'albuminurie chez ces cinq malades ; abondance de l'albumine, diminution de la densité et de la quantité d'urée, présence dans un sédiment urinaire minime de cylindres épithéliaux granulo-graisseux, de granulations graisseuses libres ; enfin, sur la liaison de cette albuminurie à des modifications profondes du parenchyme rénal, à peu près identiques dans tous les cas et assez nettement déterminées.

Sans prétendre déduire de ces faits l'existence d'une forme spéciale nouvelle de la fièvre typhoïde, ou voir dans la coïncidence des phénomènes graves et des troubles nerveux avec l'apparition de l'albumine et la diminution de la densité et du sédiment de l'urine et de l'urée elle-même, des indices d'un empoisonnement urémique secondaire, MM. Legroux et Hanot se bornent à signaler cette prédominance des lésions rénales comme une des particularités les plus intéressantes du début de l'épidémie dans le service où ils l'ont observée. Toutefois ils en ont dégagé une notion pratique, qui a son importance au point de vue du pronostic.

« Quand disent-ils, il s'agit d'une affection comme la fièvre typhoïde, et surtout pour les formes graves, il arrive souvent, que tout l'intérêt scientifique se concentre dans le pronostic. En ce qui concerne ces formes terribles qui ressemblent par plus d'un côté à l'intoxication phosphorée, les cliniciens possèdent déjà plus d'un signe qui leur permettent de suivre les diverses péripéties du travail destructeur : l'affaiblissement du premier bruit, par exemple, l'irrégularité des battements du cœur, le souffle à la pointe et au premier temps, indiquant au fur et à mesure les progrès de la dégénérescence du myocarde ; l'ictère, avec augmentation ou diminution de la matité hépatique, quelquefois même la seule coloration ictérique de l'urine, pouvant déceler une altération plus ou moins importante du foie ; mais il nous semble que dans l'examen de l'urine, par les réactifs chimiques pour l'albumine et l'urée, par le microscope pour constater la présence des cylindres granulo-graisseux, des tubes hyalins, des granulations graisseuses libres, le médecin trouvera, en plus, un élément pronostique d'une haute valeur. »

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

COMMUNICATION

Luxation de l'appendice xiphoïde pendant le cours de la grossesse. — M. Polaillon communique l'observation suivante : une femme enceinte, qui avait l'habitude de porter un corset serré, vit survenir au septième mois de sa grossesse une petite tumeur au creux épigastrique, accompagnée d'une douleur très-vive, surtout pendant le travail de la digestion. Elle dut renoncer à son corset. Lorsqu'elle se présenta à M. Polaillon, la pointe du sternum était soulevée transversalement, on sentait profondément un corps saillant, mobile dans le sens vertical, ayant la consistance cartilagineuse. Le chirurgien diagnostiqua une luxation complète en arrière de l'appendice xiphoïde qu'il tenta de réduire, mais inutilement. L'accouchement se fit à terme, mais s'accompagna de douleurs excessives au creux de l'estomac, et fut terminé par le forceps. Le déplacement a persisté depuis, l'appendice étant resté dans sa position anormale, mais il n'y a presque plus de douleur.

Il existe un très-petit nombre de luxations authentiques de l'appendice xiphoïde. Toutes présentent ceci de remarquable que, pendant la digestion, la distension de l'estomac et la pression qu'il exerce sur l'appendice luxé produit des douleurs excessives. Malgaigne relate une observation dans laquelle la malade se serait laissée mourir de faim si la luxation n'avait pu être réduite, ce qui fut fait au moyen d'une incision qui permit d'introduire un élévateur. Dans le cas présent, M. Polaillon a basé son diagnostic sur les points suivants : 1° absence de consolidation pendant les deux derniers mois de la grossesse, et guérison rapide après l'accouchement, ce qui est la marche ordinaire des luxations, des fractures pendant la grossesse ; 2° douleurs atroces pendant le travail, causées par la pression de l'utérus qui, à chaque contraction, se redressait et comprimait l'appendice, que tiraillaient d'un autre côté les muscles abdominaux.

M. Guéniot rapproche de cette observation un fait cité par Moriceau, dans lequel des vomissements incoercibles, rapportés à une luxation en arrière de l'appendice xiphoïde, furent guéris par la réduction de celui-ci, opération qui fut difficile.

RAPPORTS

M. Th. Anger donne lecture d'un rapport sur les thèses envoyées pour le concours pour le prix Duval. Six thèses ont été adressées. M. le rapporteur en fait une analyse rapide et les déclare toutes excellentes. Voici les noms des auteurs et les sujets qu'ils ont traités :

1° M. Berthomier : *Du mécanisme des fractures du coude chez les enfants et de leur traitement par l'extension.*

2° M. Armeignad : *De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie.*

3° M. Picard : *De la résection du genou.*

4° M. Vincent : *De l'ablation du calcanéum.*

5° M. Ledouble : *Des fistules uro-génitales.*

6° M. Couty : *De l'entrée de l'air dans les veines, et des gaz intra-vasculaires.*

M. GILETTE donne lecture du rapport sur le prix Duval. Sept mémoires ont été adressés, qui traitent des sujets suivants :

1° *Recherches sur la pathogénie des étranglements herniaires et des étranglements graves.*

2° *Contribution à l'étude de la dégénérescence des tumeurs.*

3° *Mémoire sur l'exencéphale.* (*Encéphalocèle congénitale.*)

4° *Des fractures du col anatomique de l'humérus avec déchirures de la capsule et issue de la tête humérale.*

5° *Des plaies pénétrantes des articulations.*

6° *De la valeur des résections et des amputations dans les tumeurs blanches.*

7° *De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied.*

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La Commission présente :

En première ligne : M. Delens ;

En deuxième ligne ligne : M. Farabeuf ;

En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Berger et Terrillon.

M. Delens est élu.

La Société procède ensuite à l'élection de cinq membres correspondants nationaux ; sont élus MM. Cras, Poncet, Letiévant, Devals et Baudon.

M. le président annonce que la séance annuelle aura lieu le 17 janvier.

La Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. BLOCH dépose un pli cacheté (adopté).

COMMUNICATIONS

Développement du système nerveux périphérique chez l'embryon. — M. POUCHET, au nom de M. Tourneux et en son propre nom, fait connaître les mesures qu'ils ont prises des différentes parties du système nerveux périphérique chez des embryons de moutons. Il résulte de ces recherches que ces nerfs ont un volume considérable chez l'embryon : par exemple, le pneumo-gastrique et le grand sympathique ont ensemble un volume bien plus considérable que l'aorte.

M. CL. BERNARD a étudié l'action des nerfs aux différents âges de l'embryon chez le poulet, et a pu constater que ce n'est que tout à fait dans les derniers jours que les nerfs agissent sur les muscles. Il serait intéressant de savoir au juste à quelle cause tient ce défaut de rapport entre le volume considérable des nerfs et leur inaction, et à quel moment se fait cette sorte de jonction entre les nerfs et les muscles. M. Cl. Bernard engage M. Pouchet à diriger ses recherches dans ce sens.

M. MOREAU a ouvert des utérus de torpilles pour en retirer des torpilles non encore nées, et a pu constater que ces dernières, tenues dans la main, donnaient lieu à une décharge électrique intense. Or on sait que ce phénomène est habituellement rattaché à une action nerveuse spéciale à la torpille. Cette action s'exerce donc chez cet animal avant même sa naissance.

M. CL. BERNARD fait observer qu'un certain nombre d'expériences ont montré que les muscles, chez certains animaux, pouvaient se contracter directement, sous l'influence du froid et du chaud, sans l'intervention des nerfs moteurs.

De la direction centrifuge de la sensibilité dans les nerfs sensitifs. — M. LABORDE, à l'occasion de la communication faite par M. Bert sur ce sujet, dans la dernière séance, dit avoir conservé quelques doutes sur la valeur des conclusions tirées par M. Bert de l'expérience qu'il a fait connaître à la Société. Cette expérience d'ailleurs présente un double intérêt, au point de vue de la physiologie pure et au point de vue de la philosophie expérimentale.

M. Bert, on se le rappelle, a eu pour but de rechercher si, dans un nerf sensitif, il y avait un double courant, en d'autres termes, si un choc quelconque communiqué à l'un de ces nerfs, se transmettait à la fois vers le centre et vers la périphérie. M. Laborde a éprouvé tout d'abord un certain étonnement en entendant M. Bert se poser cette question. On sait, en effet, que la seule destination des nerfs sensitifs est de transmettre une impression au centre de perception. Mais M. P. Bert, dans son style ingénieux et original, dit qu'il va mettre un cerveau au bout du doigt, et, dans ce but, pratique l'expérience que nous avons fait connaître dans notre dernier compte rendu, expérience qui a soulevé une objection très-sérieuse de la part de M. Pouchet.

En greffant ainsi la queue d'un rat sur le dos de ce même animal, qu'a fait M. Bert? Il faut admettre, en se basant sur ses propres travaux relatifs aux greffes animales, que ce nerf ou ce tube nerveux sensitif se sera soudé à un autre nerf ou à un autre tube nerveux sensitif se rendant également à la moelle épinière. Or, a-t-on jamais compris, a-t-il jamais existé un nerf sensitif ainsi disposé et allant de la moelle à la moelle? Un pareil nerf, suivant M. Laborde, n'existe pas. L'expérience de M. Bert ne prouve donc rien, et son rat est un animal qui n'a, pourrait-on dire, ni queue ni tête.

M. Laborde, étant admis que l'expérience de M. Bert ne prouve rien, s'est demandé quelle expérience pourrait bien être faite qui démontrerait l'existence dans les nerfs sensitifs de deux courants contraires. Peut-être pourrait-on, suivant lui, faire intervenir, en pareil cas, comme *criterium*, une action réflexe, la moelle elle-même. Voici dès lors l'expérience que propose M. Laborde : prenant, chez une grenouille, le nerf sciatique d'un côté, le sectionner en son milieu ; puis chercher à souder l'extrémité supérieure du bout périphérique de ce nerf à un nerf sensitif de l'autre patte. On obtiendrait ainsi un véritable nerf périphérique se rendant à la moelle. Mais c'est là, il faut bien le reconnaître, une expérience difficile à conduire à bonne fin.

Quoi qu'il en soit, M. Laborde pense qu'il est difficile d'admettre qu'un ébranlement communiqué à un nerf sensitif s'arrête brusquement au niveau du point même où il a été communiqué, et ne s'étend pas, au moins dans une certaine étendue, dans le sens centrifuge. La clinique, du reste, nous montre certains accidents pathologiques qui semblent bien prouver qu'il n'en est pas ainsi. Lorsque, par exemple, on vient à se frapper le coude dans certaine position, on éprouve, non-seulement au niveau du point contus, mais bien au delà et jusque dans l'extrémité des doigts, dans toutes les parties dépendant du nerf cubital, une sensation fort douloureuse et souvent très-pénible.

M. GUBLER, répondant à la première pensée exprimée par M. Laborde, ne pense pas comme lui qu'il n'y ait aucune raison physiologique d'admettre l'existence de deux courants dans les nerfs sensitifs ; il croit, au contraire, qu'il est possible et même nécessaire de l'admettre. M. Laborde, prenant comme exemple la douleur qu'on éprouve dans les parties inférieures de l'avant-bras lorsqu'on vient à se frapper le nerf cubital au niveau du coude, en conclut que, dans ces cas, l'ébranlement communiqué à ce niveau se propage non-seulement dans le sens centripète, mais aussi dans le sens centrifuge. M. Gubler paraît plutôt disposé à admettre, dans ces cas, l'existence d'une action réflexe analogue à celle qu'on observe dans les membres amputés.

Il signale un fait peu connu et qu'il a l'occasion d'observer d'une façon constante. Si l'on vient à exciter un point quelconque du

corps, à écorcher, par exemple, un bouton sur une partie quelconque de la peau, on éprouve une douleur plus ou moins vive au niveau même du point excité; or, dans les cas où cette douleur est très-aiguë, il se produit instantanément une autre douleur dans un point très-éloigné, mais toujours le même. Si, par exemple, c'est à la cuisse qu'est produite la douleur primitive, ce sera dans la ceinture que se produira la douleur secondaire. Si c'est au niveau d'une côte qu'a lieu la première douleur, ce sera sur l'épaule ou dans le bras que se fera sentir l'autre douleur, qu'on peut appeler sympathique. Il résulte des très-nombreuses observations qu'a pu faire M. Gubler que, chez le même individu, c'est toujours dans le même point que se produit cette douleur secondaire ou sympathique. Or, il n'est pas possible d'admettre que cette douleur est le résultat de l'ébranlement communiqué au nerf conduisant la douleur primitive. Ce n'est certainement pas ainsi que les choses se passent, et voici l'explication, tout à fait hypothétique, que proposerait M. Gubler : il faut admettre, dans ces cas, suivant lui, quelque chose d'analogue à un acte réflexe, c'est-à-dire un nerf de sentiment conduisant au centre perceptif l'impression reçue dans un point, et ce centre renvoyant cette impression dans une région autre que celle dont il l'a reçue. Or, ce courant secondaire ne peut, comme celui de la douleur primitive, se passer que dans un nerf de sentiment. Ces nerfs peuvent donc conduire la sensibilité dans les deux sens, le sens centripète et le sens centrifuge. Toutefois, M. Gubler ne donne cette explication que comme une hypothèse.

M. LABORDE, sans discuter le fond de la communication de M. Gubler, en relève seulement un point relatif à l'illusion des amputés, que M. Gubler regarde comme une action réflexe. Il ne croit pas que cette illusion des amputés puisse rien prouver en faveur de l'existence des courants centrifuges dans les nerfs de la sensibilité. Ce qui se passe chez eux est, en effet, une simple illusion, le souvenir d'une sensation et pas autre chose.

M. POUCHET demande à M. Gubler si ces points douloureux secondaires ne sont pas personnels, c'est-à-dire s'ils ne se produisent pas seulement chez certains individus.

M. GUBLER répond que, quel que soit le sujet, pour peu qu'il soit observateur, il accusera cette douleur secondaire toujours dans le même point et qu'étant connu le siége exact du point de départ de la douleur primitive, il est facile d'annoncer quel sera celui de la douleur secondaire. En d'autres termes, les deux points correspondants sont les mêmes chez tous les sujets.

Épilepsie symptomatique. — M. MAGNAN présente un malade atteint d'épilepsie symptomatique. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, bien constitué, sans aucune prédisposition héréditaire ou autre dans ses antécédents, qui, en 1862, reçut un coup de pied de cheval dans la région calcanéenne, au niveau du tendon d'Achille. Il en résulta une plaie contuse, qui se cicatrisa en peu de temps. Le mois suivant, c'est-à-dire en mars, il éprouva dans le mollet des crampes, auxquelles il apporta d'abord peu d'attention. En avril, il eut une crampe dans la jambe, qui gagna successivement le genou, la cuisse, le bras, en un mot, tout le côté correspondant; puis il tomba, perdit connaissance, eut des évacuations involontaires et resta, quelque temps après, comme hébété. Depuis cette époque, il éprouve souvent des crampes isolées qui lui donnent, suivant ses propres expressions, une sensation d'eau courante entre cuir et chair; puis il est pris de contracture et de petites secousses convulsives. Il peut empêcher l'éclosion de ces phénomènes en serrant fortement sa cuisse, en pressant le pied contre le sol ou en se mettant à courir. Dans ce dernier cas, il se sent lui-même projeté en avant. Quoi qu'il en soit, il a eu fréquemment des attaques généralisées avec perte de connaissance. Il y a deux ans, un médecin lui appliqua un cautère, qui ne donna aucun résultat. Depuis quatre ans, il prend par jour 6, 7 ou 8 grammes de bromure de potassium. Sous l'influence de ce médicament, les crises se sont éloignées, sont devenues moins fréquentes; mais, malgré l'assiduité du malade et la continuité du traitement, les attaques persistent. Le bromure de potassium a donné tout ce qu'il pouvait donner. M. Magnan demande donc l'avis de ses collègues sur ce qu'il reste à faire pour ce malade. Il a cherché le long de la colonne vertébrale une zone épileptogène qui pût lui donner une indication thérapeutique et n'en a pas trouvé. Faut-il enlever la cicatrice qui résulte de la plaie de la région calcanéenne, ou faut-il faire une section nerveuse? Telles sont les questions que M. Magnan soumet à l'appréciation de la Société.

Lésions du système nerveux chez les malades atteints de paralysies diphthéritiques. — M. PIERRET a eu l'occasion d'examiner le cerveau et la moelle d'un malade, du service de M. Millard, qui, dans le cours de la convalescence d'une angine diphthéritique, avait présenté des phénomènes de paralysie. On sait, dit-il, que les symptômes observés en pareil cas sont excessivement variables. A l'autopsie, M. Pierret trouva la moelle en apparence saine à l'œil nu. Mais, après durcissement par les procédés habituels, on vit que la dure-mère était adhérente, épaissie par places, et présentait des rugosités. A la coupe, on découvrit toutes les lésions caractéristiques de la méningite diphthéritique, entre autres, un dépôt de néo-membranes semblable à celui qu'on observe sur la muqueuse du pharynx de ces malades.

La variété des troubles fonctionnels observés est parfaitement en rapport avec les diverses lésions constatées à l'autopsie. En premier lieu, ces néo-membranes peuvent comprimer les cellules nerveuses soit au niveau des cornes postérieures, soit au niveau des racines antérieures; suivant ces cas, on aura observé des troubles sensitifs ou moteurs. Ces phénomènes disparaissent en général assez rapidement. Cette disparition rapide et la curabilité de ces paralysies d'origine diphthéritique s'expliquent également par l'examen des lésions anatomiques.

Les vaisseaux compris dans les parties enflammées de la moelle sont remplis de caillots qui peuvent les oblitérer, au moins momentanément, d'où l'explication de ces petites paralysies transitoires qu'on observe souvent en pareil cas.

Le malade qui fait l'objet de cette communication, trois semaines environ après la guérison apparente d'une angine diphthéritique, avait été pris de paralysie des membres inférieurs; or c'est à la région lombaire de la moelle que M. Pierret a constaté les lésions qu'il vient de faire connaître. En outre, ce malade a succombé subitement à des phénomènes d'asphyxie; M. Pierret a constaté, en effet, au niveau du bulbe des lésions du grand sympathique qui expliquent parfaitement la mort subite.

M. LABORDE pense qu'il s'agit là d'un fait exceptionnel qu'il ne faut pas généraliser.

M. PIERRET fait observer que la science possède déjà plusieurs cas identiques à celui qu'il vient de communiquer et qu'il lui paraît impossible de ne pas admettre, dans ces cas, une relation de cause à effet entre les phénomènes de paralysie observés pendant la vie et les lésions constatées après la mort.

M. HOUEL a vu des accidents de paralysie consécutifs à la diphthérie et qui sont survenus très-tardivement, c'est-à-dire en pleine convalescence. Il a vu un enfant qui, six ou sept semaines après une diphthérie laryngée, s'est mis à loucher par suite d'une paralysie du droit externe. Un autre enfant, cinq semaines après, a été pris d'une paralysie du pharynx, et est mort asphyxié. Il semble à M. Houel difficile d'admettre que, dans ces cas, ces phénomènes si tardifs puissent être attribués à des lésions médullaires de nature diphthéritique.

M. PIERRET fait observer que l'apparition tardive de ces phénomènes de paralysie est un fait bien connu et qui ne prouve nullement qu'il n'y ait pas de relation entre eux et les lésions médullaires.

M. JAVAL a vu la paralysie de l'accommodation survenir plus tard encore que la paralysie du voile du palais et le strabisme encore plus tard. L'intervalle de six semaines n'a rien qui doive étonner.

De la fuchsine et du vin au spectroscope. — M. MALASSEZ a examiné successivement le spectre des couleurs de fuschine et celui des vins. Il a trouvé entre ces spectres de grandes différences qui permettent de les distinguer facilement. Le vin et la fuschine mêlés ensemble donnent un spectre qui diffère de chacun des deux et qui est également reconnaissable.

Du bromure d'éthyle. — M. RABUTEAU a entrepris sur le bro-

mure d'éthyle une série d'expériences qui semblent démontrer que ce corps pourrait avantageusement remplacer le chloroforme et l'éther. Sa formule est C^2H^5Br ; il bout à 40°, sa saveur est agréable. Les chiens et les cochons d'Inde sont très-vite anesthésiés sous l'influence du bromure d'éthyle; l'anesthésie dure longtemps et ils reviennent bien plus vite qu'à la suite de l'anesthésie par le chloroforme. Le bromure d'éthyle ne s'élimine pas par les urines, mais bien par les organes respiratoires.

Hémoglobine pure. — M. BOCHEFONTAINE, au nom de M. Bapst, fait connaître un procédé pour obtenir de l'hémoglobine pure dépourvue d'hématine.

Lésion traumatique de la partie inférieure de la moelle; paralysie immédiate et complète des quatre membres; guérison avec affaiblissement du bras du côté opposé à la lésion. — M. DE BEURMANN présente un malade qu'il a eu l'occasion de voir dans le service de M. Proust, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade offre actuellement une paralysie incomplète, mais très-marquée, de tous les muscles du membre supérieur droit et un très-léger degré d'affaiblissement de la jambe du même côté. La peau de la main a l'aspect lisse et œdémateux observé d'habitude chez les vieux hémiplégiques; elle a une teinte violacée et se refroidit très-rapidement sous l'influence de l'exposition à l'air libre.

Cet état remonte à un traumatisme subi par ce malade dans les circonstances suivantes : le 18 novembre 1854, étant chargé, en sa qualité d'agent de police, d'arrêter un malfaiteur, il fut frappé par celui-ci de deux coups de poignard. Il luttait encore vigoureusement après avoir reçu le premier; mais, au moment même où il se sentit frappé pour la seconde fois, il tomba comme foudroyé sur le sol et y resta étendu, immobile et incapable de faire aucun mouvement. Examiné le lendemain matin par le docteur Dayral, il présentait une première plaie au niveau du muscle masséter du côté gauche, et une deuxième à la partie supérieure du cou du même côté; celle-ci pénétrait profondément dans l'épaisseur des muscles de la nuque, juste au-dessous de la partie inférieure de l'occipital; elle avait une largeur de 2 centimètres et se dirigeait horizontalement en dedans et un peu en avant. On en voit encore aujourd'hui la cicatrice au point indiqué. Cet homme n'avait pas perdu connaissance un seul instant, il pouvait raconter les différentes phases de l'agression dont il avait été victime; mais il était dans l'impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement des bras ou des jambes; les membres étaient dans la résolution complète, et il éprouvait quelques fourmillements dans les jambes et dans la main droite.

Le jour même, il fut transporté à l'hôpital, et bientôt, à l'état flasque de ses quatre membres succéda une contracture qui envahit successivement les jambes, les bras, la face, la langue et les muscles des yeux. Le malade, immobile, raide comme une planche, incapable de dire un mot, conservait cependant toute son intelligence et se rendait très-bien compte de tout ce qui se passait autour de lui; la respiration était facile et jamais il n'eut d'accès de suffocation. Les jours suivants, la contracture cessa graduellement; au bout de deux mois, le mouvement revint peu à peu dans le bras, puis dans la jambe gauche; un an après, le malade avait également recouvré l'usage de la jambe droite et pouvait marcher en s'aidant d'une canne; le bras droit lui-même reprit une partie de sa force, et, depuis vingt ans, ce malade se trouve à peu près dans l'état où nous le voyons aujourd'hui. Outre la parésie du bras droit, il présente une surdité assez marquée du même côté. Il n'existe aucun autre trouble de la sensibilité.

Ce fait est un exemple rare de guérison à la suite d'une lésion traumatique du bulbe. Il est difficile de se rendre compte de ce qui s'est passé au moment où a eu lieu le traumatisme; cependant il est probable que la paralysie passagère et la contracture ont été sous la dépendance de lésions indirectes, contusion ou hémorrhagie méningée, tandis que la paralysie persistante du bras droit indique une lésion directe ayant porté sur la partie latérale gauche du bulbe, au-dessus de l'entre-croisement des pyramides.

Disposition du tissu spongieux dans les os longs. — M. DURET a fait sur ce sujet, dans la dernière séance, une communication que nous n'avons fait qu'indiquer. En voici le résumé :

Les colonnettes osseuses des épiphyses suivent une direction déterminée et constante; elles forment des *ogives* qui viennent apporter successivement aux différents points de la diaphyse les pressions supportées au niveau du plateau articulaire. M. Duret expose à la Société l'aspect de ce système ogival dans le col du fémur, l'extrémité inférieure du fémur, le tibia, le calcanéum, etc. Il montre, à l'appui de ses assertions, des coupes d'os faites dans diverses directions, et des photographies grossissantes qu'il doit au talent de M. le docteur Fayel, professeur à l'École de médecine de Caen. De cette étude, l'auteur tire certaines conclusions fort intéressantes sur la disposition des fragments, et sur le mécanisme de leur production dans les fractures des divers os du membre inférieur.

La séance est levée à six heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

354. Blanchard. De l'auscultation appliquée spécialement à l'étude du diagnostic de la grossesse.
355. Dupuy. Des soins à donner aux opérés d'empyème.
356. Valois. De la paralysie saturnine.
357. Villary. Étude des tumeurs fibro-plastiques au point de vue de leur gravité.
358. Gorski. Du catarrhe utérin comme cause de stérilité.
359. Blet. Étude sur le foie mobile.
360. Parrical de Chammard. De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus; de leurs traitements.
361 Laget. Étude sur les exostoses de croissance.
362. Maupetit. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'herpès traumatique.
363. Gautier. Considérations générales dans les anévrysmes.
364. Empereur. Essai sur la nutrition dans l'hystérie.
365. Grand. Étude sur deux cas de goutte saturnine.
366. Dampeirou. De l'iléo-typhus ambulatorius.
367. Massonié. Étude sur quelques formes rares de cavernes pulmonaires consécutives à la pneumonie aiguë.
368. Ramaroni. A quel moment doit-on intervenir dans les cas de non-délivrance.
369. Texier. De l'accouchement prématuré artificiel, considérations sur ses indications du côté maternel; son mode opératoire.
370. Descouts. Contribution à l'étude du cancer primitif du larynx.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Alger. — La chaire d'histoire naturelle est déclarée vacante.

Les candidats sont invités à adresser, d'ici au 15 janvier prochain à M. le docteur de l'École, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; — 2° leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe; — 3° l'énumération de leurs titres ou travaux antérieurs.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Hamon, docteur en médecine, est chargé, pendant l'année scolaire 1876-77, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 janvier, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour. — 1° Installation du bureau; — 2° Rapports de MM. Labarraque père et fils sur les candidatures de MM. Isarn et Brochard; — 3° Classification des maladies mentales sur une double base psychologique et clinique, par M. Delasiauve; — De l'utilité de faire admettre dans les asiles spéciaux de convalescence, les enfants traités par les médecins des bureaux de bienfaisance; par M. Passant.

— M. Desmarres reprendra ses leçons sur les maladies des yeux à l'École pratique (amphithéâtre n° 2) le lundi 15 janvier, à huit heures du soir, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre, en trois séries paraissant simultanément par demi-volume, au prix de 6 francs chacun. Il vient de paraître aux librairies G. Masson, rue Hautefeuille, 10, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine, le 2e demi-volume du tome XIX de la 1re série, commençant par la lettre A; le 2e demi-volume du tome IV de la 3e série commençant par la lettre Q.

Les principaux articles contenus dans ces deux demi-volumes sont les suivants : *Condylomes, Congélation, Congestion, Conjonctive, Consanguinité, Constipation, Constitutions médicales et Rhumatisme.* — P. Asselin.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par MM. Trousseau et Pidoux. 9e édition, considérablement augmentée, avec la collaboration de M. Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. — 2 très-forts volumes grand in-8°, ensemble 2,350 pages. Prix : 28 francs. — P. Asselin.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par le docteur A. Becquerel. 6e édition avec additions et bibliographies, par MM. les docteurs Beaugrand et Hahn. — 1 très-fort vol. grand in-18 de près de 1,000 pages. Prix : 10 francs. — P. Asselin.

Du traitement topique de l'endométrite à l'aide du graphidomètre ou pinceau utérin, par le docteur Menière (d'Angers). — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 3. — MARDI 9 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 9 JANVIER 1877. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Revue d'ophthalmoscopie médicale de cérébroscopie pour l'année 1876 (1).

II

Granulie sans méningite. — Tubercules de la choroïde. — G..., deux ans, entrée le 12 mai 1876. Maigrit depuis deux mois et tousse sans avoir de râles dans la poitrine. Pas de vomissements, un peu de constipation, pouls régulier, intelligence intacte. Température 40, 38 et 37. Pouls 92. Double névro-rétinite et un grand nombre de tubercules de la choroïde.

L'enfant a succombé sans offrir de symptômes de la méningite, sans convulsions ni paralysie, avec son entière connaissance et par consomption.

A l'autopsie, tuberculose miliaire des poumons, des reins, de la rate, du foie et tubercules des méninges.

Dans l'œil, se trouvent les granulations tuberculeuses observées pendant la vie.

Paralysie diphthéritique. — Névrite optique et mort par extension de la paralysie. — G..., deux ans, entrée, le 19 février 1876, pour une angine couenneuse, qui guérit en dix jours. Le 9 mars, je constate une paralysie du voile du palais avec paraplégie sans troubles visuels appréciables.

Les deux nerfs optiques sont gonflés, rougeâtres, diffus, et leurs contours effacés, peu visibles sous l'hyperémie et l'infiltration séreuse qui les couvre. Rien aux vaisseaux.

La paralysie augmente, gagne le diaphragme et les intercostaux, et l'enfant meurt suffoquée, le 25 mars, avec une convulsion ultime qui a duré une heure.

A l'autopsie, rien d'appréciable à l'œil nu dans la moelle et dans la substance du cerveau. On ne constate qu'une forte hyperémie de la pie-mère rachidienne et cérébrale, avec thrombose des veines méningées.

La moelle, examinée après durcissement par des coupes minces faites à des hauteurs différentes, n'a rien offert de particulier.

Diathèse tuberculeuse. — Névrite optique. — Ad. C..., quatorze ans, entrée, le 15 janvier 1876, pour une phthisie pulmonaire très-avancée; offre une double névrite optique, sans exsudat rétinien, caractérisée par la rougeur et la diffusion complète de la papille, dont on ne voit plus les contours. Pas d'altération des vaisseaux ni de la choroïde.

A sa mort, on constate la présence de cavernes pulmonaires, et dans les yeux une prolifération du tissu conjonctif qui entoure les tubes nerveux du nerf optique avec dégénérescence granulo-graisseuse de la rétine autour de la papille.

Carie vertébrale.— Névro-rétinite.— Tubercule de la choroïde. — S..., âgé de six ans, entrée, le 10 mars 1876, pour une carie vertébrale dorsale produit une gibbosité considérable, et impossibilité de marcher, sans qu'il y ait de phénomènes généraux fébriles ni de troubles sérieux de la santé. Elle voit bien.

L'œil gauche présente un gonflement du nerf optique, qui est rouge et trouble, aplati, mais ses contours sont distants, et en dedans, il y a un cercle de pigment. Les artères sont distinctes, les veines nombreuses et dilatées, et sur la choroïde, huit ou dix granulations blanchâtres, saillantes, ayant les unes des contours diffus, les autres un contour très-net. Plusieurs d'entre elles sont recouvertes par un vaisseau rétinien.

L'œil droit présente une altération semblable de la papille, un grand nombre de granulations de même nature, et, dans un endroit très-éloigné de la papille, une petite tache blanche arrondie de 5 millimètres environ et couverte d'un dépôt de pigment, dont les granulations sont très-rapprochées les unes des autres.

L'enfant tousse et a de nombreux râles dans les poumons, puis elle s'affaiblit peu à peu et meurt sans troubles de l'intelligence, du mouvement ni de la sensibilité.

A l'autopsie, les yeux offrent d'innombrables granulations de la choroïde, quelques granulations de la pie-mère, d'innombrables granulations du thymus, des poumons, de la rate, des reins et du foie, ainsi qu'un abcès prévertébral avec destruction des vertèbres.

Carie vertébrale. — Atrophie pigmentaire miliaire sur un point. — Névro-rétinite de la choroïde. — T..., âgée de neuf ans, entrée, le 4 mai 1876, pour une carie vertébrale cervico-dorsale sans paralysie ni troubles de l'encéphale, ni altération de l'intelligence et de la sensibilité.

Le nerf optique est légèrement gonflé et rouge; ses bords sont légèrement grisâtres, voilés, et dans l'œil gauche, sur *la macula,* une granulation ou plutôt une tache non saillante, blanchâtre, jaune, infiltrée de pigment. Les veines et les artères ne présentent pas d'altération.

L'enfant sort de l'hôpital dans le même état, et y revient au mois de novembre. Le fond de l'œil n'a pas changé.

Elle succomba d'asphyxie produite par l'obstruction du larynx, comprimé par la flexion de la tête et l'abcès prévertébral.

Sans parler des lésions du mal de Pott, je dirai qu'il n'y avait de tubercules ni dans le cerveau ni dans les poumons.

L'œil, examiné, présenta la tache noire observée pendant la vie. Elle occupe la choroïde, qui est adhérente à la sclérotique. La rétine est saine; à la coupe, elle a le volume d'une très-petite tête d'épingle; elle est visible à l'œil nu. Au microscope, elle est formée d'un

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 janvier.

point d'atrophie de la choroïde, avec dépôt d'un grand nombre de granulations pigmentaires, et tout autour se trouvent des cellules pigmentaires étoilées.

Épilepsie. — S..., dix ans, entrée le 20 janvier 1876, a depuis cinq mois des crises nerveuses, caractérisées par une douleur épigastrique remontant au cou et amenant une perte de connaissance sans convulsions; mais, depuis la dernière crise, elle ne peut plus se tenir debout ni marcher. Elle remue ses jambes, mais sans force, et le membre supérieur droit est affaibli. La sensibilité est intacte, et les mouvements réflexes sont abolis.

Les deux nerfs optiques sont rouges, un peu confus, mais les papilles sont bien nettes, et il y a un grand nombre de vaisseaux.

Épilepsie. — Marie D..., âgée de douze ans, entrée, le 13 mars 1876, pour des crises nerveuses datant de quinze jours, venant plusieurs fois par jour et caractérisées par une demi-perte de connaissance avec cyanose, écume des lèvres, strangulation et convulsions violentes, limitées au côté droit de la face.

Les deux papilles, surtout la droite, sont rouges, gonflées, aplaties, diffuses, avec des contours mal limités, voilés par l'hyperémie.

Mort. — Disparition des artères de la rétine. — Pneumatose des veines rétiniennes. — Opalescence de la rétine et décoloration de la choroïde. — D. M..., âgée de trois ans, morte le 3 juin d'entérite chronique, au moment de la visite. Cinq minutes après la mort, on constate avec l'ophthalmoscope que tout le fond de l'œil est blanchâtre, nacré, brillant, et la papille blanche opaque. Il n'y a plus d'artères visibles. Les veines sont minces, interrompues çà et là sur un grand nombre de points par la pneumatose, et le fond rouge mastoïdien a disparu.

Le tableau change de cinq en cinq minutes. Au bout d'un quart d'heure, le fond de l'œil est gris de plomb, et la papille a presque disparu. L'état des veines est le même.

Après une demi-heure, on ne distingue plus la papille tant le fond de l'œil est grisâtre terne, et la cornée plissée, commençant à se flétrir, ressemble sous le réflecteur de l'ophthalmoscope, à une vitre mouillée.

Dans trois autres cas de mort observés dans les salles au moment de la visite, les mêmes phénomènes, sans aucune différence, ont été observés. Ce sont là les signes immédiats de la mort que j'ai fait connaître en 1864.

Agonie. — Anémie papillaire. — Disparition des artères rétiniennes. — Non-seulement l'ophthalmoscope permet de certifier la mort au moment où elle a lieu, mais il permet de lire quelquefois au fond de l'œil les approches de la mort. J'ai pu, ainsi, chez quelques malades dire, en dehors de tout autre symptôme: *Cet enfant ne sera pas là demain.* C'est vraiment admirable que cette lecture au fond de l'œil de signes qui annoncent la fin de la vie.

En décembre, une fille de deux ans arrive avec une stomatite gangréneuse grave, compliquée de contracture des extrémités depuis cinq jours.

Elle ne paraissait pas encore très-proche de la mort, et je ne l'examinai à l'ophthalmoscope que pour chercher des lésions en rapport avec la contracture.

Je trouvai les papilles pâles, anémiées, voilées; pas d'artères rétiniennes et des veines rares qui semblaient commencer à la circonférence papillaire. Elles étaient filiformes à leur naissance sur le bord papillaire et semblaient s'élargir à mesure qu'elles s'éloignaient du centre. Dans cet état, j'annonçai que ces lésions étaient un signe de mort prochaine, et, en effet, l'enfant succomba huit heures après.

Je le répète, rien dans l'état de l'enfant ne pouvait, d'après les autres symptômes, faire croire qu'elle allait succomber si rapidement.

Par ces extraits, l'on peut juger et de la variété des maladies des méninges, du cerveau et de la moelle qui ont leur retentissement au fond de l'œil, et de la nature des lésions qui s'observent sur le nerf optique, sur la rétine et sur la choroïde.

Les lésions signalées sont la névrite optique, la névro-rétinite, les tubercules de la choroïde, la choroïdite atrophique pigmentaire et la décoloration de la choroïde, avec opalescence de la rétine et pneumatose des veines rétiniennes. Ces derniers phénomènes sont des signes immédiats et certains de la mort.

Toutes ces lésions, observées pendant la vie et, pour la plupart, retrouvées après la mort lorsque l'autopsie a pu être faite, ont été étudiées au microscope afin d'en constater la véritable nature. L'anatomie pathologique a ainsi permis de vérifier ce que la clinique avait fait découvrir.

Quant au mécanisme de développement de ces lésions, ou si l'on veut, à leur physiologie pathologique, il n'y a plus à chercher.

Ces lésions dépendent de quatre ordres de causes, et s'expliquent par les lois que j'ai fait connaître dans mes différentes publications, notamment dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie.*

Ces causes sont mécaniques, inflammatoires, sympathiques ou réflexes spinales, et enfin diathésiques.

Causes mécaniques. — Il y en a deux: l'obstacle à la circulation cérébrale par obstruction des sinus de la dure-mère et l'étranglement du nerf optique par l'infiltration séreuse de la gaîne de Schwalbé.

Dans les convulsions terminales des maladies aiguës; dans la méningite tuberculeuse, rhumatismale ou typhoïde; dans l'hydrocéphalie chronique et dans les épanchements sanguins de l'intérieur du crâne, etc., il se fait des thromboses dans les sinus longitudinal, transverse ou autres, des thromboses des veines méningées qui font obstacle au retour du sang veineux de l'œil dans le sinus caverneux. Alors la papille du nerf optique rougit, se gonfle, s'infiltre de sang ou s'œdématie; les veines rétiniennes se gonflent, deviennent tortueuses, se remplissent parfois de thromboses, et les petites veinules, trop faibles pour supporter la pression, se déchirent et produisent les hémorrhagies rétiniennes. C'est exactement ce qui se passe dans les membres inférieurs variqueux lorsqu'une grosse tumeur comprime la veine cave inférieure dans l'abdomen.

Ici, l'hyperémie de la papille annonce l'hyperémie du cerveau; — l'œdème papillaire, la suffusion séreuse des méninges; — les thromboses rétiniennes, une lésion semblable des sinus du crâne ou des veines méningées; enfin l'hémorrhagie rétinienne, un obstacle à la circulation veineuse du nerf optique ou du cerveau.

C'est l'action mécanique exercée par un obstacle à la circulation des sinus de la dure-mère.

L'autre cause mécanique qui retient le sang veineux dans l'œil, c'est l'étranglement du nerf optique dans l'anneau sclérotical par l'hydropisie de la gaîne du nerf optique. Le liquide, descendu des espaces sous-arachnoïdiens dans la gaîne du nerf optique dite de Schwalbé, entoure le nerf près de la sclérotique et y produit un renflement pyriforme; il s'infiltre dans le tissu cellulaire qui entoure l'anneau sclérotical et étrangle le nerf à son passage dans cet anneau. C'est un *paraphimosis de la papille*, ou étranglement papillaire; alors la papille se gonfle, s'infiltre de sérosité qui en couvre complétement les bords, de façon à les effacer et à les faire disparaître sous un exsudat blanchâtre clair ou opaque. Les veines deviennent tortueuses, sont cachées par place et semblent interrompues, comme dans les figures 95 et 96 de mon atlas d'ophthalmoscopie que vous pouvez voir. Les veinules, plus friables, ne pouvant déverser leur contenu, se déchirent et forment des

hémorrhagies miliaires multiples plus ou moins larges. Ces lésions peuvent disparaître avec leur cause, mais, dans quelques cas, cela dure quelques mois, et il peut en résulter des modifications nutritives irréparables.

Toutefois, l'action de cette cause a été bien exagérée. Elle est très-réelle, et les injections faites sur les animaux en sont la preuve. Cependant, si l'on recherche l'existence de cette hydropisie, comme je l'ai fait, ailleurs que dans la méningite, on la trouve souvent au même degré. Ainsi, je l'ai trouvée dans le croup, dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie. Dans ces différentes maladies, l'infiltration séreuse de la gaîne du nerf optique était la même. Il y a donc lieu de croire que ce n'est pas toujours cette lésion qui produit la névrite optique.

Telles sont les actions mécaniques produites sur le nerf par certaines lésions cérébrales qui gênent la circulation intra-optique crânienne.

Cause inflammatoire. — Dans certains cas, la névrite et la névro-rétinite dépendent, non plus d'un obstacle à la circulation du nerf optique gênée par un obstacle à la circulation cranienne ou par un étranglement sclérotical, mais bien d'un travail phlegmasique du cerveau qui gagne les origines ou les racines du nerf optique et descend de là jusque dans l'œil lui-même sur la papille.

Ce sont les cas de tumeur cérébrale peu volumineuse des couches optiques ou de la protubérance; que ce soient des gliomes, des tubercules ou des noyaux d'encéphalite chronique, le résultat est le même. On trouve alors le nerf optique malade depuis les bandelettes jusqu'au chiasma et jusques à la papille du nerf optique au fond de l'œil. Cette partie est peu gonflée, d'abord rougeâtre, avec léger exsudat rétinien qui en masque plus ou moins les contours, puis, à la longue, le nerf pâlit et finit par s'atrophier en partie ou en totalité. C'est ainsi que se font les atrophies papillaires.

Cause réflexe ou sympathique. — Cette action se montre non dans les maladies du cerveau et des méninges, mais dans les maladies de la moelle épinière. Par elle s'engendrent les lésions hyperémiques du début de l'ataxie locomotrice et les lésions atrophiques de sa dernière période; les lésions du tétanos, les lésions de la myélite et de certains cas graves de chorée, etc.

Cette influence n'a rien de mécanique comme celles dont je viens de parler. En effet, nulle altération de la moelle ne peut matériellement gêner la circulation du cerveau et de l'œil. S'il y a des troubles de circulation et de nutrition dans la papille en même temps qu'une lésion spinale, il faut découvrir une autre cause. Cette cause, je crois l'avoir trouvée dans l'action vaso-motrice du nerf grand sympathique, qui prend ses racines dans la moelle. Je l'ai signalée il y a plus de dix ans, et toutes mes recherches ultérieures en confirment l'exactitude. Voici le fait. Le grand sympathique prend ses racines dans les parties antérieures de la moelle, au niveau des premières et secondes paires dorsales, et puisque l'irritation de ces nerfs détermine des phénomènes vaso-moteurs de la tête semblables à ceux que produit la section du grand sympathique au cou, il n'est pas surprenant que les lésions de la moelle d'où sortent ces nerfs aient le même effet. La clinique reçoit encore ici ses lumières de la physiologie, et en dehors des explications qu'elle nous fournit sur les lésions papillaires coïncidant avec une maladie spinale, il n'y a que la constatation empirique du phénomène. Le choix à faire n'est pas douteux, et, en voyant dans certaines lésions de la moelle des troubles vaso-moteurs papillaires semblables à ceux que produit l'irritation ou la section du grand sympathique émané de la moelle, il faut absolument conclure que c'est la lésion spinale qui est la cause de ces altérations.

Dans ces cas, la papille est très-faiblement gonflée, nuageuse, un peu voilée, et si l'hyperémie dure longtemps comme chez les ataxiques, la nutrition du nerf se modifie lentement, et il en résulte une atrophie papillaire.

Causes diathésiques. — A côté des influences directes, mécaniques, inflammatoires, et des actions réflexes qui produisent ces altérations du fond de l'œil, dans le nerf optique, la rétine et la choroïde, j'ai fait connaître un nouvel ordre de causes dont un exemple est mentionné plus haut : ce sont les *causes diathésiques.* Sous l'influence des diathèses graves et des cachexies très-prononcées, la nutrition de tous les organes souffre, et celle du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, n'échappe pas à cette règle.

La cachexie syphilitique, scrofuleuse, glycosurique, albuminurique, leucémique, cardiaque, etc., la cachexie aqueuse des moutons produisent la dégénérescence granulo-graisseuse du nerf optique et de la rétine ou de ses vaisseaux, qui, devenus plus friables, se déchirent et forment des hémorrhagies miliaires et des exsudats graisseux; là des infiltrations de leucocytes, ailleurs une hyperémie noirâtre de la choroïde, chez d'autres l'atrophie pointillée choroïdienne et les tubercules de la choroïde, plus loin l'infiltration séreuse névro-rétinienne, etc.; en un mot, toutes les cachexies graves ont leur caractère dans l'œil, et avec l'ophthalmoscope le médecin peut y reconnaître très-souvent la syphilis, la scrofulose, le diabète sucré, l'albuminurie, la leucémie, la cachexie cardiaque, etc. L'ophthalmoscope devient ainsi un moyen d'exploration médicale de premier ordre; il prend place à côté de l'auscultation et de la percussion; il ouvre à l'examen presque direct la cavité cérébro-spinale, jusqu'à ce jour fermée à nos investigations, et, dans bien des cas, il permet de voir dans les altérations du fond de l'œil les signes d'altérations semblables produites dans le cerveau.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Kyste multiloculaire droit. — Ovariotomie.

Par le docteur Boissarie (de Sarlat),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'observation suivante, que nous allons résumer dans ses détails essentiels, nous paraît intéressante à plus d'un titre. Elle vient confirmer une des indications les plus nettement formulées par Kœberlé. « Les kystes multiloculaires, à petites loges, dit cet auteur, doivent être extirpés avant qu'ils aient acquis un volume considérable, quand même ils ne donnent pas lieu à des accidents immédiats, parce que si l'on ne peut évacuer leur contenu, s'ils doivent être extirpés en bloc, l'incision des parois devient trop considérable et la gravité de l'opération augmente en proportion. Pour avoir méconnu cette loi, nous nous sommes trouvé en présence d'une tumeur du poids de 40 à 50 livres, constituée par un nombre très-considérable de poches distinctes, et pour extraire cette masse énorme nous avons dû prolonger notre incision de l'appendice xiphoïde au pubis.

Nous n'avons entrepris cette opération que la main pour ainsi dire forcée, alors que cette tumeur par son accroissement rapide mettait en péril dans un très-bref délai les jours de la malade; nous avons voulu épuiser, je ne dirai pas toutes les chances (en dehors de l'opération il ne pouvait y en avoir),

mais tous les délais possibles, et par cette temporisation extrême nous avons compromis les résultats de l'opération.

Malgré nous, nous ne savons pas nous défendre encore d'une répulsion instinctive pour l'ovariotomie, ou du moins, comme le dit le docteur Duplay, on croit volontiers que c'est là un acte tellement gigantesque, qu'il est inabordable à la plupart des chirurgiens, et que pour l'entreprendre avec quelques chances de succès il faut, pour ainsi dire, une ordination spéciale. Les Américains ont sur ce sujet des principes bien différents des nôtres. Chez eux, l'opération est souvent exécutée par des médecins qui ne penseraient jamais à faire d'autre opération chirurgicale, même la plus simple. Ils ont, disent-ils, une moyenne de guérisons de 63 pour 100. En Angleterre, le 7/8 des opérations ont été pratiquées par deux ovariotomistes distingués, par Sp. Wells et Keith, et la moyenne n'est pas au-dessus de 66 pour 100. En acceptant ces données, l'habileté du chirurgien n'interviendrait que pour une assez faible part dans les résultats opératoires. L'ovariotomie, au contraire, aurait d'autant plus de chances de réussir, qu'elle serait plus répandue, plus universellement adoptée; car alors elle ne serait pas réservée pour les cas les plus graves, les plus désespérés; mais des tumeurs encore peu considérables, des cas assez simples et sans complications viendraient influencer heureusement les statistiques.

Le fait que nous résumons se présente, au contraire, dans les conditions les plus désavantageuses : incision très-étendue, longue durée de l'opération (deux heures et demie), pédicule très-court, etc.

La femme M..., de Saint-Cyprien (Dordogne), âgée de quarante ans, d'une bonne constitution, s'est aperçue il y a dix-huit mois de la présence d'une tumeur qui se développait plus particulièrement dans le flanc droit. Cette tumeur grandit rapidement et ne tarde pas à apporter une gêne manifeste dans la circulation; elle refoule le diaphragme en élargissant considérablement la base du thorax. L'abdomen a un aspect bilobé, contient plusieurs masses distinctes de volume différent.

Une première ponction fut pratiquée dans le courant de juillet et ne donna issue qu'à deux litres de liquide, assez semblable au liquide ascitique. Une ponction exploratrice, faite dans une des poches principales, amena une matière visqueuse qui sortait difficilement par la canule. Nous étions en présence d'un kyste multiloculaire comprenant des cavités indépendantes et des liquides différents. La ponction ne pouvait apporter qu'un soulagement momentané et ne diminuait le volume de la tumeur que dans une proportion insensible.

Pendant quatre mois, cependant, la ponction fut pratiquée à des intervalles de plus en plus rapprochés et, dans les derniers temps, tous les sept ou huit jours. Sur la limite des ponctions, l'œdème envahissait les jambes, les parois abdominales, et la suffocation devenait imminente.

Le col utérin était fortement refoulé en avant par la tumeur qui remplissait l'excavation.

La nature du kyste, son développement rapide, son volume considérable, tout contribuait à nous présenter l'opération sous les plus sombres auspices.

Cependant la santé générale était bonne; la malade, sa famille, réclamaient instamment l'opération, enfin une terminaison fatale paraissait imminente par les seuls progrès de la maladie.

L'ovariotomie fut donc pratiquée le 20 novembre dernier avec le concours de mes excellents confrères les docteurs Regnal Amédée, Regnal Joseph, Chagrou, Escande, de Molessès, Calvet.

Chloroformisation, incision de 25 centimètres, nous trouvons les kystes adhérents à toute la paroi abdominale; nous sommes obligés de déchirer les adhérences très-résistantes, mais peu vasculaires, et de prolonger notre incision de l'épigastre au pubis. Nous nous trouvons alors en face d'une masse énorme, comprenant des cavités de tout calibre, des liquides de nature, de consistance variée, des parties solides (cysto-sarcômes); et cette masse remonte profondément sous les côtes, est unie au diaphragme, au foie. Il faut, avec la main et le bras introduit jusqu'au coude, contourner toute cette tumeur dont on ne peut, malgré de larges incisions, réduire qu'imparfaitement le volume, et aller détruire toutes les adhérences qui se prolongent dans tous les sens.

Les adhérences détruites, nous amenons à grand'peine à l'extérieur la masse entière que deux aides peuvent difficilement soutenir et qui pèse environ 25 livres. Les liquides évacués par les ponctions préliminaires représentent un poids égal, ce qui porte à 50 livres le poids de la tumeur dans son intégrité.

Nous pratiquons de nouveau, dans tous les sens, de larges incisions pour diminuer autant que possible le volume de cette masse, et arrivons facilement à circonscrire son pédicule. Ce dernier court, volumineux, légèrement tordu sur lui-même, est fixé à l'ovaire droit. Il y a peu d'adhérences dans le bassin, une seule, assez large, s'étend de l'utérus au rectum et est divisée entre deux ligatures. Une anse de fil de fer embrasse le pédicule au moyen d'un serre-nœud, une seconde ligature est placée à côté de l'anse métallique. Nettoyage aussi exact que possible de la cavité abdominale, réunion de la plaie par six points de suture profonde et douze points de suture superficielle. Le pédicule très-court ne peut être fixé à l'extérieur, et nous sommes obligés de laisser le serre-nœud plonger, à 4 centimètres environ, au fond de la plaie.

L'opération avait duré deux heures et demie. La malade, pâle, très-affaiblie, est réchauffée avec soin, et son pouls, d'abord insensible, se relève peu à peu. Il n'y a pas de vomissements chloroformiques, pas d'hémorrhagies consécutives; les liquides exhalés s'écoulent facilement par l'ouverture inférieure.

Les cinq premiers jours se passent sans accidents; le pouls reste fréquent de 110 à 120, mais l'état général se soutient; la malade prend du bouillon, du lait, du vin; il y a un peu de diarrhée. Le serre-nœud est enlevé le quatrième jour; la suppuration autour des ligatures était devenue noirâtre, fétide; le pus est aspiré deux fois par jour, la plaie est nettoyée avec soin. Il n'y a aucune tendance à la cicatrisation sur toute l'étendue de l'incision. Le sixième jour la suppuration semble de meilleure nature, le pouls a moins de fréquence et plus d'ampleur, la malade est changée de lit. Mais, le lendemain, le ventre s'élève rapidement, les sutures sont très-tendues, quelques-unes cèdent et la plaie s'entr'ouvre, le pouls devient très-fréquent, filiforme, la respiration s'embarrasse, et la malade s'éteint dans la matinée du huitième jour.

La mort semble évidemment être le résultat d'une péritonite qui n'était que trop à craindre avec l'incision effrayante qu'il nous avait fallu faire.

De plus l'occlusion incomplète du ventre, la présence du drain au fond de la plaie, ont dû jouer un rôle important dans la production de cet accident. Enfin nous avons opéré cette malade chez elle, loin de tout secours, et nous n'avons pu surveiller que très-imparfaitement les suites de l'opération.

La conclusion pratique qui ressort de cette observation est la suivante : la malade a été probablement victime d'une temporisation poussée à l'excès, opérée quelques mois plutôt, avec une tumeur d'un volume moyen, avec des adhérences faciles à déchirer et peu vasculaires, l'opération eût été couronnée de succès.

C'est à chaque pas, dans les faits publiés, que la même réflexion se présente à l'esprit. L'ovariotomie faite en désespoir de cause ne peut donner que des résultats déplorables, et, dans ces conditions, on compromet à la fois et la malade et l'opération. Pour agir en temps utile, il faut nous débarrasser de cette répulsion instinctive qui arrête encore la main du plus grand nombre des médecins; et, pour atteindre ce but, les revers peuvent nous instruire autant que les succès.

En France, en 1867, la moyenne des succès n'était guère que de 40 pour 100, tandis que, dans une des dernières séances de

l'Académie, M. Kœberlé annonçait que sur 60 cas d'ovariotomie il avait obtenu 56 succès.

Tout en faisant une large part, dans le résultat, au talent si exceptionnel de l'opérateur, nous pouvons penser que l'heureux choix des cas, le moment de l'opération plus favorablement choisi, les indications mieux précisées, ont dû contribuer aussi à modifier heureusement les statistiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des yeux d'écrevisses. — M. RABUTEAU, pendant qu'il était au bord de la mer, a examiné un très-grand nombre de crustacés sans pouvoir jamais y constater la présence de ces matières calcaires désignées sous le nom d'yeux d'écrevisse.

M. CL. BERNARD fait observer que c'est seulement peu de temps avant ou après la mue que ces animaux contiennent des matières calcaires. En tout autre moment il n'en existe pas. Il en est de même de la matière glycogène; on en trouve de très-grandes quantités chez les crustacés peu de temps avant et après la mue, et, en dehors de ce temps, il n'y en a pas la moindre trace.

M. GOUBAUX a cru remarquer que c'est particulièrement dans le mois de septembre qu'on trouve ces matières calcaires chez les écrevisses, et que celles qui ont une enveloppe dure en présentent seules.

M. POUCHET, chez le crabe, a constaté la présence à l'orifice de glandes spéciales de l'estomac, d'aiguilles calcaires, mais seulement après la mue.

Anatomie et physiologie du nerf pneumo-gastrique. — M. JOLLYET fait une communication relative à plusieurs points de l'anatomie et de la physiologie du nerf pneumo-gastrique.

Origine du nerf phrénique chez le cheval. — M. GOUBAUX rappelle que les auteurs admettent que le nerf phrénique, chez le cheval, naît par deux branches qui sont la sixième et la septième paires cervicales, et qu'arrivées en avant de la première côte, au niveau de la ligne médiane ces deux branches se réunissent pour former le nerf phrénique du côté correspondant. Il est vrai que dans la plupart des cas, les choses se passent ainsi. Mais il n'est pas rare de constater qu'au lieu de deux branches, c'est par trois branches que naît le nerf phrénique, la cinquième paire généralement très-grêle, la sixième plus importante et enfin la septième encore plus volumineuse. Si l'on suit chacun de ces filets nerveux, on trouve des dispositions très-variables; tantôt ces trois branches se réunissent sur la ligne médiane, comme dans le premier cas; tantôt, la cinquième ne fait que s'accoler aux deux autres et reste isolée; or, dans ce dernier cas, cette branche de la cinquième paire ne constitue pas le nerf phrénique, mais bien une anastomose du pneumo-gastrique.

Influence des courants indirects sur les vaisseaux. — M. ONIMUS fait une communication sur ce sujet.

On sait, dit-il, que l'électrisation des nerfs vaso-moteurs, détermine la contraction des fibres lisses renfermées dans les parois vasculaires, rétrécit le calibre des artérioles et diminue la circulation. On a conclu de cette expérience que l'excitation des nerfs vaso-moteurs provoquait toujours la contraction permanente des vaisseaux et la diminution de la circulation. Mais on n'a pas tenu compte des conditions de l'excitation, avec les courants induits ordinaires; en effet on agit par une série d'irritations rapides qui amènent une tétanisation des éléments musculaires des vaisseaux. Si, avec la même intensité de courant, on fait varier le nombre des interruptions, les phénomènes de resserrement vasculaire et d'abaissement de température diminuent également et d'une manière proportionnelle.

Lorsqu'il n'y a qu'une, deux ou trois excitations par seconde, la température loin de s'abaisser s'élève légèrement, et la circulation paraît plus active.

Au microscope, sur la membrane interdigitale des grenouilles, on voit les capillaires se dilater et la circulation devenir plus active, lorsqu'on électrise les vaso-moteurs avec des courants indirects qui ne se produisent qu'une ou deux fois par seconde. Il en est de même pour des animaux à sang chaud. On peut ainsi résumer ces faits :

1° Les excitations rapides, portées sur les nerfs vaso-moteurs, amènent le resserrement tétanique des vaisseaux et diminuent la circulation.

2° Ces mêmes excitations, lorsqu'elles se rapprochent, dans leur succession, des conditions normales des mouvements rhythmiques des vaisseaux, produisent l'augmentation de ces mouvements et rendent la circulation plus active.

Ces faits viennent en même temps confirmer la théorie de la contraction autonome des vaisseaux, car ils démontrent que si en effet la contraction tétanique et en masse des vaisseaux diminue la circulation, les contractions successives et *rhythmiques* des vaisseaux augmentent au contraire l'afflux du sang.

Il est important, dans ces expériences, d'employer des courants d'intensité moyenne, car, avec des courants *très-faibles*, on obtient assez souvent, même avec des interruptions rapides, une légère dilatation vasculaire. Ces derniers faits concordent avec ceux observés par M. Goltz et par M. Bricon, un de ses élèves.

Sur les mouvements péristaltiques de l'intestin, les différences dans le nombre des excitations, en un temps donné, et l'influence de l'intensité du courant induit ont une grande analogie avec ce qu'on observe sur les phénomènes vasculaires.

Absence d'atrophie des circonvolutions consécutivement à l'amputation d'un membre. — M. PITRES, dans le but d'éclairer cette question, a fait l'expérience suivante : en 1874, il a pratiqué sur deux jeunes chats, qui commençaient à peine à manger, l'amputation de la patte antérieure droite. Ces deux chats ont parfaitement guéri, et, ces jours derniers, M. Pitres les a tués pour examiner leur cerveau. L'examen le plus attentif n'a pas permis de constater la moindre différence de volume entre les circonvolutions de chacun de ces cerveaux.

Appareil à injections expérimentales. — M. POUCHET, au nom de M. André, présente un appareil destiné à pratiquer des injections dans les vaisseaux.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection de deux vice-présidents et de quatre secrétaires pour l'année 1877.

MM. Lépine et Pouchet sont élus vice-présidents, et MM. Hanet, Nepveu, Gallippe et Duret, secrétaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE ET SON TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS.

M. GALLARD, à l'occasion du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, relativement aux cas de fièvre typhoïde qu'il a observés dans son service, à la Pitié. Il tient à rectifier une double erreur : il avait dit que sur soixante malades atteints de fièvre typhoïde, il avait eu trois décès; or il n'a reçu que quarante-huit malades, sur lesquels il a eu seulement deux décès. Il se croit donc en droit de dire que l'épidémie n'a pas présenté de gravité sérieuse. M. Dieulafoy, qui l'a remplacé pendant un mois et demi, n'a eu qu'un seul décès, qui est un des

deux signalés par M. Gallard. M. Dieulafoy, pas plus que M. Gallard, n'a employé de traitement systématique: les évacuants, les vomitifs et les purgatifs au début, et, le reste du temps, une observation constante des indications quotidiennes, telle a été la conduite suivie par ces deux confrères.

Influence des bains froids sur les complications laryngiennes de la fièvre typhoïde. — M. Libermann lit une note sur ce sujet, dans laquelle il attire particulièrement l'attention de la Société sur les dangers que peut présenter ce mode de traitement chez certains malades dont la muqueuse laryngienne est particulièrement impressionnable au froid. Sur cinq malades qu'il a perdus dans ses deux séries d'observations sur les bains froids, dont le chiffre ne dépasse pas trente-neuf, trois sont morts par le larynx, mortalité considérable au point de vue des complications laryngiennes, et qui n'est évidemment qu'une coïncidence dont il faut cependant tirer un enseignement. Le premier de ces malades a succombé à une perforation du cartilage thyroïde, avec emphysème sous-cutané du cou et de la poitrine, consécutive à une ulcération laryngienne. L'ulcération qui s'était déclarée au début même de la fièvre typhoïde et avait précédé l'emploi des bains n'a nullement été amendée par eux, elle a semblé s'aggraver, au contraire, sous leur influence. Les deux autres ont présenté, pendant toute la durée de leur traitement, un phénomène singulier sur lequel M. Libermann insiste d'une façon particulière. Souvent, après le bain, leur voix se voilait pendant une heure ou deux et reprenait ensuite son timbre normal. Cette dysphonie, due à une congestion passagère de la muqueuse, provoquée vraisemblablement par les bains et constatée plusieurs fois au laryngoscope, semble à M. Libermann un signe très-important pour contre-indiquer leur emploi, car ces deux malades ont succombé, l'un à un œdème de la glotte, l'autre à une laryngite diphthéritique. Pour le malade qui a succombé à l'œdème de la glotte, M. Libermann pense que le bain qui a été suivi de symptômes asphyxiques a probablement amené une congestion plus forte que d'habitude, à laquelle on peut rattacher l'infiltration consécutive des ligaments ary-épiglottiques. Pour la laryngite diphthéritique, les effets nuisibles de l'eau froide sont moins évidents; mais il est à remarquer qu'on a noté chez ce malade les mêmes congestions passagères. Quoique ses observations soient peu nombreuses, M. Libermann pense qu'il sera prudent de ne pas employer les bains froids : 1° dans les complications ulcéreuses du larynx, si fréquentes dans la fièvre typhoïde; 2° chez les malades dont la muqueuse laryngienne témoignerait d'une impressionnabilité particulière au froid, se traduisant après le bain par des congestions du larynx suivies d'une altération plus ou moins marquée, mais toujours passagère de la voix. Il faudra éviter de confondre cette aphonie, due à la congestion, avec l'aphonie consécutive à la paralysie des cordes vocales, qui complique aussi la fièvre typhoïde. Cette dernière dure plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines. M. Libermann n'a pas eu l'occasion de l'observer chez les malades qu'il a soumis aux bains froids, mais il pense qu'elle serait heureusement modifiée par leur emploi.

De la supériorité des bains tièdes sur les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication qui a pour but de comparer les bains tièdes et les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, et de démontrer la supériorité des premiers sur les seconds. Si l'on recherche ce qu'ont écrit les auteurs sur ce sujet, on trouve un très-petit nombre de travaux. Cependant, dit-il, l'emploi des bains tièdes dans le traitement de la fièvre typhoïde est, pour ainsi dire, une méthode usuelle que nos ancêtres avaient adoptée. Il faut ajouter toutefois que des travaux très-importants ont été faits sur l'action physiologique et thérapeutique des bains tièdes en général.

Quant à l'emploi des bains froids, M. Dujardin-Beaumetz fait observer que nous sommes bien loin des premières statistiques de Brand et de M. Glénard, qui portaient autant de cas de guérison que de malades atteints; il est en effet démontré aujourd'hui que l'on a une mortalité par les bains froids comme par les autres méthodes.

M. Dujardin-Beaumetz se propose d'envisager la question du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, sous trois points de vue : 1° au point de vue de la mortalité; 2° au point de vue des complications qui peuvent survenir dans le cours ou par le fait même de ce traitement; 3° enfin, au point de vue des indications et contre-indications.

1° Au point de vue de la mortalité, si l'on compare les chiffres obtenus par les partisans de la méthode de Brand avec ceux obtenus par les partisans des bains tièdes ou des autres méthodes, on voit que les premiers sont un peu plus élevés. Les chiffres de la mortalité obtenus par MM. Maurice Raynaud et Féréol, deux ardents partisans de la méthode de Brand, sont de 14, 8 pour 100, pour le premier et 18 pour 100 pour le second. Si, dans l'épidémie actuelle, l'on prend deux services hospitaliers similaires, dans les mêmes conditions, l'un dirigé par un partisan de la méthode par réfrigération, l'autre par un partisan des moyens ordinaires, ceux par exemple de MM. Maurice Raynaud à Lariboisière et Desnos à la Pitié, on voit que M. Maurice Raynaud a eu cinquante-quatre cas de fièvre typhoïde sur lesquels il a perdu huit malades, soit 14,8 pour 100, et que M. Desnos a eu trente-sept cas, sur lesquels il n'a eu que cinq décès, soit 13,5 pour 100. Dans le service de M. Moissenet, il y a eu quarante-cinq malades, sur lesquels sept sont morts, soit 14,8 pour 100. Enfin il faut ajouter à ces statistiques celle de M. Gallard qui n'a eu que deux décès sur quarante-huit malades, soit un peu plus de 4 pour 100, ce qui est un chiffre exceptionnellement favorable.

Que résulte-t-il de l'examen de ces différents chiffres? c'est que, quelle que soit la méthode de traitement mise en usage, on obtient à peu de chose près le même chiffre pour la mortalité.

2° Certaines complications, telles que la syncope, la pneumonie et les hémorrhagies peuvent être la conséquence du traitement par les bains froids. La syncope est une grave complication, et M. Maurice Raynaud a rapporté lui-même un cas dans lequel le malade serait mort certainement d'une syncope si on ne l'avait aussitôt retiré du bain froid, dans lequel il était lorsqu'il fut pris de cet accident. Quant à la pneumonie, MM. Féréol et Raynaud avouent eux-mêmes qu'elle peut être produite par l'emploi des bains froids. Or, vraie ou fausse, la pneumonie est toujours une maladie grave. Enfin, les hémorrhagies, de l'aveu de M. Féréol, sont une complication qu'on observe plus fréquemment chez les malades traités par les bains froids, que chez ceux qui sont soumis à d'autres méthodes. C'est donc aux partisans eux-mêmes de la méthode de Brand que M. Dujardin-Beaumetz emprunte les arguments qu'il fait valoir contre cette méthode.

3° Hémorrhagies, complications pulmonaires, telles sont donc les contre-indications des bains froids. Quelles sont maintenant leurs indications? Tous les partisans de la méthode admettent deux indications principales : l'hyperthermie et les phénomènes ataxo-adynamiques. Voyons, dit M. Beaumetz, si les bains tièdes, dans ces cas, ne donneraient pas les mêmes résultats que les bains froids, l'hyperthermie est un phénomène dont, suivant M. Beaumetz, on a beaucoup exagéré l'importance; toutefois, elle constitue un danger sérieux que l'on prévient et combat tout aussi bien par les bains tièdes que par les bains froids. En effet, MM. Bertomier, Samuel, Barthé, Laure, ont entrepris une série d'expériences qui montrent qu'un bain chaud à 36 degrés, et à plus forte raison un bain tiède à 32 degrés d'une certaine durée, de trois quarts d'heure à une heure, abaisse, à l'état normal, la température de plus de deux degrés et diminue le pouls de dix pulsations.

Les bains tièdes procurent donc tous les avantages des bains froids, sans en avoir les inconvénients. En effet, la méthode des bains froids, de l'aveu même de ses plus chauds partisans, est une méthode cruelle, très-mal supportée par les malades, qui redoutent sans cesse le moment de ces bains. Les bains tièdes, au contraire, sont très-bien supportés et leur sont mêmes agréables; ils les désirent et sentent eux-mêmes que, sous l'influence de ces bains, leur soif diminue et leur sommeil est plus calme. M. Dujardin-Beaumetz préfère donc de beaucoup les bains tièdes aux bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ils en ont, en effet, tous les avantages sans entraîner les graves complications pulmonaires que peuvent provoquer les bains froids.

Toutefois, M. Dujardin-Beaumetz reconnaît que, pour combattre les phénomènes ataxo-adynamiques, la méthode réfrigérante est

préférable, non pas sous forme de bains froids, mais bien sous la forme des lotions froides et des enveloppements que nos maîtres employaient déjà depuis longtemps avec succès.

COMMUNICATIONS

Élimination des membranes internes de l'estomac à la suite d'un empoisonnement par l'acide sulfurique. — M. LABOULBÈNE communique à la Société le fait dont il a entretenu l'Académie de médecine dans sa dernière séance. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 22 décembre.)

Angine tuberculeuse, tuberculose généralisée. — M. LAVERAN rappelle la présentation qu'il a faite, le 13 octobre dernier, d'un malade atteint d'angine tuberculeuse. Ce malade ayant succombé, il fait connaître aujourd'hui les résultats de son autopsie. Outre les lésions tuberculeuses du voile du palais et celles des poumons, on trouva des granulations tuberculeuses dans le péritoine, une large ulcération de même nature dans l'intestin, au niveau de la valvule iléo-cæcale, et dans un testicule, les lésions caractéristiques de l'orchite tuberculeuse.

M. BUCQUOY, à cette occasion, rappelle qu'il a présenté un malade atteint d'ulcération tuberculeuse de la langue. Or ce malade a complétement guéri, au moins momentanément. M. Bucquoy a appliqué localement, dans ce cas, la glycérine phéniquée, 20 centigrammes d'acide phénique pour 30 grammes de glycérine.

RAPPORTS

M. BESNIER donne lecture du rapport général annuel dans lequel il rappelle les travaux de la Société, pendant l'année 1876, et consacre à chacun des membres qui sont morts, dans cette année, à Andral, Béhier, Axenfeld et Isambert, un juste tribut de regrets et d'éloges.

Cette lecture est accueillie par des marques d'unanime approbation.

M. FERRANT lit un rapport au nom du conseil d'administration.

ÉLECTIONS

Le bureau, pour l'année 1877, se trouve ainsi constitué : président, M. Empis; vice-président, M. Labric; secrétaire général, M. Ern. Besnier; secrétaires annuels, MM. Martineau et Duguet; trésorier, M. Dujardin-Beaumetz.

Le conseil de famille se composera de MM. Laboulbène, Delasiauve, Moissenet, Labbé.

Le conseil d'administration, de MM. Desnos, Brouardel, Proust, Olivier et Audhoui.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 4 janvier 1877, il a été déclaré 951 décès, soit 26.7 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 6. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 32. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 62. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Angine couenneuse, 42. — Croup, 21. — Dyssenterie, 2. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 237. — Affections chroniques, 418, dont 156 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 20.

— LONDRES (3,480,428 hab.) — Décès du 24 au 30 décembre 1876, 1,510, soit 22.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 75. — Scarlatine, 29.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 17 au 23 décembre 1876, 397, soit 29.8 par 1,000 hab. et pour l'année. — Angine couenneuse, 11.

— BUDA-PESTH (300,000 hab.). — Décès du 17 au 23 décembre 1876, 240 décès, soit 41.6 décès par 1,000 hab. et pour l'année. — Variole, 24.

— NEW-YORK (1,068,162 hab.). — Décès du 26 novembre au 3 décembre, 436 décès, soit 21.2 par 1,000 hab. et pour l'année. — Diphthérie, 31.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le projet des travaux à exécuter à l'École de médecine est aujourd'hui terminé, et cette importante affaire sera l'une des premières soumises à l'examen du conseil municipal.

D'après ce projet, la façade sur la rue de l'École-de-Médecine sera conservée. Il en est de même pour le grand amphithéâtre et les bâtiments de la cour d'honneur. Trois nouvelles cours sont réservées : la première, dite des services généraux, sur le boulevard Saint-Germain; la deuxième, au cours des examens, sur la rue Larrey; la troisième, dite cour des collections, sur la rue Hautefeuille.

Les bâtiments affectés aux services généraux comprennent : les bureaux, la salle de réception, l'appartement du doyen. Les salles d'examen viennent ensuite; la salle des thèses proprement dite, occupant l'emplacement de la bibliothèque actuelle. Quatre nouveaux amphithéâtres, dont un de chimie, seront réservés dans les bâtiments du centre. Le musée Orfila gardera la place qu'il occupe habituellement. Quant à la bibliothèque, elle sera installée sur le boulevard Saint-Germain, et cinq cents lecteurs pourront y trouver place.

La durée des travaux sera de quatre ans environ; on commencera par la réfection des parties longeant la rue Hautefeuille; ensuite des constructions bordant le nouveau boulevard Saint-Germain, et enfin des bâtiments en face la rue de l'École-de-Médecine. La superficie totale de l'école sera de près de 7,000 mètres, alors qu'aujourd'hui elle est à peine de 2,500 mètres. La dépense des constructions est évaluée à 4,300,000 francs.

— *Collége de France.* — Le traitement des professeurs est porté de 7,500 francs à 10,000 francs.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Le traitement des professeurs est porté de 7,500 à 10,000 francs.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Emmanuel Moïana, récemment décédé, a légué par testament à la ville de Paris, une somme de 1 million de francs, dont 500,000 francs pour la construction d'un hôpital, et 500,000 francs pour achats de rentes sur l'État, afin de doter cet hôpital du revenu nécessaire pour son organisation et ses dépenses annuelles.

— Depuis le 1er janvier 1877, l'observatoire de Montsouris confie à M. P. Miquel, spécialement chargé de cette branche de service, l'examen comparatif des poussières de l'air, du sol et des eaux recueillies d'une manière uniforme dans les principaux quartiers de Paris. La permanence de ces comparaisons, faites dans des conditionss emblables, conduira, peut-être, à des résultats utiles à la science et à l'hygiène.

— *Asile Sainte-Anne.* — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — M. Magnan reprendra ses leçons le dimanche, 14 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. En dehors des leçons, les élèves, réunis en séries, pourront à des jours déterminés, être exercés directement au diagnostic.

Par décision ministérielle du 15 novembre 1876, MM. les étudiants devront être munis d'une carte d'entrée, que le directeur de l'asile Sainte-Anne leur délivrera sur la vue d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

Recherches sur l'auscultation plessimétrique, pas le docteur Noël GUÉNEAU de MUSSY. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Dragées arsenico-ferriques

aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Valérianate d'atropine

Formule du docteur MICHÉA, approuvée par l'Académie de médecine de Paris.

Depuis 1854, le Valérianate d'Atropine est employé avec un grand succès sous formes de granules de un demi-milligramme, formule du docteur Michéa, *approuvée par l'Académie de médecine de Paris, dans le traitement de l'Epilepsie, l'Asthme essentiel ou spasmodique, la Migraine, la Toux nerveuse, l'Hystérie, les Palpitations du cœur, les Convulsions, l'Oppression et la Coqueluche.* Le grand nombre de guérisons obtenues par ce médicament me fait un devoir de le faire connaître. Les doses varient depuis un demi-milligramme jusqu'à 2 milligr. dans les 24 heures. D'un demi-milligramme on passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine de traitement. Au bout de quinze jours, on laisse reposer le malade pendant deux semaines. Puis l'on revient à l'emploi du remède, qui est encore suspendu au bout de quinze jours. La durée du traitement, ainsi repris et interrompu, varie de 2 à 6 mois pour obtenir une guérison radicale. (V. Instruction.)

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière, son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Barèges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Phénol-Bobœuf hémostatique

ANTIPUTRIDE ET DÉSINFECTANT

Prix MONTHYON, décerné à M. BOBOEUF.

Le *Phénol-Bobœuf* est un hémostatique des plus efficace et présente l'immense avantage de cicatriser les plaies sans produire la moindre irritation.

L'application du *Phénol-Bobœuf* a toujours été suivie de succès dans les cas de Brûlures, Engelures, Écorchures, Démangeaisons, Coupures, Piqûres et Morsures venimeuses.

Comme antiputride et désinfectant, le Phénol-Bobœuf est un agent préservatif très-précieux contre toutes les maladies miasmatiques en général. Son emploi est indispensable pour l'assainissement des Hôpitaux et Hospices, des Chambres de malades, des Ateliers, Usines, Navires et de tous les lieux insalubres, où il est nécessaire de détruire des ferments de mauvaise nature.

Détail dans toutes les pharmacies.

Entrepôt général : 7, rue Coq-Héron, 7, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET (*Chlorate de potasse*) contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche.

Pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La présidence de M. Bouley s'annonce bien. La séance d'hier a vu s'engager deux discussions portant sur des questions nouvelles, l'une à propos d'une théorie essentiellement originale de notre savant maître M. Guéneau de Mussy, l'autre à l'occasion d'un récent ouvrage du même auteur.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les belles recherches de M. Guéneau de Mussy sur l'adénopathie bronchique : la *Gazette des hôpitaux* les en a souvent entretenus. La théorie de la coqueluche en est le corollaire, pour ainsi dire. M. Guéneau de Mussy avait vu survenir la toux quinteuse, spasmodique, coqueluchoïdale, dans les espèces très-diverses de l'adénopathie bronchique, quelle qu'en fût du reste la cause ou la nature intime, toutes les fois que les ganglions engorgés avaient acquis un volume suffisant pour exercer une certaine pression sur les branches du pneumogastrique. Il devait donc lui sembler naturel de supposer que dans la coqueluche elle-même, maladie exanthémateuse, dont l'adénopathie bronchique pouvait être le résultat, cette adénopathie était la cause prochaine de la toux spasmodique. Cette hypothèse paraît confirmée par deux autopsies pratiquées tout dernièrement sur des enfants morts de coqueluche, et dont M. Guéneau de Mussy a mis les pièces sous les yeux de l'Académie. Reste à savoir s'il s'agit là d'une règle ou d'une exception. Ce point a été discuté ; mais il faut des faits, en grand nombre, contradictoirement recueillis, pour l'éclaircir en définitive.

L'autre discussion commencée a trait à la fièvre typhoïde, à sa contagion, son étiologie, sa prophylaxie. Les médecins de la Grande-Bretagne se préoccupent beaucoup en ce moment de ces questions. Ils en ont fait le sujet de mémoires considérables, que M. Guéneau de Mussy vient de résumer et de discuter dans un ouvrage dédié à l'un d'eux. Admettant, comme eux, que la fièvre typhoïde est une maladie exanthémateuse spécifique, ayant ses manifestations déterminées et son agent virulent spécial, il croit, comme eux, que cet agent siége surtout dans les sécrétions des points affectés, des plaques de Peyer ulcérées, etc. Ce serait donc surtout par l'intermédiaire des déjections intestinales que la maladie serait contagieuse. Ces déjections répandraient des germes morbides dans l'eau où elles seraient versées, dans l'air même qui pourrait emporter leur poussière et la disséminer au loin. Les meilleurs moyens prophylactiques à opposer aux épidémies de fièvre typhoïde seraient donc ceux qui pourraient le mieux en détruire le germe dans les déjections de chaque malade. M. Bouillaud a pris la parole sur ce sujet; mais il n'en est encore qu'à la préface de son discours, et n'a point exprimé son opinion sur la doctrine anglaise.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Fièvre typhoïde. — Difficulté du diagnostic différentiel avec la granulie généralisée.

Je vous disais, dans ma première leçon, que parmi les moyens d'instruction que je comptais mettre cette semaine à votre disposition, figuraient dans un rang important les autopsies. J'ai aujourd'hui un exemple à vous donner de l'intérêt que mérite ce mode d'enseignement.

Un jeune malade qui était couché au n° 20 de la salle des hommes, et qui a succombé il y a deux jours, va me fournir le sujet d'une leçon très-importante sur le diagnostic d'une maladie des plus répandues en ce moment, la fièvre typhoïde. Si, chez la plupart des individus frappés de cette affection, celle-ci se présente avec un ensemble de symptômes tellement caractéristiques, que le moindre doute ne saurait être permis sur la nature de la maladie, le cas que je vais vous exposer se distingue des autres sous ce rapport : ici, en effet, le diagnostic était incertain, et, jusqu'à la mort, je suis resté dans le doute sur la nature de la maladie.

Parmi les divers états morbides auxquels la fièvre typhoïde emprunte parfois une certaine ressemblance, il en est un dont il est souvent bien difficile de la distinguer. Je veux parler de cette affection qu'on désigne sous le nom de granulie généralisée et qui est caractérisée anatomiquement par l'existence de granulations tuberculeuses disséminées dans différents organes de l'économie, les méninges, le cerveau, la plèvre, le poumon, le foie, les intestins, etc. Cette affection se présente, en effet, avec un appareil symptomatique tellement ressemblant à celui de la fièvre typhoïde, que le diagnostic ne doit jamais être posé qu'avec la plus grande réserve. L'an dernier, à l'hôpital Necker, j'ai déjà eu occasion, si vous vous le rappelez, de vous parler d'un malade à peu près du même âge que celui qui nous occupe en ce moment, et qui présentait tous les phénomènes de la fièvre typhoïde à savoir : fièvre, avec ses caractères ordinaires en pareil cas, c'est-à-dire la fréquence du pouls et

l'augmentation de la température avec oscillations d'un demi-degré matin et soir; langue sèche, météorisme du ventre, diarrhée, délire et même taches rosées lenticulaires. Nous étions donc en droit de penser à l'existence d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, devant se terminer par la mort.

Eh bien, l'autopsie nous a montré que, malgré cette apparence de raison, le malade avait succombé à une granulie généralisée. Ici, même incertitude du diagnostic, mais néanmoins des phénomènes spéciaux qui nous engageaient à penser plutôt à la granulie qu'à une affection typhoïde. Voici d'ailleurs les principaux détails de l'observation de ce malade.

C'est un jeune homme de dix-huit ans, d'apparence maigre et chétive. Les cils sont longs, la peau lisse, tels qu'on les rencontre dans l'infantilisme. Il a été amené à l'hôpital dans un état de prostation considérable, couché dans le décubitus dorsal et dans un laisser-aller complet. Il répond à peine aux questions qui lui sont faites. En même temps, le malade présente d'une manière spéciale une gêne de la respiration telle, qu'au premier abord, on pourrait croire à l'existence d'une affection thoracique. Le pouls est à 104, la température (prise dans le rectum) à 39,8, la respiration à 32. Pas de point de côté ni d'expectoration.

A l'auscultation, on perçoit quelques râles fugitifs, mais sans importance aucune et nullement en rapport avec l'intensité de la dyspnée. La percussion ne donne également que des résultats négatifs, cependant, en la pratiquant, on trouve déjà un signe tout spécial sur lequel je reviendrai d'ailleurs. C'est qu'elle dénote une hyperesthésie cutanée qui se rencontre encore sur différentes parties du corps, les cuisses, les bras, etc., au niveau desquelles on pratique une pression même légère et qui se traduit par des cris. Le ventre est un peu ballonné, douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, où on trouve du gargouillement. Les selles sont liquides, abondantes et colorées en jaune d'ocre, tout à fait semblables à celles qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde. La rate est normale; pas de taches lenticulaires pendant tout le cours de la maladie.

Tous les signes ou symptômes que je viens de vous énumérer : absence de taches, rate à peu près normale, délire, sensibilité excessive du ventre, gargouillement, météorisme, diarrhée, ont persisté jusqu'à la fin; mais ce que nous avons constaté d'une manière spéciale dans les derniers temps de la maladie, c'est l'existence de cette sensibilité cutanée et des masses musculaires ainsi que celle d'une tache méningitique extrêmement marquée à la région antérieure de l'abdomen et du thorax.

Un autre phénomène également remarquable et sur lequel j'appelle toute votre attention, consistait dans une dilatation égale des pupilles et dans une procidence des paupières qui semblait indiquer un certain degré de paralysie du releveur de la paupière supérieure, principalement du côté gauche.

Enfin, dans les derniers temps de la vie, le délire est devenu continu, le ventre s'est retracté, le malade était recoquevillé sur lui-même, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le bassin. En même temps, la figure avait pris un aspect tout à fait grimaçant; les commissures des lèvres étaient écartées et un pli excessivement marqué s'observait autour de la bouche, pour peu qu'on touchât le malade qui, de temps en temps encore, poussait des cris probablement provoqués par la douleur, et rappelant par leurs caractères les crises hydrocéphaliques.

En face de ces phénomènes, vous comprenez comme quoi on était autorisé à voir dans ce malade, non pas une simple fièvre typhoïde, mais bien cette maladie désignée sous le nom de granulie généralisée et décrite par M. Empis dans son livre sur la granulie; livre extrêmement remarquable sous le rapport clinique. Dans cet ouvrage, M. Empis, après avoir exposé les difficultés de diagnostic qui existent entre la fièvre typhoïde et la granulie, donne l'énumération des signes sur lesquels on peut se fonder pour l'établir. C'est que d'abord dans la fièvre typhoïde, il y a une intensité très-grande de la fièvre et qu'a un certain moment de la maladie, vers le septième ou le huitième jour, on voit se développer un phénomène particulier, consistant dans l'apparition sur la peau de taches rosées lenticulaires, c'est qu'ensuite la maladie semble plus généralisée, plus superficielle que dans la granulie, et qu'on ne trouve pas de phénomène local bien déterminé. Avec cela, la rate est augmentée de volume et les phénomènes cérébraux sont plutôt caractérisés par de la stupeur et du subdelirium que par du véritable délire. Ce qui caractérise la granulie c'est, au contraire, l'absence de taches lenticulaires, bien que, ainsi que vous en avez vu un exemple chez notre malade de l'hôpital Necker, celle-ci puisse ne pas être absolue. D'autre part, M. Empis rattache une importance énorme à certains phénomènes nerveux, à la photophobie, à l'extrême sensibilité des yeux à la lumière et, dans certains cas, à la dilatation inégale des pupilles. Un autre fait à l'existence duquel M. Empis n'attache pas une moindre importance, c'est que dans la granulie on remarque une sensibilité cutanée toute particulière, sensibilité qui fait défaut dans la fièvre typhoïde et qui se traduit par un grimacement de la face. Cette hyperesthésie se retrouve également dans les masses musculaires telles que la jambe, la cuisse, le bras, etc., et à un degré extrêmement marqué. Enfin, il n'est pas rare, dans cette affection, d'entendre les malades pousser de véritables cris d'hydrocéphalie, et de même, d'observer une dyspnée toute particulière et qui ne peut s'expliquer par les phénomènes physiques de la respiration; dyspnée, autrement dit de cause cérébrale plutôt que provoquée par des lésions des plèvres ou des poumons. Enfin M. Empi attache une certaine importance à la présence de la tache méningitique, sans croire à sa valeur absolue, cette tâche se retrouvant dans tous les cas d'hyperémie cérébrale et particulièrement dans la fièvre typhoïde à forme nerveuse.

Maintenant que vous connaissez le tableau de la granulie, ainsi que le décrit M. Empis, rappelez-vous ce que nous avons observé chez notre malade et particulièrement les phénomènes qu'il a présentés du côté du système nerveux. Rappelez-vous cette dyspnée tellement intense, que mon chef de clinique avait pu, à l'entrée du sujet, croire à l'existence d'une affection thoracique, cette respiration anhélente, anxieuse, précipitée; cette sensibilité excessive du malade quand on le touche, ces cris que la pression provoque, rappelez-vous enfin le développement de cette tache méningitique qui se manifeste quand, avec le dos de l'ongle, on vient à tracer une ligne sur la peau de l'abdomen et dites-moi si ce tableau n'est pas en rapport complet avec celui de M. Empis. Enfin, à ces signes, joignez encore la photophobie, la procidence des paupières, cet état ratatiné du corps qu'on trouve si rarement dans la fièvre typhoïde et, pour donner plus de certitude encore au diagnostic de granulie, l'âge jeune du malade, son peu de développement, son état enfantile, toutes conditions considérées comme autant de causes prédisposantes à une affection tuberculeuse.

En présence de ces signes, nous avons donc dû croire plutôt à l'existence d'une granulie que d'une fièvre typhoïde; mais, sachant les difficultés du diagnostic, j'ai dit que, tout en croyant à l'existence de cette dernière, je ne voulais rien affirmer et que je ne posais mon diagnostic qu'avec une certaine réserve.

C'est dans ces circonstances que le malade est mort et que j'ai saisi l'occasion d'en faire devant vous l'autopsie : les lésions que nous allons trouver devant nous ôter toute incertitude et nous faire admettre, *post mortem*, un diagnostic absolu.

Autopsie. — Les ganglions mésenteriques de l'intestin grêle sont augmentés de volume, et il existe dans la fin de l'intestin grêle, près du cæcum, des ulcérations siégeant dans les glandes de Peyer et présentant les caractères de celles de la fièvre typhoïde : quelques-unes même présentent un fond jaunâtre formé par l'eschare non encore détachée des follicules agminés.

Le poumon droit présente, dans son lobe supérieur, les lésions qui constituent l'hépatisation vraie; à gauche, on ne trouve qu'une simple congestion.

La rate a son volume normal; elle est seulement un peu molle.

Le foie est légèrement gras, comme un foie de phthisique.

Le cœur n'offre rien de particulier; on y découvre à peine quelques points de dégénérescence musculaire.

Le cerveau présente un œdème considérable; dans les méninges, il n'y a pas trace de granulation tuberculeuse. L'encéphale est blanc et ne diffère en rien, sous ce rapport, de la coloration propre au cerveau normal. Il n'y a pas de trace de periencéphalite diffuse.

Nous avons dit que du côté de l'œil gauche il existait, pendant la vie, une ptose de la paupière supérieure sans mydriase ni strabisme. Pour expliquer ces phénomènes singuliers, on trouve du côté opposé, et à la superficie de l'écorce grise, une tumeur sur la nature de laquelle on ne saurait être encore fixé. Elle est placée sur la ramification la plus supérieure de la deuxième circonvolution pariétale ascendante, à un travers de doigt environ au-dessus du pli de courbure et à un travers de doigt en avant de la scissure qui sépare le lobe pariétal du lobe occipital. Ce fait explique ce phénomène sur lequel nous croyions devoir insister en faveur de la granulie.

Ainsi donc, malgré les symptômes que je vous ai énumérés chez ce malade et qui semblaient converger vers le diagnostic de granulie, nous avions affaire, en réalité, à une fièvre typhoïde à forme nerveuse, à forme cérébrale.

Cet exemple rapproché du fait observé à Necker pendant l'été dernier, vous montre les difficultés qui existent pour le diagnostic différentiel de ces deux affections et vous fait voir quelle nécessité il y a, en pareille circonstance, à rester dans l'incertitude et à ne pas se prononcer d'une manière absolue. Il semble encore établir que dans les circonstances d'une épidémie de fièvre typhoïde, telle que celle qui existe aujourd'hui à Paris, dans les cas morbides où le diagnostic peut être douteux, il est plus sage d'incliner en faveur de l'existence de la maladie régnante.

LABORATOIRE DE M. MAREY.

Recherches sur le sentiment comparé au mouvement (1)

Par M. Ch. Richet.

Je passe sous silence tous les détails techniques pour ne donner que les résultats de mes expériences.

1° La sensibilité éveillée par des courants très-faibles, après s'être accrue pendant quelque temps, finit par disparaître lentement; mais un court moment de repos suffit pour que la sensibilité revienne tout aussi parfaite qu'auparavant. En un mot, la sensibilité, sous l'influence d'une excitation prolongée, « décroît lentement, mais revient rapidement à l'état normal ».

2° Des « excitations isolées » ou séparées l'une de l'autre par un long intervalle « ne produisent pas d'effet sensitif », tandis que « ces mêmes excitations très-rapprochées produisent un effet sensitif » d'autant plus marqué que leur fréquence est plus grande.

Supposons deux excitations, celles, par exemple, que la rupture et la clôture d'un courant de pile provoquent dans les fils d'une bobine d'induction. Si elles sont très-éloignées l'une de l'autre, le sujet en expérience ne percevra rien ni à la rupture ni à la clôture; mais, si elles sont très-proches, il y aura une sensation unique et réellement perçue, par suite de « l'addition » de ces deux forces réunies.

Ces faits d'addition, de « sommation » (Grüenhagen, Pflüger) peuvent se manifester d'une autre manière. Ainsi, si l'on prend un interrupteur électrique, tel que la fréquence des interruptions soit uniformément accélérée au début, quand les interruptions sont rares, il n'y aura pas de perception, et la perception n'arrivera que plus tard, quand le mouvement aura acquis une certaine fréquence déterminée.

Sur le muscle, les phénomènes sont tout à fait analogues; aussi peut-on très-légitimement comparer ce phénomene d'addition sensitive, grâce auquel des excitations faibles s'accumulent dans les centres nerveux, au phénomène de l'addition motrice, qui fait que chaque secousse musculaire vient s'ajouter aux secousses précédentes, et finit par produire un tétanos plus ou moins complet.

3° Pour des excitations égales entre elles et répétées, le moment de la perception est « d'autant plus retardé, que l'intensité de ces excitations est plus petite, et d'autant plus accéléré, que leur intensité est plus grande. »

Cette loi est une conséquence directe de la précédente. En effet, si les premières excitations sont insuffisantes pour produire un effet sensitif, ce qui est le cas des excitations faibles, la perception ne surviendra que tard, après la dixième excitation par exemple, tandis qu'avec des excitations fortes la perception, étant déjà produite par la première excitation, sera presque instantanée.

Ce retard de la perception après une excitation faible pourrait probablement s'appliquer à toutes les excitations ayant une durée appréciable; en effet, aucune n'est continue, et en réalité elles représentent toutes une série de vibrations d'une fréquence prodigieuse (chaleur, lumière, etc.).

4° Les phénomènes connus sous le nom d' « éducation de la perception » peuvent rentrer dans les faits d'addition. Si l'on prend plusieurs excitations même assez éloignées l'une de l'autre, on ne sentira pas bien les premières, tandis que les dernières seront très-bien perçues et avec beaucoup moins de retard. Sur le muscle de la pince de l'écrevisse on voit un phénomène analogue, et l'on peut admettre que les effets de l'addition se manifestent même à une très-grande distance, et probablement beaucoup plus grande encore pour les centres nerveux que pour les muscles.

5° Si les excitations sont très-faibles, on pourra en prendre un nombre limité, jusqu'à dix par exemple, sans obtenir d'effet sensitif; que si, au contraire, on prend des excitations égales aux premières en fréquence et en intensité, mais étant en nombre illimité, il y aura à la fin une perception distincte, ce qui montre que, pour se produire, elle exige plus de dix excitations, et que c'est au delà de la dixième seulement que l'effet sensitif sera produit. Ce nombre maximum est difficile à déterminer, mais je crois que, pour des excitations répétées cinq cents fois par seconde, il est placé entre six et quinze.

D'un autre côté, si l'excitation était moins faible, deux excitations rapprochées seront suffisantes pour amener la perception, qu'une seule de ces excitations isolées ne saurait produire.

Toutes ces remarques s'appliquent également au mouvement et au sentiment, en sorte qu'aux tracés obtenus par le moyen du muscle répondraient des tracés analogues obtenus avec la perception, si celle-ci pouvait se traduire par une forme graphique.

6° Il faut distinguer la « transmission » d'une excitation qui est

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 4 décembre 1876.

toujours très-rapide et uniforme, quelle que soit son intensité et la « persistance » de cette excitation. C'est grâce à cette persistance que l'on peut observer des phénomènes d'addition aussi bien dans le muscle que dans les centres nerveux. La transmission est un phénomène qui dépend du nerf, la persistance dépend des centres nerveux. Pour prendre une comparaison vulgaire, mais qui doit éclaircir ce que cette proposition peut avoir d'obscur, la transmission dans le nerf ressemble au courant électrique qui passe dans un fil de métal, tandis que l'excitation des centres provoque une sorte d'ébranlement, analogue à la vibration d'une cloche qui continue à résonner longtemps après qu'elle a été frappée.

Or, par un grand nombre d'expériences, j'ai pu démontrer que la « persistance d'une impression est proportionelle à l'intensité de l'excitation qui l'a produite ».

Il suit de là que, si l'on prend des courants dont la fréquence est uniformément accélérée, moins l'intensité des courants est grande, plus il faut de fréquence ; si les courants sont plus forts, une moindre fréquence suffit.

Il résulte de ces faits une loi générale qui s'applique aussi bien au muscle qu'aux centres nerveux sensitifs, et qui peut se formuler ainsi : « Le nombre des excitations nécessaires pour amener une perception ou un mouvement est inversement proportionnel à l'intensité et à la fréquence de ces excitations. »

Nous pouvons ainsi nous faire une idée juste, quoique encore fort obscure, du « travail cérébral, analogue au travail médullaire étudié par quelques auteurs (Rosenthal, Tarchanoff) à propos de l'action réflexe. Le travail des centres nerveux ressemble à beaucoup d'égards au travail des muscles. Il semble qu'il y ait dans l'intimité de ces deux tissus comme une résistance à l'excitation, une sorte d'inertie qui fait que des excitations faibles n'arrivent qu'à la longue à vaincre cette résistance. Mais il ne faut pas attacher à ces mots plus de valeur qu'ils n'en méritent, et nous nous contenterons d'avoir établi ce fait, qu'il y a entre le sentiment et le mouvement une analogie surprenante, laquelle nous permet de mieux comprendre la fonction des centres nerveux.

Ces recherches ont été faites au collége de France, dans le laboratoire de M. Marey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des épidémies qui ont été observées en 1875 dans les départements du Puy-de-Dôme et de la Lozère ;

2° Le rapport général de M. le docteur Joubert, médecin inspecteur de Bagnoles (Orne), pour la saison 1874 ;

3° Un rapport général de M. le docteur Ticié, médecin inspecteur des eaux de Capvern, pour la saison de 1874 ;

4° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Bilazais, pour la saison de 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Tillaux qui se porte candidat à la place vacante en la section d'anatomie et de physiologie ;

2° Une lettre de remercîments de M. le docteur Reeb, médecin principal, lauréat de l'Académie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente à l'Académie des pièces anatomiques recueillies par un de ses anciens internes, M. Parinaud, actuellement attaché à l'hôpital des Enfants.

Deux fois M. Parinaud a pu faire l'autopsie d'enfants ayant succombé à la coqueluche et deux fois il a constaté une tuméfaction considérable des ganglions trachéo-bronchiques, comprimant le pneumo-gastrique et ses branches laryngées, comme on peut le voir dans ces pièces.

M. Guéneau de Mussy rappelle, à ce sujet, que dans sa théorie de la coqueluche, il tend à rapporter les symptômes de cette maladie à l'adénopathie bronchique. Dans les formes excessives d'adénopathie bronchique dues à tout autre cause, on a toujours en effet noté une toux coqueluchale. D'ailleurs, en adoptant cette théorie, on explique :

1° Que la toux spasmodique ne survienne que dans le second ou troisième septénaire de la maladie après la période dite catarrhale et que M. Guéneau de Mussy appelle *exanthématique*.

2° Comment la toux caractéristique peut persister pendant des mois.

3° On explique aussi que, les tuméfactions ganglionnaires incomplétement résolues ayant grande tendance à se reproduire, un rhume, une rougeole, un refroidissement, puissent provoquer le retour de la toux coqueluchale chez un enfant convalescent de la coqueluche.

M. Guéneau de Mussy raconte à ce propos que, chez le fils d'un de ses confrères, la toux coqueluchale a récidivé jusqu'à trois fois lorsque cet enfant habitait des lieux humides, et a chaque fois disparu rapidement après un séjour momentané à Saint-Germain.

4° Dans ce même ordre d'idées, on comprend comment la compression du larynx inférieur en se prolongeant peut amener la désorganisation du nerf et l'abolition de sa fonction.

5° Enfin, comment dans la coqueluche l'adénite étant peu développée ou n'intéressant pas les ganglions qui sont en rapport direct avec le pneumogastrique ou ses branches laryngées, la toux spasmodique peut faire défaut, comme M. Guéneau de Mussy l'a observé dans des circonstances où il y avait à supposer une coqueluche, malgré l'absence de toux coqueluchale.

DISCUSSION

M. COLIN fait remarquer que les accidents de compression des pneumogastriques par les ganglions bronchiques tuméfiés sont très-communs chez les animaux, principalement à la suite des affections inflammatoires des poumons : il est une variété de cornage qui est produite par cette compression. Ces adénopathies, suivant M. Colin, paraissent être toujours symptomatiques. On ne comprendrait pas comment les ganglions bronchiques pourraient se tuméfier d'une manière idiopathique sans que leurs vaisseaux afférents apportent d'autre part des éléments morbides. M. Colin croit se rappeler que, dans certains passages cités dans un travail pour le prix Barbier, M. Guéneau de Mussy semblait supposer l'existence de certaines adénopathies bronchiques indépendantes et essentielles.

M. GUÉNEAU DE MUSSY déclare n'avoir jamais rien écrit de semblable. Sans aller aussi loin que M. Colin et nier absolument la possibilité d'adénopathies essentielles, il n'en a pas vu, n'en a pas parlé. Dans la coqueluche spécialement, il considère l'adénopathie comme symptomatique d'une éruption interne, la coqueluche étant pour lui une sorte de fièvre éruptive avec manifestations exanthématiques ou plutôt exanthématique sur la membrane muqueuse des bronches.

M. HARDY objecte à M. Guéneau de Mussy que si la coqueluche était produite par la tuméfaction des ganglions bronchiques, on devrait trouver cette adénopathie dans tous les cas de coqueluche : or, dans les autopsies qui ont été faites d'individus ayant succombé à la coqueluche, on n'a trouvé cette adénopathie que très-exceptionnellement. Il n'y aurait donc pas de rapport nécessaire entre la coqueluche et la tuméfaction ganglionnaire. Autre objection : si la coqueluche était vraiment due à l'adénopathie bronchique, on n'observerait pas ces guérisons, parfois si rapides, que produit un simple déplacement, un changement d'air, ou l'emploi des bains d'air comprimé, par exemple. Il est difficile de croire que la tuméfaction ganglionnaire puisse disparaître aussi rapidement. Avant d'admettre cette théorie, il faudrait donc un nombre de faits plus considérable.

M. GUÉNEAU DE MUSSY ne croit pas que l'adénopathie bronchique ait été sérieusement recherchée dans les autopsies des individus morts de coqueluche. On ne trouve que ce qu'on cherche. Il n'est donc pas étonnant que l'on n'ait pas trouvé cette adénopathie, que l'on ne se donnait pas la peine de chercher. On objecte que la lésion est cependant très-apparente. Mais celle des plaques de

Peyer ne l'est pas moins dans la fièvre typhoïde, et l'on a été très-longtemps sans les reconnaître, parce qu'on ne les soupçonnait pas. L'adénopathie bronchique est bien loin d'être aussi rare qu'on le suppose. Il y a deux ans, M. Guéneau de Mussy en a constaté les signes cliniques chez tous les malades de son service atteints de bronchite lors d'une épidémie de cette affection.

La rapidité avec laquelle la toux spasmodique disparaît parfois, après un simple changement d'air, ne prouve en aucune façon qu'elle ne puisse pas être causée par des ganglions engorgés pressant sur la pneumogastrique. En effet, il n'est nullement nécessaire que la tuméfaction ganglionnaire ait complétement cessé pour que la toux convulsive disparaisse : il suffitqu'elle diminue suffisamment pour ne plus exercer de pression sur les nerfs du voisinage.

M. BLOT ne comprendrait pas qu'une lésion permanente comme la tuméfaction des ganglions bronchiques se bornât à produire des phénomènes intermittents comme des accès de toux de la coqueluche. Dans certaines névralgies symptomatiques, par exemple celles produites par la carie dentaire, la douleur se réveille sous une influence extérieure, telles que passage du chaud au froid, contact des substances alimentaires, etc. Il n'y a donc pas intermittence proprement dite, mais intervention d'autre chose quand l'accès revient. Or, dans la coqueluche, quelle serait cette autre chose ?

M. GUÉNEAU DE MUSSY s'étonne que M. Blot lui ait objecté l'intermittence des accès dans la coqueluche, alors que cette intermittence est si fréquemment observée en clinique, dans les affections organiques les plus permanentes.

M. CHAUFFARD. C'est la règle.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. Par conséquent, la grande objection de M. Blot ne porte pas. Quant à la nature de la modification intime, sous l'influence de laquelle se produisent les phénomènes convulsifs de la coqueluche, il n'est pas plus aisé d'en rendre compte que de tous les autres phénomènes du même ordre.

M. COLIN a trouvé excellentes les réponses de M. Guéneau de Mussy, aux objections de M. Hardy. La tuméfaction ganglionnaire peut, en effet, diminuer très-vite, et par suite la compression des nerfs pneumogastriques cesser, sous des influences peu considérables, telles qu'un changement d'air. Dans les expériences physiologiques, on fait facilement paraître le gonflement des ganglions et on peut le voir également disparaître dans un temps très-court, tant que ce gonflement ne s'est pas transformé en induration permanente.

M. WOILLEZ demande comment M. Guéneau de Mussy expliquerait dans sa théorie la contagion de la coqueluche.

M. GUÉNEAU DE MUSSY n'a pas à aborder la question de la contagion, complétement indépendante de sa théorie. En effet, qu'il y ait ou nom gonflement des ganglions, résultant ou non d'un exanthème, la contagion de la coqueluche n'en sera pas moins inconnue dans sa nature intime, comme l'est du reste celui de toutes les affections éruptives contagieuses.

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de médecine opératoire par suite du décès du regrettable Giraldès.

LECTURE

M. Just Lucas-Championnière lit un mémoire intitulé : *des Indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne.*

L'auteur rappelle d'abord les circonstances d'une trépanation qu'il a pratiquée avec succès, en 1874, à l'hôpital Lariboisière, et qui a servi de point de départ à ses recherches.

Les centres moteurs se trouvant groupés autour du sillon de Rolando, c'est dans cette région que les chirurgiens auront le plus souvent à trépaner. Il importait donc de déterminer les points de repère qui pourraient conduire sur cette région *chirurgicale* pour ainsi dire. Le sommet du sillon de Rolando se trouve à 53 millimètres en moyenne chez les hommes, et 48 chez les femmes, en arrière du bregma. Pour trouver le bregma, il faut savoir qu'il est placé sur un plan passant par les conduits auditifs et perpendiculaire au plan alvéolo-condylien. L'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouvera en traçant derrière l'apophyse orbitaire une ligne horizontale de 70 millimètres et à l'extrémité postérieure de cette ligne une autre perpendiculaire de 30 millimètres. En réunissant les deux points ainsi déterminés par une ligne droite, on aura la direction du sillon de Rolando. Toutes les fois que M. Lucas-Championnière a pratiqué la trépanation expérimentalement sur cette ligne, il est tombé sur le sillon de Rolando.

C'est vers le milieu de cette ligne qu'il faudrait trépaner si les mouvements étaient très-compromis, les accidents très-graves; s'il existait une paralysie du membre inférieur, on trépanerait vers le sommet de cette ligne et en arrière; on trépanerait plutôt sur l'extrémité inférieure si le membre supérieur était paralysé. M. Lucas-Championnière signale d'autres applications du trépan vers la même région, et il exprime la conviction que cette opération deviendra par la suite d'un fréquent usage. (Renvoyé à la commission précédemment nommée pour examiner le travail de M. Proust sur un sujet analogue, rapporteur M. Gosselin.)

DISCUSSION SUR LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. BOUILLAUD reçoit la parole à propos de la présentation, faite par M. Guéneau de Mussy, d'un mémoire imprimé intitulé : *Recherches historiques et critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

L'orateur fait remarquer l'étendue de la question. Impossible, dit-il, de traiter de la contagion de la fièvre typhoïde sans s'expliquer sur la contagion considérée en elle-même, sur ses formes, ses espèces, la manière dont elle se produit et la nature de l'agent contagieux, dit *contagium*, ferment, virus, miasme, etc. M. Bouillaud insiste sur les difficultés d'une bonne définition de la contagion, difficultés qui tiennent à la multiplicité des formes et des espèces de contagion. Il divise la contagion en celle qui est produite par des êtres organisés, parasites animaux (gale) ou végétaux, en celle qui dépend de causes moins tangibles quoique plus ou moins évidentes, telles que les virus, enfin en celle qui est produite par des causes encore moins faciles à démontrer telles que les miasmes.

M. Bouillaud se livre à des considérations historiques sur le mot typhus et montre comment, après avoir longtemps rejeté les idées humorales d'Hippocrate et de Galien, la médecine moderne est revenue à ces idées par l'admission de la fièvre *putride*, que l'on trouve décrite dans les œuvres des célèbres médecins de Cos et de Pergame.

Cherchant dans la fièvre typhoïde quel est l'élément contagieux, M. Bouillaud montre qu'il ne faut pas voir le *contagium* dans l'élément fébrile, mais dans l'élément *typhique* ou *putride*, mots qui sont synonymes.

Cette putridité est engendrée tantôt par l'encombrement ou l'accumulation dans un même lieu des individus malades ou blessés, comme dans les armées, les camps, les villes assiégées, à bord des navires, dans les hôpitaux, les maternités, etc., formant des foyers d'infection qui donnent naissance au typhus; tantôt cette putridité est le résultat de la formation d'un foyer antérieur produit au sein de l'individu lui-même, comme un phlegmon, un érysipèle, une maladie inflammatoire quelconque se transformant en foyer septique.

Dès l'année 1826 M. Bouillaud avait donné cette théorie. Prost avait reconnu la lésion de la fièvre typhoïde prepremeut dite dès 1804. Ses doctrines furent reprises et développés par Petit et Serres, puis par M. Louis, qui montrèrent dans l'intestin, c'est-à-dire dans les ulcérations de la partie inférieure de l'intestin grêle, le foyer d'infection putride qui donnait naissance à ces fièvres auxquelles Pinel imposait le nom de *fièvres essentielles*, singulier nom donné à des maladies produites par l'altération générale de l'organisme, liquides et solides. M. Bouillaud s'attache en terminant la première partie de son discours, à montrer l'analogue et même l'identité des idées qu'il émettait en 1826 au sujet des fièvres avec celles que Louis développa et fit prévaloir plus tard en réunissant toutes les espèces de fièvres admises par Pinel en une seule affection qu'il désigna sous le nom de fièvre typhoïde.

A cinq heures un quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 janvier 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Développement du cerveau. — M. Duret, continuant ses recherches sur la circulation cérébrale, a trouvé, chez les animaux, un rapport constant entre la distribution de l'artère sylvienne et les régions motrices décrites par Ferrier, sur l'écorce cérébrale.

Il montre à la société, des préparations et des dessins à l'appui de sa thèse. Il résulterait de ce fait que les divisions physiologiques et vasculaires ne correspondraient nullement à l'aspect extérieur, et que les sillons et le relief des circonvolutions n'auraient qu'un rôle secondaire. M. Duret a fait aussi quelques recherches sur le mode de développement des circonvolutions ; il attribue une influence prépondérante à l'action mécanique du crâne ; plus l'angle facial est petit, plus le sillon de Rolando est en avant. A l'époque où se forment les plis sur la vésicule encéphalique, le crâne présente déjà une résistance considérable. Il établit, par des considérations tirées des distributions vasculaires, ces faits déjà en partie connus. Enfin, ayant remarqué que chez les animaux, comme chez l'homme, il existe une artère spéciale pour la troisième circonvolution ou pour des parties similaires, que sur le territoire de cette artère sont situés les centres moteurs de la langue et des lèvres ; il a essayé sur des chiens d'extirper cette région dans le but de rechercher s'il surviendrait quelques phénomènes analogues à ceux qu'on observe chez l'homme (l'aphasie) ; ses résultats ne sont pas définitifs, mais il semble dès à présent que les animaux auraient perdu la faculté d'aboyer.

M. Charcot, en faisant ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Duret, fait observer qu'elle vient confirmer cette opinion, qu'il a déjà plusieurs fois émise, que, d'une façon générale, les faits cliniques et expérimentaux relatifs à l'étude du cerveau conduisent à admettre qu'il ne faut pas attacher trop d'importance, au point de vue des localisations, à la conformation géographique du cerveau. De même que, sur une carte de géographie il existe des limites orographiques et des limites politiques qui n'ont souvent entre elles aucun rapport, de même dans le cerveau on trouve des limites topographiques qui ne correspondent pas aux limites fonctionnelles.

M. Lépine s'étonne de voir M. Duret accorder autant d'influence à la compression du crâne sur le développement du cerveau. Il lui demande, en outre, si le sillon crucial, chez les animaux, correspond, aussi exactement qu'il semble l'admettre, au sillon de Rolando chez l'homme. Au point de vue des propriétés fonctionnelles, ces deux points présentent entre eux de grandes différences.

M. Duret, tout en accordant une certaine importance à l'influence de la pression du crâne sur le développement des circonvolutions cérébrales, fait observer qu'il tient grand compte aussi de la densité de la substance nerveuse à ce point de vue. Quant aux rapports qui existent entre le sillon crucial chez les animaux et le sillon de Rolando chez l'homme, ils sont incontestables au point de vue de la vascularisation.

M. Charcot fait remarquer que, chez l'homme, il paraît démontré que le lobule paracentral reçoit le sang de l'artère cérébrale antérieure, et que, cependant, cette portion du cerveau est motrice. Il y a donc une zone motrice recevant le sang de deux sources différentes, l'une, le lobule paracentral, de l'artère cérébrale antérieure, l'autre, les circonvolutions frontale et pariétale accendantes, de l'artère sylvienne.

Ophthalmie sympathique. — M. Badal communique à la société deux observations d'ophthalmies sympathiques survenues dans les circonstances suivantes :

Un ouvrier, en fendant du bois, reçut un éclat qui pénétra au-dessus du sourcil, disparut complétement sous la peau et ne put être retiré. La cicatrisation fut rapide, et le blessé se préoccupait assez peu de la petite tumeur qu'il portait au-dessus de l'œil, lorsque trois semaines après, il s'apercevait que la vue baissait de ce côté, d'une façon inquiétante ; il vient se présenter à la clinique du docteur Badal, une incision transversale de quelques millimètres, permit d'extraire avec une pince un petit fragment de bois, acéré à l'une de ses extrémités, et qui était placé exactement à cheval sur le nerf sus-orbitaire. L acuité visuelle était réduite à 1/5. L'examen ophthalmoscopique fit constater l'existence d'une névro-rétinite qui ne pouvait être attribuée qu'à l'irritation prolongée subie par le nerf sus-orbitaire. L'autre œil était parfaitement sain. La guérison fut rapide.

Dans le second cas il s'agit d'un homme qui, quatre mois auparavant, avait reçu dans l'œil un corps étranger chassé par le vent. Ce corps avait pénétré sous la paupière supérieure, et y était resté. Malgré la gêne et l'irritation résultant du frottement continuel exercé sur le globe de l'œil, le malade avait pu continuer à exercer sa profession de charpentier. Mais, vers la fin du quatrième mois, il remarqua que la vue s'obscurcissait de plus en plus. Justement inquiet, il se présente à la clinique, le 5 janvier.

Le corps étranger, une mince pellicule implantée sur la conjonctive, au niveau du cartilage tasse, est extrait sans difficulté. L'acuité est réduite à 1/4. L'examen ophthalmoscopique montre la papille du nerf optique légèrement infiltrée, nuageuse. Il existe une dissociation avancée des cellules épithéliales de la choroïde et un léger trouble des parties profondes du corps vitré, dû très-probablement à la migration, à travers la rétine, d'éléments choroïdiens altérés. Contre toute attente, le champ visuel n'est pas rétréci.

Le malade n'a jamais eu ni syphilis, ni rhumatisme.

La question se réduit à savoir dans ce dernier cas, s'il s'agit d'une ophthalmie sympathique proprement dite, ou seulement d'une propagation de l'inflammation de la conjonctive à des tissus voisins. Cette seconde hypothèse est peu vraisemblable.

Absence d'aboiement chez un chien, causée par la présence d'une tumeur des ventricules de Morgagni. — M. Bochefontaine présente le larynx d'un chien qui ne pouvait aboyer. On y constate au niveau des ventricules de Morgagni la présence d'une tumeur qui rendait impossibles le rapprochement et la contraction des cordes vocales.

De l'existence d'un courant centrifuge dans les nerfs sensitifs. — M. Paul Bert complète la communication qu'il a faite dans une précédente séance. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, n° 147, du 19 décembre.)

On se rappelle l'expérience qu'il a pratiquée et qui semble démontrer la transmissibilité d'une excitation sensitive dans un sens contraire au courant normal. Sur un rat, l'extrémité de la queue, relevée en formant une anse, est greffée sur une plaie du dos ; plusieurs mois après, cette anse est coupée par son milieu ; l'excitation de la portion greffée au dos, provoque un cri de la part de l'animal ; donc, le filet nerveux qui a conduit cette impression s'est mis en rapport avec un nerf dorsal et a pris ainsi un centre perceptif nouveau. Les nerfs de la sensibilité conduisent donc celle-ci à la fois dans le sens centripète et dans le sens centrifuge. Telle était la conclusion qu'avait tirée M. Bert de cette ingénieuse expérience. Cette conclusion se trouve confirmée par les observations suivantes.

Le bout de la queue, fixé au dos de l'animal, est bien sensible immédiatement et pendant quelque temps, après la section de la queue en deux parties ; mais il ne l'est plus après quatre jours.

L'examen microscopique des éléments nerveux contenus dans ce bout de la queue, fait par M. Ranvier, a montré que ces éléments étaient dégénérés, tandis que ceux de l'autre bout de la queue resté en place n'étaient nullement dégénérés. Qu'en conclure, sinon que ce bout de queue greffé au dos avait bien pris un centre perceptif nouveau, mais avait perdu son centre trophique, et, par suite, ses éléments de nutrition. C'était donc bien l'extremité périphérique du nerf caudal lui-même, qui, après s'être abouché avec un nerf dorsal, avait conduit l'impression au centre perceptif. Les nerfs de la sensibilté conduisent donc celle-ci indifféremment dans les deux sens.

M. LABORDE ne se représente pas un nerf qui a perdu son centre trophique et conservé son centre perceptif. Il existe dans ce fait une sorte d'anomalie physiologique qui choque les idées admises sur les rapports intimes de la propriété et de la fonction des nerfs.

M. BERT se contente de constater ce fait qu'un même nerf conduit la sensibilité dans tous les sens. Il n'en donne aucune explication ni ne cherche à en tirer aucune conclusion au point de vue de la propriété et de la fonction des nerfs.

Action des caustiques sur le tube digestif. — M. LABORDE, à l'occasion de la communication faite à l'Académie par M. Laboulbène relativement au cas d'un malade qui, après avoir avalé une certaine quantité d'acide sulfurique, a rendu une membrane que M. Laboulbène considère comme la membrane muqueuse elle-même de l'estomac, a repris les expériences qu'il avait déjà commencées il y a quelque temps dans le but d'étudier l'action des substances caustiques sur le tube digestif. Il a fait avaler à un chien une assez forte dose d'acide sulfurique; ce chien fut pris immédiatement après de vomissements, d'hématémèse, de coliques très-violentes, et succomba peu de temps après dans des douleurs atroces. A l'autopsie, M. Laborde trouva, à la surface de l'estomac, des fausses membranes parfaitement organisées. Ces néo-membranes se forment donc très-rapidement à la surface de l'estomac, à la suite de l'ingestion de substances caustiques. M. Laborde poursuivra ces expériences.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 23 décembre 1876, ont été nommés :

Médecin-major de 1re classe : M. Combier.

Médecins-majors de 2me classe : MM. Millet, Dornier, Pierrot et André.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Yvert, Martin, Vaillard, Guiard, Tournade, Wickersheiner, Choux, Cassedébat, Munier, Sockel, Burlureaux, Chopinet, Villegente, Calmette, Duléry, Héricourt, Longuet, Barré, Guichet, Baudoin, Barois, Roux, Loillier, Pitot, Lauzérat, Ferry, Bergounioux, Ravenez, Massonnaud, Schmitt, Darde, Soulié, Virenque, Duponchel, Catrin, Amat, Grivet, Chagnaud, Bourgeois, Baudin, Petitpoisson, Peysonnié, Chouet, Brégi, Leuc, Bézaguet, Refroigney, Tartière, Guillemot, Taffin, Pozzo di Borgo, Lèques, Moreau, Perrin (A. G. M.), Ganzin, Héral, Lamps, Delatour, Bénit, Lelong, Chavier, Adam, Simbat, Hecquin, Gazin, Cachet, Bounaix, Bernard (A.), Fabre, Emile-Paul dit Albert, Georges, Gély-Guinard, Vuillemin, Thouvenin, Bouchoir, Bouteloup, Delaye, Cristau, Cloquet, Ferrié, Aubertin, Cervelle, Sibille, Moreau (J.), Louis, Cassan, Perrin (P.-V.), Duval, Desmons, Vinsac, Montfort et Dorez.

Médecins aides-majors de 2e classe : MM. Bousquet, Couty, Boyer, Mercier, Famechon, Maldant, Dehenne, Trifaud, Marty, Tournier, Hagenmuller, Douart, Stoupy, Bercher, Schmidt, Lambert (M.-C.-H.), Villary, Boulian, Lamberty (F.-P.), Mullon, Moriez. Ferret, Depéret, de Casabianca, Jagot-Lacoussière, Achintre, Christy, Variot, Meroy, Navarre, Raynaud, Casset, Laydeker, Hermantier, Hugues, Chopard, Jarry, Ribes, Laget, Briot, Manfredi, Hermann, Revouy, Ricard, Bosquette, Martin (S.), Augé, Rolland, Pommay, Bourdeloy, Tarrieux, Biéchy, Chambé, Mareschal, Goebel, Torio, François (L.), Paris, Génin (J.-F.-G.), Poncin, Richard (L. M.), Pierron, Legrand, Polin, Lazare, Génie (C.-M.-A.), Frison, Jouanno, Silice, Badin, Richard (J.-B.-A.), Boutry, Barot, Salesses, Zimmermann, Lemarchand, Girardin, Thuet, Colin (M.-L.-A.), Lévêque, Arduin, Maupetit, Letard, Lamuller, Jhitz, Vaugy, Michalowicz, de Tasles, Mouton, Jacquey, Mistarlet, Chenet et Faure-Lacaussade.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe : MM. Péré, Roeser et Le Gallic du Rumel.

Pharmaciens aides-majors de 2e classe : MM. Georges, Ducruzel, Nourry, Darricarrère, Durand, Stroebel, Laffont et Armandy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Blondlot, professeur de chimie à l'ancienne École de médecine de Nancy, puis à la Faculté de médecine de Nancy.

— M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le samedi 20 janvier, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

— M. le docteur Wecker a repris ses conférences cliniques sur les maladies des yeux le lundi 8 janvier, à deux heures, rue du Cherche-Midi, 55, et les continuera les jeudis et lundis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suites de couches), par Jacques FIOUPE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — In-8° de 82 pages avec tracés graphiques intercalés dans le texte et en lithographie. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude des présentations de la face, par M. Adolphe CARPENTIER, docteur en médecine; avec tableaux statistiques de 336 présentations de la face, observées à la Maternité de Paris. — Paris, 1876, in-8° de 74 pages. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 5. — SAMEDI 13 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 13 JANVIER 1877. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'épidémie de fièvre typhoïde.
Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.
Influence des égouts et des fosses d'aisances.

En présence d'une épidémie et surtout dans la prévision de retours agressifs probables, le traitement le cède en intérêt à la prophylaxie. Chercher à guérir le plus grand nombre possible de malades, pendant que sévit la maladie, est sans contredit la première préoccupation du médecin, et c'est là, certes, un service qui lui mérite bien, s'il ne la lui assure pas toujours, la reconnaissance publique. Mais le service serait bien plus grand encore si, parvenant à connaître les causes et les conditions de développement de ces épidémies, on parvenait sinon à en prévenir toujours l'explosion, du moins à en atténuer les effets et à en arrêter surtout les progrès. Mais c'est là une œuvre qui ne peut être que collective, qui nécessite l'intervention active de l'administration et des pouvoirs publics, mais à laquelle les médecins, par leurs études étiologiques, leurs observations et leurs avis éclairés, peuvent et doivent prendre la plus large part.

C'est à quelques études faites dans cette direction et entreprises tout récemment, à l'occasion de l'épidémie actuelle, que nous allons consacrer la revue d'aujourd'hui. Nous abandonnons un moment le terrain de la clinique pour entrer sur celui de l'hygiène publique. Mais l'importance de la question est assez grande et d'un intérêt assez général, pour qu'on nous permette, pour un instant, une infraction à nos habitudes et aux devoirs que nous impose le titre même de cette revue.

On ne voit que trop bien, par la stérilité des plus louables efforts, combien la seule considération des conditions atmosphériques et météorologiques est insuffisante pour nous éclairer sur l'origine, le développement et la propagation des épidémies de fièvre typhoïde. La question étiologique en matière d'épidémies est tellement complexe, que ce n'est pas trop que de multiplier les enquêtes et d'en élargir le champ, en demandant à toutes les conditions de milieu la part d'influence qu'elles peuvent avoir.

Une opinion tend de plus en plus à s'accréditer dans l'esprit des médecins hygiénistes et épidémiologistes, c'est celle de la transmissibilité de la fièvre typhoïde par l'émanation des matières des selles, opinion qui a déjà été très-habilement soutenue par plusieurs de nos confrères pour le choléra, comme on peut s'en souvenir. Par une extension naturelle de cette idée, les égouts et les conduits de vidanges, qui, selon l'expression assez juste de l'un des promoteurs de cette opinion, « ne sont que la continuation directe de l'intestin malade », seraient la source la plus constante de la fièvre typhoïde en versant leurs principes nuisibles dans l'atmosphère. C'est au développement de cette idée que M. Guéneau de Mussy a consacré le travail dont il a exposé tout récemment les conclusions à l'Académie de médecine. (Voir le compte rendu de la séance du 28 novembre dernier, in *Gazette des hôpitaux*, n° 139.) Nous ferons remarquer en passant, à cette occasion, que dans les faits exposés dans ce travail, relativement au versement des liquides des vidanges dans les égoûts de Paris, il y a une erreur de fait. Les égouts reçoivent, il est vrai, une faible partie des liquides provenant des fosses munies d'appareils diviseurs, mais c'est de beaucoup le plus petit nombre des fosses de Paris qui sont ainsi disposées. Quant aux concessions de communication permanente entre les fosses d'aisance et les égouts, elles sont également en très-petit nombre et seulement à titre d'essai ; la communication n'est d'ailleurs pas directe et il ne se fait aucun mélange des matières de fosse avec les liquides qui circulent dans les égouts, comme paraît le croire notre confrère. Ces communications ont seulement pour but de permettre le travail de la vidange par une ouverture communiquant sur la voie des grands égouts et le transport par cette voie. Cette petite explication rectificative faite, il n'en reste pas moins ceci de vrai dans les conclusions de M. Guéneau de Mussy, — et c'est déjà trop, — les reflux des émanations des fosses et de celles des égouts dans l'intérieur des maisons, par suite des courants renversés malheureusement trop fréquents et du fonctionnement le plus souvent insuffisant des soupapes.

Ces faits sont corroborés, d'ailleurs, en ce qui concerne l'épidémie actuelle, par le témoignage de M. le docteur Vacher, qui, dans une lettre sur ce sujet adressée à la *Gazette médicale*, attribue la prédilection que semble avoir eue cette épidémie pour certains quartiers de Paris, notamment pour le quartier Saint-Laurent, à ce que le grand égout collecteur de ceinture, qui a 6,320 mètres de parcours, traverse ce quartier dans toute sa largeur, de l'est à l'ouest. C'est à cette même

circonstance qu'il attribue la gravité particulière avec laquelle l'épidémie a sévi sur les troupes de la caserne du Prince-Eugène, alors que les autres casernes ont été épargnées, ce même grand égout passant au-dessous de la cour de cette caserne, et communiquant avec cette cour par des regards qui ne sont fermés que par des grilles.

Ajoutons que M. Guéneau de Mussy joint à l'énoncé des faits que nous venons d'exposer le vœu que l'on adopte à Paris quelques-unes des mesures adoptées en Angleterre et en Belgique, et particulièrement l'organisation sanitaire qui fonctionne à Bruxelles.

Aux vœux exprimés par M. Guéneau de Mussy et aux sages mesures qu'il propose, et auxquelles nous souscrivons sous les réserves que nous avons faites, on a ajouté, depuis, d'autres propositions que nous voulons également faire connaître.

Influence des nappes d'eau souterraines sur le développement des épidémies de fièvre typhoïde.

Voici un autre point de vue étiologique de la fièvre typhoïde et probablement aussi d'autres maladies épidémiques, qui vient s'imposer également à l'étude. Il s'est produit depuis quelques années un courant d'idées qui tend à faire rechercher dans les couches profondes du sol et dans les eaux qu'elles détiennent des influences pathogéniques, qu'on n'avait généralement reconnues et attribuées jusqu'à présent qu'à la surface du sol et aux eaux stagnantes qui la recouvrent. C'est surtout en Allemagne que l'attention s'est portée de ce côté. Les observations de Pettenkofer, entre autres, sur les rapports du nombre de décès par la fièvre typhoïde à Munich, dans une période donnée, avec l'état de la couche d'eau souterraine de cette ville et ses fluctuations, ont conduit à soupçonner qu'il y avait là un genre particulier d'influences pathogéniques à étudier.

Diverses interprétations ont été déjà données au mode d'action des fluctuations de la couche souterraine pour la génération des maladies infectieuses épidémiques. La nappe souterraine est-elle très-basse, ont dit les uns, les eaux d'infiltration qui impregnent le sol n'arrivent dans les puits, dont le niveau est très-abaissé, qu'après avoir été souillées par les détritus organiques en fermentation, par le voisinage des égouts, des fosses d'aisance; l'ingestion d'une eau ainsi contaminée serait une des principales causes de la fièvre typhoïde. Pour d'autres, la nappe souterraine, en se retirant, laisse à nu les couches profondes du sol, imprégnées de matières en voie de décomposition; ces couches deviennent un terrain fertile pour la reproduction, sinon pour le développement des germes morbides; les gaz méphitiques et les particules infecto-contagieuses qui se dégagent des profondeurs du sol dans les habitations seraient la cause du développement et de la propagation des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde et le choléra.

A ces deux hypothèses, fondées toutes deux sur le fait du retrait des eaux et de l'abaissement de la nappe souterraine, s'en joindrait une troisième, qui attribuerait, non au fait de l'abaissement absolu de la nappe d'eau souterraine, mais à la fréquence et à l'étendue de ses oscillations, le rôle pathogénique en question.

Dans le but de vérifier ces divers points de vue, on s'est mis, dans plusieurs villes de l'Allemagne et de la Suisse, à dresser la courbe des oscillations des couches d'eau souterraines et à comparer cette courbe avec celle de la marche et de la fréquence de la fièvre typhoïde. Bien que les résultats de cette comparaison ne soient pas encore de nature à fixer l'opinion sur la valeur de ce rapport et sur l'influence que les oscillations des nappes d'eau souterraines exercent en réalité, sur le développement et l'extension des épidémies de fièvre typhoïde, quelques-uns de nos confrères ont pensé qu'il y avait là un sujet d'étude d'autant plus utile à continuer chez nous, que peu de localités s'y prêteraient aussi bien que le sol de Paris, qui repose, comme on le sait, sur de vastes nappes d'eau d'origines diverses.

Tel a été, en particulier, l'objet d'un très-intéressant article inséré par M. le docteur Vallin dans la *Gazette hebdomadaire*, et où se trouve indiqué le programme des recherches à faire dans cette direction.

Aucune étude de ce genre n'a encore été faite à Paris. Mais si l'on ignore encore quelles sont les oscillations de la nappe d'eau souterraine, on possède du moins la donnée essentielle qui devra servir de base à ces recherches, dans l'admirable *Carte hydrologique de la ville de Paris*, dressée par les ingénieurs de la Ville sous les ordres de l'ancienne administration préfectorale. Il suffirait, suivant M. Vallin, en adoptant pour point fixe le niveau de la nappe souterraine pris dans les puits des différents quartiers de Paris au moment des plus basses eaux de la Seine, au zéro de l'étiage, point qui a servi à fixer le niveau normal de cette nappe dans la carte hydrologique, de constater, à de certains intervalles déterminés, et d'enregistrer les changements survenus dans le niveau de ces mêmes puits. Le procédé indiqué par M. Vallin, et qui est celui dont Pettenkofer a fait usage à Munich, est bien simple. Il consiste à se servir d'une chaînette métallique portant des divisions métriques, à la hauteur desquelles se trouvent fixées de petites auges de fer blanc d'une capacité déterminée, destinées à se remplir d'eau quand on remonte la chaînette. La chaînette portant zéro au point correspondant au niveau du sol, la première auge pleine d'eau à partir de la poignée indique naturellement le niveau de l'eau dans le puits. Mais, comme l'observe très-justement M. Vallin, ce n'est pas un seul individu qui peut accomplir un pareil travail, c'est par le concours d'un certain nombre d'agents spéciaux qu'il pourrait seul être accompli. L'évaluation des variations que présenteraient les chiffres obtenus d'une époque à l'autre pour chaque point, suivant la quantité de pluie tombée entre deux épreuves, suivant la perméabilité des couches, le niveau de la Seine, etc., donnerait au bout d'un certain temps, d'une année par exemple, une courbe; et du rapprochement de cette courbe ou de plusieurs courbes avec les courbes fournies par l'état pathologique de la population, soit dans sa totalité, soit partiellement, dans tel ou tel quartier, tels ou tels points de la surface correspondant avec telles parties de la nappe, on pourrait déduire des rapports susceptibles d'éclairer ce point intéressant d'étiologie.

Déjà, en se basant sur les données de la carte hydrographiphe, d'une part, et, d'autre part, sur la répartition des cas les plus nombreux de fièvre typhoïde dans les divers quartiers de Paris, d'après le rapport de M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, M. Vallin, dans le travail cité, a donné un aperçu du parti utile que l'on pourrait tirer de ce genre d'étude, en montrant, par exemple, qu'au point de vue des diverses altitudes du sol de Paris, par rapport au niveau de la nappe souterraine, on peut diviser Paris en deux zones : l'une centrale, concentrique à la Seine, circonscrivant une sorte de cuvette dont la Seine est le fond, dans laquelle la nappe d'eau est relativement peu profonde et recouverte seulement par un sol meuble artificiel, fréquemment remué par les travaux de construction et de voirie, zone dans laquelle les innonda-

tions des caves sont fréquentes, soit par le fait des crues de la Seine ou par l'élévation de la nappe d'infiltration à la suite de longues pluies; l'autre, constituée par les collines et monticules qui circonscrivent ce bassin, et par rapport auxquels la nappe d'eau est beaucoup plus profondément située, séparée même en quelques points, de ces relèvements du sol, par les carrières et les catacombes. On conçoit déjà aisément que si les oscillations de la nappe d'eau peuvent avoir une grande influence sur la santé des habitants des quartiers compris dans la première zone, elles ne doivent en avoir qu'une très-faible pour ceux des quartiers de la seconde zone. Or, en cherchant dans le tableau de distribution de l'épidémie par arrondissements, du rapport de M. Besnier, quel était le rang, dans l'ordre de la mortalité, assigné à ceux de ces arrondissements qui répondent au bassin central et à ceux de la périphérie ou des hauteurs, M. Vallin est arrivé à un résultat, qui bien que donnant effectivement une plus grande proportion pour les arrondissements de la zone centrale, n'a pas cependant présenté une différence aussi tranchée qu'on aurait pu s'y attendre en se plaçant au point de vue de la théorie en question. Mais ce n'est là qu'une simple indication première, à laquelle des recherches ultérieures pourront seules donner une valeur plus précise.

On comprend par ce seul aperçu tout l'intérêt qui peut s'attacher à ce genre de recherches.

Programme d'observations à faire et de mesures à prendre pour l'étude et la destruction des foyers typhogènes.

Sur un rapport de M. le docteur Worms, médecin de la préfecture de la Seine, le conseil municipal vient d'adopter la mesure suivante : désormais, sous la haute surveillance du directeur de l'observatoire de Montsouris, seront installées dans l'intérieur de Paris vingt-deux stations, où l'on étudiera l'état hygrométrique et électrique de l'atmosphère, la météréologie, l'ozonométrie et toutes les variations que pourra présenter la composition normale de l'air. Une station météréologique et hygiénique sera créée au centre des travaux nécessaires pour le percement de l'avenue de l'Opéra; dans une autre station, on s'occupera des perturbations de l'atmosphère qui peuvent être engendrées par l'industrie des Halles. D'autres stations seront établies dans l'une des rues les moins aérées du quartier Poissonnière et dans la rue Pavée au Marais, où la densité de la population est extrême. On étudiera l'influence que peut exercer sur la composition de l'air le voisinage de l'Hôtel-Dieu ou celui du Jardin des Plantes, celui de la Bièvre, celui des divers cimetières et des abattoirs, etc., etc. La réalisation de ce projet dépasserait déjà, à elle seule, les mesures excellentes d'ailleurs adoptées à Bruxelles, et que M. Guéneau de Mussy propose comme modèle à suivre dans sa communication à l'Académie. Qu'on ajoute encore à ce programme de recherches le relevé des oscillations journalières ou hebdomadaires de la couche d'eau souterraine pour les divers quartiers de la ville, d'après le plan proposé par M. Vallin, et l'on pourra réunir un jour sinon tous, — tant le problème est complexe, — du moins les principaux éléments propres à déterminer la part que peuvent avoir, à côté des conditions météorologiques, les conditions d'imprégnation du sol, dans le développement des affections typhoïdes.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Nous avons maintenant à considérer s'il y a des cas, et s'il y en a, quels sont les cas dans lesquels le conseil de Wardrop, de lier par la méthode de Brasdor, est admissible.

Cette opération a été faite huit fois pour anévrysmes que l'on croyait siéger sur la carotide. Un seul (celui de Lambert, cité par Wardrop, *On Aneurism*, p. 36) nous servira pour montrer, par l'évidence incontestable de la dissection, que le mal siégeait seulement sur la carotide, et que la ligature amena la consolidation de la tumeur. La description de la région et la figure (pl. V), montrent péremptoirement que la dilatation était limitée à la racine de la carotide, qu'elle était complétement oblitérée, et la tumeur de l'artère, à la bifurcation de l'innominée, était si exactement fermée qu'on n'y pouvait faire pénétrer une seule goutte d'eau, et que ce résultat était dû à un caillot continu avec celui qui remplissait l'artère du côté central de la ligature.

Mais l'expérience clinique et les faits publiés sont d'accord pour prouver que les cas justiciables de la méthode de Brasdor sont extrêmement rares. Je crois avoir suffisamment prouvé, dans mes cours précédents, que bien que certaines portions d'un sac anévrysmal puissent se consolider par suite de l'oblitération de l'une des artères qui en partent, le sac entier ne peut pas le faire. Dans un anévrysme aortique comprenant la racine de la carotide (la gauche ou la droite), la ligature de la carotide peut être une opération parfaitement justifiable, peut amender des symptômes inquiétants, peut sauver la vie du malade en prévenant la compression de la trachée ou d'autres organes, et suspendre indéfiniment les progrès du mal. Tel fut le cas chez le malade de M. Heath. Mais je ne vois pas de chance de cure radicale, sauf dans un cas comme celui de Lambert, où l'anévrysme est limité à la racine de la carotide elle-même, et de tels anévrysmes sont fort rares. On n'en peut voir aucun spécimen dans les musées de cette ville, et je n'ai pu en trouver de description dans aucun des ouvrages que j'ai consultés. On ne peut pas non plus diagnostiquer un pareil anévrysme de celui de l'aorte ou du tronc brachial-céphalique pendant la vie, comme le montre suffisamment le cas de Montgomery. Enfin, je dois ajouter que, dans beaucoup de cas de dilatation anévrysmale de la racine de la carotide, le patient peut vivre plusieurs années dans un état de bien-être relatif, sans accroissement de la tumeur. Dans le cas qui est devant vous, sir A. Cooper, qui fut consulté, dit que, dans son opinion, c'était «un anévrysme par dilatation qui ne s'accroîtrait pas»; et il n'y a rien dans le compte rendu de Lambert pour prouver que cette opinion ne fût pas la bonne, car bien que l'on ait remarqué un certain accroissement pendant une observation d'une quinzaine de jours, cet accroissement peut n'avoir été que temporaire.

La conclusion pratique est que la ligature périphérique peut se justifier dans des cas où les symptômes indiquent l'accroissement de l'anévrysme par en haut, le long de la carotide, avec compression croissante de la trachée, mais qu'il faut la considérer comme une ressource douteuse; et dans un semblable cas, il faudrait soigneusement noter l'effet de la com-

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 décembre 1876.

pression sur le bout périphérique. Si la compression reste sans effet sur les pulsations de la tumeur, c'est d'un effet peu favorable pour le succès de la ligature périphérique, bien que je ne dise pas que ce soit une contre-indication. Si, d'autre part, elle supprime complétement les pulsations, il faudrait tenter la guérison par la compression méthodique de la partie supérieure de la carotide.

Il reste à parler de l'audacieuse opération faite par Syme. Il s'agissait d'un anévrysme de la carotide primitive gauche. Une petite incision fut faite au sac, et, par cette ouverture, le doigt indicateur, introduit dans la cavité anévrysmale, chercha l'orifice artériel, et l'ayant rencontré, l'obtura avec soin; le chirurgien agrandit alors l'ouverture du sac, le débarrassa des caillots, et saisissant avec une pince à griffe l'orifice artériel, plaça une ligature au-dessus et au-dessous. Un succès complet couronna cette périlleuse opération (*Nouv. Dict. de méd. et chir.*, art. *Carotide*, et *Observations on clinical surgery*, p. 161), dans un cas d'anévrysme traumatique résultant d'une plaie par instrument piquant, qui intéressait la carotide, si près de la clavicule, que la compression ne pouvait se faire au-dessus, même après avoir été exposée par l'ouverture du sac. Le fait est trop connu pour avoir besoin d'être cité. C'est un magnifique exemple de chirurgie à la fois hardie et judicieuse et qui justifie pleinement le sentiment d'orgueil et de satisfaction avec lequel Syme le relate. On ne peut mettre en doute non plus qu'il faudrait agir de même en pareille occurence, si rarement qu'elle puisse se présenter, du reste.

Une question pratique plus intéressante est de savoir si une semblable manière de faire ne devrait pas être employée pour les anévrysmes spontanés, où la tumeur s'étend si bas que le bout central ne pourrait être liée que contre le sac. Il semble, par ce qui résulte des faits cités plus haut, que l'inflammation soit très-portée à envahir la tumeur dans ces circonstances, et que beaucoup de cas de cette nature se soient terminés fatalement. L'objection théorique à l'opération par la méthode d'Anel, — qu'elle oblige à lier la portion de l'artère qui est vraisemblablement la plus malade, — quelle que soit sa justesse, n'a plus ici aucune importance, car on n'a pas le choix. Ayant donc lié une portion suspecte de l'artère, je ne vois aucun danger extraordinaire à jeter une seconde ligature sur une partie voisine du vaisseau, pendant que l'extirpation de la tumeur, l'incision du sac et du tissu cellulaire environnant, et l'absence du danger de la rétention des produits de l'inflammation qui en résulte, me semblent contrebalancer le risque que l'on court en donnant plus d'extension à l'opération. C'est là, cependant, une suggestion qui n'a pas encore, je crois, reçu la sanction de l'expérience. Je n'ai pas pu vérifier l'allusion de M. Le Fort à une semblable opération faite par *un chirurgien de Leeds*.

Je reconnais donc que, jusqu'ici, l'expérience des chirurgiens amène à cette conclusion :

Que l'anévrysme du tronc de la carotide peut très-souvent être traité avec succès par la compression, et qu'après la guérison par la compression, l'artère est perméable et expose donc beaucoup moins le malade à des troubles cérébraux;

Que la ligature de la carotide pour de semblables tumeurs est extrêmement dangereuse, et ne doit être entreprise qu'après que des tentatives intelligentes et persévérantes de compression sont restées sans succès;

Que, lorsque le chirurgien a été obligé par la situation de la tumeur de placer sa ligature centrale en contact avec le sac, il faut considérer sérieusement la question de savoir s'il ne serait pas mieux d'évacuer le contenu de la tumeur et de lier aussi le bout périphérique;

Enfin, qu'il y a des cas où l'on peut raisonnablement espérer de réussir par la méthode de Brasdor, mais que cette opération ne doit être faite que dans les cas où la tumeur s'accroît, où la compression périphérique supprime les battements de la tumeur, bien qu'elle n'ait pas suffi à amener la guérison.

REVUE DE LA PRESSE

De l'état de la température des parties périphériques dans les maladies fébriles. — On n'a fait qu'un très-petit nombre de recherches sur la température périphérique et ses variations morbides ou normales. Ces dernières n'ont, en effet, été indiquées que d'une manière très-incomplète par Woodman, Davy, Roger, Gasson. Quant aux autres, on ne possède à leur sujet que des hypothèses, celle de Marey par exemple; des recherches expérimentales de Cl. Bernard, Heidenham, Schif, ou de constatations isolées, souvent incomplètes, parmi lesquelles celles de M. Valin dans les insolations et M. Gassot dans la variole.

D'après des recherches analogues entreprises par M. le docteur Couty, dans le service de M. Villemin, au Val-de-Grâce, sur les maladies les plus diverses, il résulterait que la température palmaire se rapproche très-sensiblement de celle de l'aisselle pendant toute la durée de l'état fébrile pour en différer de plusieurs degrés après la défervescence. C'est du moins ce qui a eu lieu pour la fièvre typhoïde, pour la rougeole, la scarlatine, la fièvre intermittente; en un mot, pour toutes les maladies fébriles que M. Couty a eu l'occasion de rencontrer.

Les mêmes phénomènes ont été observés dans les maladies chroniques, affectant par la rapidité de leur évolution une forme aiguë ou subaiguë, telle que la tuberculose miliaire, la phthisie consécutive à une pneumonie alcoolique, le ramollissement tuberculeux.

De même encore, dans les maladies inflammatoires. C'est ainsi que, dans la pleurésie, la défervescence de la température palmaire coïnciderait avec la disparition de l'épanchement, d'une façon absolue, quand la résorption du liquide est complète, à un degré moindre, si la maladie guérit avec un épanchement enkysté; dans cette maladie encore, la différence entre les deux températures augmenterait considérablement après l'évacuation du liquide par la thoracentèse, diminuant de nouveau quand l'épanchement se reproduirait.

C'est ainsi encore que, dans la pneumonie, la température axillaire et palmaire resteraient les mêmes pendant la période inflammatoire, puis la défervescence s'étant faite, qu'il s'établirait rapidement entre elle une différence de plusieurs degrés, plus ou moins sensibles d'ailleurs, suivant le caractère de la maladie, suivant, par exemple, qu'il s'agit, ainsi que l'a vu M. Couty, d'une pneumonie double ou dont la convalescence a été compliquée d'une éruption furonculeuse.

Rien de semblable, au contraire, dans les maladies apyrétiques. Ainsi, dans un cas de mal de Pott, avec compression de la moelle, la tendance à l'égalisation des deux températures ne s'est observée qu'à deux époques de la maladie, correspondant l'une au développement d'une pleurésie, l'autre à l'apparition d'une inflammation gangréneuse de la cuisse. Ici la température a présenté ce fait particulier qu'elle n'a été très-élevée que dans les parties correspondant aux lésions inflammatoires : dans la main pour la pleurésie, au pied, pour la gangrène (*Gaz. méd.*)

Du danger de la section du filet chez les nouveau-nés. — M. Bailly avait signalé les dangers résultant de la lésion de l'artère du filet chez les enfants à la mamelle, dont on sectionne le frein de la langue, et il avait déconseillé vivement cette opération, généralement inutile. M. Créquy dit avoir vu une fois un érysipèle de la face survenir à la suite de cette petite opération. D'autres fois, M. Dupuy a observé une hémorrhagie due à la blessure du tronc même de l'artère sublingale chez un enfant dont la sage-femme avait

négligé de faire maintenir la tête en voulant pratiquer la section du frein de la langue. — (*Gaz. obstétric.*)

Épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. — Une variété d'épithélioma du maxillaire supérieur qui n'a pas été décrite encore, et qui cependant serait assez commune, a été observée dans le service de M. Verneuil, qui l'aurait rencontrée deux fois en moins d'un an. Elle serait caractérisée par une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée de globes épithéliaux. D'après les deux observations recueillies par M. Reclus, interne du service, elle débuterait par des douleurs, prises à l'origine pour des névralgies dentaires, à accès de plus en plus rapprochés. Puis les dents se carient, s'ébranlent et finissent par tomber en laissant à la place de l'alvéole une cavité fongueuse, baignée de liquide sanieux et de pus. Celle-ci n'est qu'une sorte d'orifice fistuleux, car si l'on y introduit le stylet, il s'enfonce dans une cavité plus profonde dont les parois, tomenteuses, sont recouvertes de bourgeons semblables à ceux qui bordent l'alvéole. Ces signes feraient volontiers penser à une périostite chronique, si l'examen des débris qui s'écoulent avec les liquides sécrétés ne permettait de constater l'existence de globules d'épithélioma caractéristiques. Les douleurs ne seraient pas constantes, car elles ont fait défaut chez l'un des malades observés par par M. Reclus, mais ce qu'on trouverait constamment, c'est l'écoulement du pus et de liquide sanieux, parfois remplacé par un épanchement de sang pur. Enfin, ces épithéliomas semblaient avoir une marche extrêmement rapide et une tendance à des récidives presque immédiates. — (*Prog. méd.*)

Une épidémie de pemphigus. — On connaît peu le pemphigus comme une maladie épidémique. M. le docteur Bleyne aurait cependant observé une petite épidémie de ce genre sur les enfants de l'hôpital de Limoges. Le premier cas a été signalé chez un enfant de neuf mois, qui présenta tout à coup, sans que celle-ci eut été précédée de réaction fébrile, une éruption de pemphigus à la partie interne des genoux et inférieure des cuisses. Quatre autres enfants furent successivement atteints et guérirent de même que le précédent, seul un enfant de onze mois présenta la forme *pompholix* de Willan, et succomba à une dyspnée intense et continue, probablement due à une hyperémie de la muqueuse des voies respiratoires. — (*Journ. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne.*)

Du rôle des organismes inférieurs sur la décomposition de l'urine à l'intérieur de la vessie. — C'est un fait constant aujourd'hui que l'urine, abandonnée à elle-même, subit un travail de fermentation, sous l'influence duquel elle se trouble, change d'odeur et devient alcaline. Certains auteurs allemands, Traübe, Niemeyer, Vogel, Neubauer, ont prétendu que cette décomposition de l'urine pouvait également avoir lieu à l'intérieur de la vessie, et qu'elle était le fait de champignons qui s'y seraient introduits le plus souvent à l'aide de sondes malpropres. Telle est aussi la théorie de M. Pasteur. M. le docteur du Cazal a entrepris sur ce sujet quelques recherches dont les résultats sont les suivants : sur trois malades soumis à son observation, atteints soit de cystite consécutive à un rétrécissement du canal ou à une hypertrophie de la prostrate, M. du Cazal a trouvé dans les urines, d'ailleurs franchement acides, avec du pus, un certain nombre de bactéries et de vibrions, bien que depuis quelque temps déjà, ces malades ne se fussent pas servis de la sonde. Les bactéridies, pour se développer dans la vessie, exigeaient d'ailleurs des conditions particulières, car elles ont fait absolument défaut chez un malade qui, pendant onze mois, n'avait cessé de se sonder deux fois par jour avec un instrument le plus souvent malpropre, et ont disparu chez un autre après l'usage de quelques bains froids. Enfin M. du Cazal avait encore constaté leur absence chez deux autres malades, dont les urines étaient cependant moins fortement alcalines. Cet observateur en conclut que la transformation alcaline des urines peut se produire sans la présence de bactéries, que celles-ci peuvent se produire dans une urine acide; qu'introduite dans une vessie saine, elles en sont éliminées quelque temps après, et qu'enfin leur présence peut persister pendant des mois sans provoquer le moindre accident local ou général. — (*Gaz. hebdom.*)

Une nouvelle espèce de purpura. — M. le docteur Couty a observé, dans le service de M. Villemin, au Val-de-Grâce, un cas de purpura qui n'a paru se rattacher à aucune des nombreuses formes étudiées ou indiquées par les divers auteurs. Se fondant sur cette observation et sur un assez grand nombre d'observations analogues publiées par d'autres auteurs, M. Couty établit la nécessité de créer une nouvelle espèce de purpura, caractérisée par trois groupes de phénomènes principaux : 1° des poussées de purpura; 2° des troubles gastro-intestinaux; 3° des œdèmes cutanés.

L'éruption est constituée par les lésions cutanées que l'on connaît, mais se fait remarquer par la brusquerie de son apparition et l'irrégularité de sa marche. Les poussées se font en nombre variable, et qu'il ne s'en produise qu'une seule ou que vingt poussées aient lieu successivement, l'état général n'en paraît pas plus profondément modifié. Elles sont également remarquables par l'irrégularité de leur succession, c'est-à-dire qu'elles sont indifféremment graves ou bénignes, et qu'elles ne se suivent pas à des intervalles réguliers.

Les accidents gastro-intestinaux consistent dans des vomissements et des coliques. Les premiers sont bilieux et coïncident toujours avec des coliques violentes s'accompagnant de constipation, quelquefois de diarrhée. Comme les précédents, ces symptômes se font remarquer par la brusquerie de leur apparition et l'irrégularité de leur marche.

Enfin, les œdèmes cutanés qui caractérisent cette forme de purpura sont variables dans leur siége et leurs caractères, ainsi que dans leur marche. Tantôt ils sont limités aux articulations, et alors il est intra ou extra-articulaire, tantôt il envahit tout un membre ou tout le corps. La couleur des parties œdématiées est ordinairement peu modifié, et l'œdème est plus ou moins douloureux. Comme les précédents, les accidents n'offrent aucune régularité.

Considérés dans leur ensemble, ces phénomènes présentent la même irrégularité qu'ils ont présentée étudiés séparément. La maladie une fois commencée, les trois ordres d'accidents ne suivent aucune règle dans leur succession; l'un ou l'autre font défaut, ou s'ils coexistent ensemble, ils n'offrent aucun rapport dans leur intensité.

Telle est, dans son ensemble, cette forme de purpura que, d'après M. Couty, on ne saurait rattacher aux deux seules classes de purpura qui lui paraissent bien délimitées; le purpura hémorrhagique primitif et le purpura cachectique. Jamais, en effet, on ne rencontre dans ces affections soit les accidents intestinaux, soit les œdèmes, soit en même temps ces deux ordres d'accidents qui caractérisent la variété qu'il étudie. — (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*)

Tétanos traumatique guéri par le sulfate de strychnine. — On sait que rien n'est plus commun en Algérie que le tétanos traumatique. Il y acquiert même une gravité telle que M. le docteur Gaucher, médecin de l'hôpital d'Aïn-Témouchent, n'a observé dans sa pratique qu'un cas de guérison qui a coïncidé avec l'administration du sulfate de strychnine. Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite de deux blessures, l'une sur le crâne, l'autre au menton, est pris tout à coup de tétanos confirmé. Peu satisfait des traitements ordinaires, M. Gaucher prescrivit le sulfate de strychnine à la dose de 4 milligrammes. Sous l'influence de ce sel, les attaques auraient diminué d'intensité, puis ont cessé totalement après environ quinze jours de traitement. Une éruption exanthémateuse et des furoncles ont coïncidé avec la cessation des phénomènes. — (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

La pectoriloquie aphone dans la pleurésie. — M. le docteur Guéneau de Mussy revient sur la valeur de la pectoriloquie aphone, que le professeur Bacalli (de Rome) a, le premier, indiquée comme un moyen certain de distinguer la pleurésie séreuse de l'empyème, et sur laquelle il a lui-même appelé l'attention.

Certains observateurs l'auraient également rencontrée dans la pleurésie purulente; mais pour M. Guéneau, cette contradiction serait due à ce que, dans les épanchements anciens, les leucocytes disparaissent après avoir subi la dégénérescence graisseuse et s'être émulsionnés dans le véhicule séreux. Dans ces cas, les conditions

d'homogénéité du liquide, nécessaires, selon lui, à la transmission des ondes sonores, se trouvent ainsi rétablies; on peut, en effet, percevoir la pectoriloquie aphonique, bien que, si l'on pratique la ponction, celle-ci donne issue à un liquide présentant tous les caractères du pus, sauf les leucocytes. Ou bien encore, à ce que le côté malade étant immobilisé, les leucocytes et les flocons membraneux s'accumulent dans les couches inférieures du liquide, la partie supérieure étant constituée par un liquide séreux à peu près normal. Mais pour que la pectoriloquie vraie se produise, c'est-à-dire celle dans laquelle l'oreille appliquée sur la poitrine entend les mots entiers, nettement articulés, et non pas quelques syllabes seulement; il faut que l'épanchement soit parfaitement homogène. Tout récemment encore, M. Guéneau a observé deux cas de pleurésie purulente, dans lesquels l'auscultation de la voix chuchotée lui a permis d'affirmer pendant la vie la nature du liquide épanché. Chez l'un de ces malades qui, au début, présentait tous les signes sthéthoscopiques d'une pleurésie simple, la pectoriloquie aphonique était nettement perçue dans toute l'étendue de l'épanchement; puis celle-ci ayant disparue à la suite d'une fièvre érysipélateuse, il a pu diagnostiquer l'apparition des leucocytes dans la cavité pleurale. La thoracentèse et, plus tard, l'autopsie, ont confirmé ce diagnostic. Dans le second cas, M. Guéneau a également vu la pectoriloquie aphone faire absolument défaut chez un malade qui a succombé à une pleurésie purulente, confirmée d'ailleurs par l'autopsie.

D'autre part, M. le docteur Chopinet publie, dans le même journal, le résultat des recherches auxquelles il s'est livré sur huit malades atteints de pleurésie, dont une purulente. Pour cet observateur, la pectoriloquie aphone serait simplement un signe qui s'ajouterait à ceux que nous possédons déjà pour le diagnostic des épanchements pleurétiques, et que l'on observerait aussi bien dans la pleurésie simple que dans l'empyème. Il l'aurait, en effet, indistinctement rencontré dans l'une et dans l'autre, avec tous les caractères signalés par Baccelli et par M. Guéneau de Mussy.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1877. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Cras (de Brest), membre correspondant, adresse une observation, accompagnée de photographies, de fibro-adénôme du sein gauche datant de l'enfance, ayant pris pendant la grossesse un développement énorme, et opéré avec succès pendant la période de lactation. La cicatrisation n'a pas été entravée par la présence du lait qui suintait à la surface de la plaie. M. Guéniot fait remarquer que cette observation est en contradiction avec l'opinion défavorable qu'avait émise M. Le Fort à propos d'un cas de ce genre.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Verneuil présente, un flacon renfermant le produit extrait d'un kyste huileux de l'angle interne de l'orbite dont il a donné récemment l'observation. L'opéré, revu cette semaine, semble complétement guéri, ce qui confirme l'opinion de M. Verneuil qu'une simple ponction peut amener ce résultat. On sent toujours, comme aussitôt après l'opération, une petite dépression osseuse sur le point où siégeait le kyste.

M. Polaillon fait observer à M. Guéniot que le fait qu'il a rappelé de vomissements incoercibles de la grossesse, produits par une luxation de l'appendice xiphoïde et guéris par la réduction, n'appartient pas à Moriceau, mais bien à Delamotte.

COMMUNICATION

Anévrysme faux primitif. Anomalie de l'artère humérale. — M. Cazin (de Boulogne), membre correspondant, communique l'observation suivante : une jeune fille de dix-sept ans, d'une bonne santé habituelle, s'était fait saigner par un charlatan de village. Deux piqûres sur la veine céphalique restant sans résultat, la saignée de la médiane fut faite, donna un peu de sang, et fut suivie immédiatement de la formation d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, que la pression ne fit pas diminuer. M. Cazin vit la malade quelques mois après, avec MM. Perrochaud (de Boulogne).

La tumeur avait alors le volume d'une tête de fœtus à huit mois; on n'y sentait pas de battements; au milieu se trouvait un point plus tendu, et une fluctuation profonde indécise. La pression exercée au-dessus ou au-dessous de la tumeur avec la bande d'Esmarch, n'en changeait pas les caractères. Le diagnostic fut *anévrysme faux primitif*, et l'opération fut décidée. Après avoir fait une incision de 12 centimètres et disséqué les parties superficielles, M. Cazin trouva une cavité remplie de caillots fibrineux adhérents, noirs à la surface, de plus en rouges vers la profondeur, et tout à fait rutilants au centre. Ces caillots pesaient 300 grammes. Au fond de la cavité se trouvait un vaisseau du calibre d'une forte plume d'oie, présentant une petite fissure à bords mousses, et laissant suinter du sang par jets saccadés. L'état de ce vaisseau rendant sa ligature impossible, M. Cazin lia au-dessus une artère qu'il pensa d'abord être l'humérale, malgré sa petite dimension; les battements cessèrent immédiatement dans l'artère radiale, mais persistèrent dans la cubitale. Le chirurgien reconnut alors qu'il avait affaire à une bifurcation de l'artère humérale au-dessus de son point habituel, l'artère radiale étant, dans ce cas, plus superficielle. Les suites furent simples: la ligature tomba au treizième jour, et la malade fut complétement guérie au bout d'un mois.

M. Paulet fait observer que, dans les cas de bifurcation prématurée de l'humérale, c'est ordinairement la cubitale qui est superficielle.

M. Blot émet quelques doutes sur la nature de l'artère lésée. Il se souvient d'avoir vu chez Velpeau un homme qui avait une plaie de la paume de la main. Velpeau lia la cubitale, puis la radiale, puis l'humérale, mais toujours en vain, et l'hémorrhagie ne cessa qu'après la ligature d'une autre artère à laquelle il ne put attribuer de nom et qui était supplémentaire.

M. Tillaux rappelle que la cubitale est presque toujours l'artère superficielle dans ce cas, mais que c'est quelquefois, cependant, la radiale.

M. Trélat a vu une fois l'artère radiale décrire une anse complète au-dessous de sa bifurcation dont l'origine était profonde, mais dont la continuation était devenue superficielle.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de trois membres associés étrangers et de six membres correspondants étrangers.

Sont nommés.

Membres associés étrangers: MM. Ciniselli (de Crémone); Longmore (de Netley); Michaux (de Louvain).

Membres correspondants étrangers: MM. Albert (d'Inspruch); Amabile (de Naples); Bryant (de Londres); Lister (d'Edimbourg); Saxtorph (de Copenhague); Symvoulidès (de Pétersbourg).

LECTURE

M. Terrillon donne lecture, à propos de l'observation d'enfoncement du crâne suivi de guérison, dont il a récemment donné la relation, de quelques réflexions ayant pour titre: *Les observations de plaies du crâne avec symptômes cérébraux localisés, suivies ou non de trépanation, peuvent-elles servir à l'histoire des localisations cérébrales?*

L'auteur conclut à l'affirmative, à la condition que le point correspondant à la lésion osseuse sera exactement déterminé, et donne dans ce but quelques indications pratiques précises. (Commiss. : MM. Perrin, Trélat, Lucas-Championnère.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Gillette présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus droit. Le résultat de l'opération est remarquable au point de vue fonctionnel.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. HORTELOUP présente deux calculs salivaires qu'il a extrait du canal de Wharton d'un malade. Cet homme, âgé de quarante-huit ans, souffrait de temps en temps, depuis dix ans, d'un gonflement sous-maxillaire, sans qu'il ait remarqué que la salivation ait jamais fait défaut. M. Horteloup pense qu'il existait depuis longtemps de petits calculs de la glande salivaire, autour desquels de nouveaux se sont développés très-rapidement dans ces derniers temps. L'examen d'un des calculs confirme cette opinion.

M. PAULET a opéré il y a quelques années un officier qui portait également deux calculs du canal de Wharton. La guérison fut prompte, mais il le revit l'année dernière et constata que la glande sous-maxillaire était dure et remplie de calculs.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance du 11 janvier 1877, la Chambre des députés a pris en considération la proposition suivante de M. Roger-Marvaise :

Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le ministre de l'instruction publique peut accorder aux gradués des universités étrangères et aux médecins étrangers, sur le vu de leur titre, la dispense de la scolarité.

« Un étranger ne peut être autorisé à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi les examens probatoires prescrits par la loi française.

« Art. 2. — Nul, dans l'exercice de la profession médicale, ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une faculté française.

« L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de 50 francs à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'article 463 du Code pénal est applicable. »

— *Faculté de médecine de Paris. — Avis.* — MM. les étudiants qui ont échoué à un examen de doctorat sont priés de se présenter à la caisse de la Faculté pour retirer la somme qui leur revient sur leur consignation.

Le remboursement aura lieu les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures, sur la production de la quittance qui leur a été délivrée lors de la consignation.

— *Faculté mixte de Lille.* — La circonscription de la Faculté, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude aux grades d'officier de santé, de pharmacien, herboriste et sage-femme de 2e classe, comprend les départements du Nord et des Ardennes.

Les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie situées dans les académies de Douai et de Caen seront présidées par des professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— *Corps de santé militaire.* — A la suite de l'examen qui a eu lieu, pendant les inspections médicales, en exécution de la note ministérielle du 12 juin 1876, ont été désignés au choix du ministre, comme aptes aux emplois du service hospitalier (M. médecine, C. chirurgie) les médecins-majors dont les noms suivent, qui ont été classés dans l'ordre suivant :

MM. Cros (M.), Annequin (C.), Bablon (M.), Challan (M.), Rouflay (M.), Fournier (C.), Duchemin (C.), Bedoin (C.), Flament (M.), et Derazay (C.).

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite des concours ouverts pour l'internat et l'externat, ont été nommés.

Internes : MM. d'Astros, Mounier, Bernard, Goulard, Hachs, Jourdan, Deschanet, Dor, Jauffret et Cousin.

Externes : MM. Arnaud, Amavet, Alexandroff, Cousin, Villard, Gilly, Mistral, Melchior-Robert, Abeille et Maurel.

— *Cours d'accouchements.* MM. Budin et Pinard commenceront le lundi 15 janvier, à une heure et demie, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° anatomie et physiologie, grossesse ; 2° eutocie ; 3° dystocie ; 4° exercices pratiques. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

— M. le docteur Martin-Damourette commencera ses cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine et au premier examen de fin d'année, le lundi 15 janvier à une heure, rue de Seine, 70.

De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal. Mémoire couronné par la Société de chirurgie de Paris, par le docteur Gustave PUEL. In-8° de 125 pages. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Des bains de mer chez les enfants, par le docteur BROCHARD.

et traitement par le chloral, par le docteur CHOPARD. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 6. — MARDI 16 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 16 JANVIER 1877. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. LIBERMANN.

Mort subite par syncope dans le cours de la fièvre typhoïde.

I.

I. — Mort subite par syncope au sixième jour de la fièvre typhoïde. — H..., Charles, soldat à la 22e section d'ouvriers d'administration, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital le 25 octobre 1876, dans notre service, salle n° 1, lit n° 17.

Depuis une dizaine de jours, cet homme est traité à l'infirmerie pour une blennorrhagie, quand il est pris, trois jours avant son entrée, de frissons, de céphalalgie et d'une épistaxis, qui le font envoyer à l'hôpital sous la rubrique : fièvre typhoïde.

Le 25, à la visite du matin, comme il ne présente pas des symptômes bien accusés de fièvre typhoïde, nous réservons le diagnostic. Le 26, au moment, où j'arrive à son lit, le malade était couché sur le dos. Pendant que je l'interroge sur sa blennorrhagie dont il paraît honteux, il éprouve tout à coup quelques convulsions de la face et des membres et tombe en syncope. La face est d'une pâleur mortelle, le pouls a cessé de battre, les mouvements du cœur ne sont plus perceptibles. Je fais placer immédiatement la tête dans une position déclive, et je pratique la respiration artificielle, en même temps qu'on lui jette de l'eau froide sur la figure.

Au bout de quelques minutes, le visage et les parties supérieures du corps commencent à se colorer, les mouvements du cœur et des muscles respiratoires deviennent perceptibles. Revenu à lui, H..., répond nettement à nos questions. Il ignore complétement ce qui s'est passé, et affirme n'avoir jamais eu de syncopes ni d'attaques antérieures. Le 27 au matin, son état n'est pas sensiblement modifié. Pas de température fébrile, langue un peu blanchâtre, ventre souple, indolent, sans gargouillement de la fosse iliaque. Pas de bronchite ni d'hypertrophie du foie. On note seulement une tuméfaction sensible de la rate.

Le soir, vers trois heures, il éprouve les mêmes phénomènes convulsifs qu'on avait notés la veille et tombe en syncope. Malgré les secours les plus empressés, malgré la respiration artificielle pratiquée pendant plus d'une heure et l'électrisation des parois pectorales, il meurt sans avoir repris connaissance.

Les températures qu'il a présentés pendant son court séjour à l'hôpital ont été très-peu élevées : 38°3 le 25 au soir, 37°7 le 26 au soir. Le 27 au matin 37°5, et dix minutes avant la syncope 37°4.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort, et rédigée par M. le docteur Lelong, médecin aide-major du service.

Au niveau de la valvule iléo-cæcale, l'intestin grêle présente cinq ou six plaques de Peyer tuméfiées offrant une coloration rouge brunâtre, mais exemptes de tout travail ulcératif.

Les ganglions mésentériques sont légèrement hypertrophiés.

Le foie est absolument sain.

La rate est doublée de volume; un peu ramollie et fortement congestionnée.

Les reins sont également très-congestionnés, leur substance corticale est d'un rouge noirâtre très-intense.

Le péricarde ne contient pas de liquide.

Le cœur est sain, sauf une légère hypertrophie du ventricule gauche. Les valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes sont tout à fait normales.

Le ventricule droit contient une assez grande quantité de sang noir et diffluent. L'artère pulmonaire, poursuivie aussi loin que possible, ne présente rien de particulier.

Les poumons sont légèrement congestionnés, surtout à la base gauche.

L'examen le plus minutieux du cerveau ne fait rien découvrir qui puisse expliquer la mort subite. Les artères de la base sont saines, et on ne trouve ni foyer hémorrhagique, ni ramollissement sur le trajet des artères sylviennes.

Rien dans le cervelet ni la moelle allongée.

L'examen microscopique a permis de constater qu'il n'y avait pas dégénérescence granulo-vitreuse du cœur ni du muscle psoas.

II. — Mort subite au quarante et unième jour de la fièvre typhoïde pendant la convalescence. — Mon savant confrère, M. le docteur Bertrand, médecin-principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a bien voulu nous communiquer l'observation de ce malade, dont nous avons pratiqué avec lui l'autopsie.

Charles L..., soldat au 5e régiment de ligne, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, le 31 octobre 1876, salle 5, lit 20, pour une fièvre typhoïde à forme adynamique, qui poursuit son cours sans complications jusque vers le 5 décembre, époque où se dessine franchement la convalescence.

Au 1er janvier, rechute, diarrhée et température fébrile, sueurs, exacerbation de la fièvre le soir.

Le 4, la fièvre tombe, la diarrhée seule persiste. Le 5, à la visite, le malade se trouve sans fièvre, et, demande à manger quoiqu'il conserve un peu de diarrhée. Vers midi et demi, il descend de son lit pour aller à la chaise percée, placée tout à côté, quand, en se baissant pour s'y asseoir, il tombe inanimé sur le bord de son lit, sans pousser un cri : ses voisins ont à peine le temps de l'y replacer, il était mort.

La respiration artificielle, pratiquée immédiatement avec tous les soins usités en pareil cas, ne put le rappeler à la vie.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort, et rédigée par M. le docteur Bories, médecin aide-major.

Le cadavre est amaigri. Les poumons sont sains et point du tout

congestionnés, les plèvres sont libres de toute adhérence et ne contiennent pas de liquide. Le péricarde contient une quarantaine de grammes de sérosité citrine, le cœur a son volume normal; son tissu est pâle, flasque, surtout au niveau du ventricule droit qui est un peu surchargé de graisse à la surface.

Le ventricule gauche est vide, la valvule mitrale complétement saine.

Le ventricule droit, contient quelques petits caillots fibrineux qui se détachent facilement et ne se prolongent pas dans l'artère pulmonaire. Celle-ci, poursuivie aussi loin que possible, ne contient que du sang noir, liquide et pas trace de caillots organisés.

L'aorte ne présente pareillement rien d'anormal. A l'extrémité de l'intestin grêle, on trouve des plaques de Peyer en voie de cicatrisation avancée ; néanmoins, on observe çà et là quelques petites ulcérations siégeant de préférence au niveau de follicules clos isolés, et dont le travail de réparation est très-peu avancé.

Les ganglions mésentériques sont un peu volumineux.

La rate est doublée de volume, gorgée de sang, ramollie.

Le foie, considérablement hypertrophié, offre un aspect normal à la coupe.

Les reins sont volumineux, bosselés, mais paraissent sains.

Le cerveau ne présente rien d'anormal, on ne trouve pas d'embolie des artères sylviennes suivies assez loin dans leur trajet ; la substance cérébrale a sa consistance ordinaire ; les ventricules ne contiennent pas de liquide.

La coupe du cerveau ne montre ni congestion, ni anémie appréciables.

L'examen microscopique des fibres du cœur prises en plusieurs points a été faite par M. le docteur Malassez et les élèves du laboratoire d'histologie au collége de France, qui n'ont découvert aucune trace de dégénérescence granulo-vitreuse. Le tissu musculaire du psoas est également sain.

Ces deux observations présentent le plus grand intérêt, surtout la première ; on y voit, en effet, une syncope mortelle, survenue tout à fait au début de la fièvre typhoïde, au sixième jour, ce qui est exceptionnel ; puisqu'en général cet accident ne se montre que dans la convalescence. Les phénomènes qui précèdent d'ordinaire la syncope y sont aussi nettement dessinés ; presque toujours cette dernière est annoncée par la pâleur du visage, quelques convulsions des muscles de la face et des membres qui ne durent qu'un instant, et qui font penser involontairement au début d'une attaque d'épilepsie. Ces prodromes ne sont pas notés chez notre second malade, mais ils ont pu s'échapper à l'attention de ses voisins qui ne sont accourus à son secours qu'au moment où déjà il gisait inanimé sur le bord de son lit.

Toutes les particularités qui ont pu constituer les causes prochaines de la syncope méritent aussi une sérieuse attention. Chez notre premier malade, elle apparaît au moment où, sous l'influence de notre interrogatoire, il éprouve une vive émotion ; chez le second, dans la station verticale, quand il se baisse pour s'asseoir sur la chaise. Ces faits ont une grande valeur pour l'interprétation du phénomène. On les retrouve dans presque toutes les observations de mort subite dans la fièvre typhoïde.

Enfin, je dois encore attirer l'attention sur la double syncope signalée dans notre première observation.

La récidive de la syncope n'est pas rare, M. le docteur Bussard (1) en rapporte une observation curieuse prise également à l'hôpital du Gros-Caillou. Aussi le clinicien ne doit-il pas oublier qu'une première syncope prédispose presque toujours à une seconde, et, qu'il faut absolument éviter au malade toute fatigue physique ou morale, après un accident de cette nature, s'il a le bonheur d'en réchapper, comme nous en rapporterons un exemple plus loin.

La question des morts subites dans la fièvre typhoïde n'a été nettement posée, dans la science, que depuis la remarquable thèse de Dieulafoy en 1869, et cependant, elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord.

Je les ai fait relever, en effet, avec soin par mon aide-major M. le docteur Bories, sur le registre d'autopsies de l'hôpital du Gros-Caillou, et il a trouvé sur 228 décès par fièvre typhoïde, 13 morts subites, soit : 5,7 pour 100, chiffre énorme qui doit faire réfléchir les médecins et les détourner d'une sécurité trop grande, même dans les cas les plus favorables.

Maintenant à quoi faut-il attribuer la mort subite dans la fièvre typhoïde ?

A la syncope incontestablement ; mais, pour que notre proposition soit vraie, il faut faire une distinction entre la mort subite et la mort rapide.

(1) *De la mort subite dans la fièvre typhoïde*. Mémoires de médecine et de chirurgie militaires. (Septembre-octobre 1876.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fistules de la marge de l'anus consécutives à un éphithélioma intra-rectal bosselé, circulaire, dont le doigt peut atteindre la limite.

Vous avez pu voir couché au n° 42 de la salle Sainte-Vierge, un homme de soixante-douze ans, qui vous offre la preuve de la nécessité qu'il y a, lorsqu'un individu se plaint d'une lésion, à rechercher s'il n'existe pas quelque autre désordre, non-seulement dans les régions éloignées, mais encore dans les parties indiquées par le malade comme étant le siége de la maladie. Il arrive souvent, en effet, surtout pour les affections du genre de celle dont je vais vous entretenir, que l'on passe à côté des lésions principales sans s'y arrêter. Cet homme est entré à l'hôpital, se plaignant d'avoir une fistule à l'anus. Rien de plus commun et rien de plus facile pour les malades que de savoir qu'ils ont eu un abcès à la marge de l'anus, que celui-ci s'est ouvert, et que la plaie ne s'est pas cicatrisée, pour l'une ou l'autre des raisons qui font que ces abcès restent à l'état de trajets fistuleux dans un grand nombre de cas. Après avoir fait tourner le malade sur le côté, je constatai en effet un orifice anormal à gauche de l'ouverture anale et dans laquelle le stylet penétrait à une assez grande profondeur. En outre, l'anus était rouge, ses bords étaient œdématiés, boursoufflés, et, à 2 centimètres environ en arrière de la précédente, il existait une seconde fistule dans laquelle le stylet s'enfonçait aussi profondément que dans l'autre.

En présence de ce trajet fistuleux, avant même de pratiquer le toucher rectal qu'il faut toujours faire en pareil cas, pour compléter l'examen de l'anus, dans le but de s'assurer si la fistule est complète ou incomplète et de constater à quelle hauteur remonte le trajet fistuleux, je vous ai dit que j'étais préoccupé de l'existence d'un épithélioma.

C'est qu'en effet il n'est pas ordinaire de voir un homme arrivé à l'âge de soixante ans et même au delà présenter une fistule anale. L'abcès et la fistule de la marge de l'anus sont des affections de jeunes gens et d'adultes dont les uns n'ont pas et dont les autres ont eu déjà d'autres maladies, telles que la tuberculose, le diabète, etc. Le diagnostic fut bientôt confirmé, d'ailleurs, car à peine mon doigt avait-il pénétré dans l'intestin, que je constatai, à 1 centimètre et demi environ de profondeur, la présence de bosselures, de lobures, d'inégalités dures, résistantes, qui déterminaient une diminution notable

d'extensibilité des parois de l'intestin dont par conséquent elles rétrécissaient le calibre. Ce rétrécissement n'était pas tel qu'à l'état de repos le doigt ne pût le traverser avec assez de facilité, et bien que l'ampoule ne fût pas aussi considérable que dans certains cas il existait une dureté, une inextensibilité des parois du rectum, qui expliquaient facilement un symptôme fonctionnel, la rétention des matières fécales.

J'ai senti ainsi ces duretés, ces bosselures, jusqu'à 4 ou 5 centimètres de hauteur, et par conséquent ces lésions du rectum rentrent dans les catégories de celles dont le doigt atteint la limite. Vous savez qu'en effet nous nous préoccupons beaucoup de la question de savoir si le cancer du rectum peut être traité par une opération et si cette opération n'entraînera pas dans de certaines mesures une lésion du péritoine ou de la prostate. Pour cela, la plupart des auteurs s'en tiennent à cette donnée que le cul-de-sac péritonéal postérieur, chez l'homme comme chez la femme est par rapport à l'anus, à une profondeur égale environ à la longueur d'un doigt indicateur ordinaire. Par conséquent, la première condition pour songer à enlever un cancer du rectum, c'est de pouvoir dépasser avec le doigt la limite supérieure de la lésion. C'est le cas chez notre malade.

Nous avons donc affaire ici à deux fistules consécutives probablement chacune à un abcès, et coïncidant avec un cancer du rectum qui a été suivi : ou d'une petite ulcération de l'intestin qui a permis aux matières fécales de s'épancher dans le tissu cellulaire environnant et d'y déterminer un abcès; ou d'une inflammation de voisinage.

Telles sont en effet les deux modes suivant lesquels se développent ces collections purulentes; on conçoit comment, à la suite de l'ulcération de la surface cancéreuse et de la perforation de l'intestin, des matières rectales peuvent s'échapper dans le tissu cellulaire de la fosse ischio-rectale voisine et donner lieu à un abcès de cette région, qui dans certains cas peut être suivi d'accidents putrides extrêmement graves et de désordre profonds, lesquels viennent encore ajouter à l'hecticité et à la cachexie déjà causées par le cancer lui-même. Ici, au lieu d'un phlegmon diffus, volumineux, il s'est développé deux petits abcès limités. Cela tient à ce que très-probablement la collection purulente a pris naissance par suite d'une inflammation du voisinage, ou bien consécutivement à une très-petite fissure du rectum qui a livré passage à quelques gaz, à quelques matières intestinales liquides ou solides, car on ne peut jamais savoir si l'inflammation est indépendante d'une lésion traumatique de la paroi rectale ou si elle est survenue consécutivement à une solution de continuité de l'intestin. Ce que nous savons seulement, c'est que les fistules sont tantôt incomplètes, tantôt complètes.

Chez ce malade, puisque nous n'avons pas eu affaire à un gros abcès stercoral, les fistules méritent le nom de fistules complètes. Cela n'a pas une grande importance, car, quelle que soit la variété à laquelle elles appartiennent, elles ne réclament pas un traitement spécial. Mais néanmoins nous pouvons nous demander si elles sont intra-rectales ou extra-rectales.

Je vous ai dit que les stylets pénétraient si profondément par l'orifice fistuleux, que j'avais cru qu'ils pénétraient dans l'intérieur de l'intestin. Néanmoins en pratiquant le toucher, mon doigt ne les a pas sentis. Par conséquent, si les trajets fistuleux s'ouvrent dans le rectum, ils ne s'y ouvrent qu'à une certaine hauteur, et la perforation a lieu au-dessus du point où le rectum est malade, et le trajet remonte très-haut le long de la paroi rectale.

Toute la question se réduit maintenant à ceci : ferons-nous quelque chose contre le cancer? Je vous ai dit que j'en atteignais la limite supérieure avec le doigt, par conséquent la lésion est accessible à l'instrument tranchant, et il est probable que nous pourrions délivrer cet homme de son cancer. Mais j'ai plusieurs raisons pour ne pas pratiquer une opération. D'abord le malade ne souffre pas beaucoup; il a fallu le presser de questions pour lui faire dire qu'il a des gardes-robes assez fréquentes, qu'il rend des matières fécales en petite quantités, et que celles-ci sont quelquefois mélangées de sang, qu'il a souvent de la constipation, etc. Certes, ce sont là des inconvénients, mais ils ne sont pas l'indice d'une détérioration très-grande de l'intestin, d'ailleurs le malade n'a pas de ténesme, il dort bien, mange bien; il a seulement un peu maigri. En un mot, il n'est pas assez malade, pour qu'il y ait chez lui indication d'une opération qui d'ailleurs pourrait très-bien le conduire à la mort. Si l'on consulte les livres de médecine et particulièrement le mémoire de Lisfranc sur l'extirpation des parties inférieures du rectum, on trouve, il est vrai, une statistique assez satisfaisante : environ une mort sur 20 ou 25. Mais, comme pour toutes les statistiques, il faut tenir compte des cas qui n'ont pas été publiés. Pour ma part, j'ai vu bon nombre d'individus mourir des suites d'une opération de cancer du rectum. Bien que l'on n'atteigne pas le péritoine, il n'en est pas moins vrai qu'une plaie qui pénètre jusqu'à 5 ou 6 centimètres de profondeur donne lieu à une inflammation suppurative qui peut très-bien se propager au cul-de-sac péritonéal. Dans ces cas, les malades meurent d'un phlegmon diffus de l'excavation ischio-rectale, ou d'infection purulente. Pour ma part sur une douzaine de sujet affectés de cancer du rectum que j'ai opérés, j'en ai vu quatre ou cinq mourir de la sorte.

Or, comme je vous l'ai déjà dit, notre malade n'est pas assez souffrant pour qu'on l'expose à succomber de l'un ou l'autre de ces accidents. Peut-être encore le soumettrais-je aux chances d'une opération si sa maladie n'était pas susceptible de récidive, mais vous savez que rien ne repullule avec plus de facilité que le cancer du rectum. Or je comprends qu'on se laisse aller à l'opération d'une tumeur qui sera fatalement suivie de récidive quand les douleurs sont trop graves pour qu'on puisse refuser ce soulagement au malade, mais pour ma part je ne voudrais pas faire courir à un malade les chances d'une opération, quand il ne souffre pas beaucoup de son affection.

Une autre raison pour laquelle je n'opérerai pas cet homme, c'est qu'il a soixante-douze ans et que s'il ne meurt pas de l'ablation de son cancer, il pourra vivre encore deux, trois, quatre ans peut-être, en un mot assez longtemps pour donner à la maladie le temps de récidiver. Par conséquent, je crois qu'il vivra tout aussi bien avec son épithélioma.

Je reconnais que son cancer n'est pas sans avoir quelques inconvénients, mais il n'est pas beaucoup plus malade, il ne souffre pas beaucoup plus que s'il avait un cancer opéré et en voie de récidive. En outre quand l'opération a porté sur une hauteur de l'intestin assez considérable, il en résulte très-souvent une incontinence de matière fécale qui est la conséquence de la section du sphincter et des fibres circulaires du rectum.

Quelques malades, il est vrai, jouissent encore, après cette opération, de la faculté de retenir les matières fécales, mais c'est seulement dans les cas où l'on a fait l'ablation de la partie inférieure de l'intestin et qu'il reste encore une portion de fibres circulaires intactes, assez considérables pour empêcher les matières de passer, et qu'il existe quelques-unes de ces fibres circulaires que les auteurs ont décrit sous le nom de sphincters internes.

PHYSIOLOGIE

—

ÉTUDE GRAPHIQUE DES MOUVEMENTS DU CERVEAU DE L'HOMME (1)

Par MM. Jiacomini et Mosso.

Une femme de trente sept-ans, à la suite d'une affection syphilitique des parois crâniennes, a perdu une grande partie de l'os frontal et des deux pariétaux. Pour étudier les mouvements du cerveau par la méthode graphique, on a adapté, sur l'ouverture du crâne, un tambour explorateur de Marey, mis en communication avec un tambour à levier par le moyen d'un tuyau de caoutchouc.

Les recherches commencées au mois de janvier 1876, sur cette femme, qui est maintenant complétement guérie, ont donné des résultats très-remarquables pour la physiologie de la circulation cérébrale. Les tracés présentés à l'Académie par les auteurs, et qui paraîtront dans l' « Archivio delle science mediche », prouvent qu'il y a dans le cerveau de l'homme, même pendant le repos le plus absolu de l'esprit et du corps, trois espèces différentes de mouvements :

1° Des « pulsations », qui se produisent à chaque contraction du cœur ;

2° Des « oscillations », qui correspondent aux mouvements de la respiration ;

3° Des « ondulations », qui sont des courbes plus amples dues aux mouvements des vaisseaux pendant l'attention, l'activité cérébrale, le sommeil et d'autres causes qui, jusqu'à ce jour, nous sont encore inconnues ; on pourrait les désigner sous le nom de mouvements « spontanés » des vaisseaux (2).

Les tracés obtenus, même quand la respiration est normale et peu profonde, présentent des oscillations évidentes et forment comme un ruban dentelé à bords inégaux, parce que la hauteur de chaque pulsation diminue pendant l'inspiration et augmente pendant l'expiration.

Les contractions plus énergiques du cœur produisent presque toujours une augmentation dans les pulsations du cerveau. C'est seulement après la compression des carotides ou des veines jugulaires et dans d'autres expériences, qu'on a observé une diminution du volume du cerveau concordant avec une augmentation considérable de la hauteur de chaque pulsation. On n'a jamais constaté une augmentation de volume lorsqu'il y avait un affaiblissement des pulsations cérébrales ou cardiaques.

Pour étudier les rapports existant entre les mouvements du cerveau, les contractions du cœur, les changements du volume de l'avant-bras et les mouvements de la respiration, les auteurs ont adapté simultanément trois appareils inscripteurs sur leur malade, savoir : le tambour explorateur de M. Marey sur l'ouverture du crâne, le pneumographe et le pléthysmographe de M. Mosso pour la caisse thoracique et l'avant-bras.

La forme de chaque pulsation du cerveau varie beaucoup selon les circonstances.

Elle se distingue du pouls écrit avec le sphygmographe de Marey appliqué sur une artère, et n'a pas même de ressemblance avec les tracés pris sur l'avant-bras introduit dans un cylindre rempli d'eau mise convenablement en communication avec un tambour de Buisson.

Pendant le sommeil profond avec ronflement, il se produit une augmentation très-considérable dans les hauteurs des pulsations cérébrales ; les oscillations respiratoires et les ondulations deviennent beaucoup plus prononcées.

Certaines causes produisent le même changement de volume dans le cerveau et dans les extrémités ; d'autres produisent des variations qui se trouvent simultanément en opposition dans le cerveau et dans les différentes parties du corps.

Les expériences faites sur les changements du volume du cerveau et de l'avant-bras de l'homme ont fourni des éléments d'une physiologie comparée des vaisseaux sanguins et l'on pourra, dès aujourd'hui, étudier les modifications qui se produisent sous l'influence des mêmes excitations dans les vaisseaux des différentes parties du corps.

Pendant la compression des carotides, les pulsations du cœur disparaissent presque complétement. Lorsque la circulation artérielle se rétablit, les pulsations augmentent en hauteur, et le cerveau, après un rapide accroissement de volume, présente une contraction qui subsiste avec des pulsations beaucoup plus fortes qu'auparavant.

En comprimant les veines jugulaires on produit une augmentation de volume du cerveau. Après vingt ou trente secondes de congestion veineuse du cerveau, le volume de cet organe commence à diminuer. Pendant la congestion veineuse du cerveau, les pulsations augmentent très-considérablement en hauteur, et cette augmentation persiste pendant un temps assez long, même après le rétablissement de la circulation veineuse normale. Après la congestion veineuse, on observe toujours une diminution du volume du cerveau qui est produite probablement par une contraction des vaisseaux sanguins.

Une interruption des mouvements respiratoires produit le même effet. Les mouvements inspiratoires très-étendus exercent une influence profonde sur la forme des pulsations cérébrales et l'on observe sur le cerveau les mêmes phénomènes qui se produisent pendant la compression des carotides. Pendant l'occlusion des artères fémorales, les pulsations cérébrales apparaissent plus aiguës et plus élevées ; au moment où la circulation du sang se rétablit, on voit une diminution rapide de la hauteur des pulsations,

Chaque mouvement du corps et tout travail intellectuel se réfléchit sur le cerveau qui subit une modification visible dans son volume et dans la forme de ses pulsations.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 3 janvier 1877.

(2) M. Mosso avait déjà montré avec son pléthysmographe, des mouvements analogues des vaisseaux sanguins, dans l'avant-bras de l'homme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

—

Séance du 13 janvier 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Application des métaux sur des parties anesthésiées. M. Charcot entretient la Société des expériences qui se font en ce moment dans son service, à la Salpêtrière, avec l'aide de M. Burq. On sait, dit-il, que chez les hystériques il y a souvent un côté du corps frappé d'anesthésie, non pas transitoire, mais permanente. Or, chez un certain nombre d'entre elles, l'application d'une ou deux pièces de 20 francs en or sur une partie quelconque du côté anesthésié détermine, au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes, le retour de la sensibilité dans une zone s'étendant à 5, 6, 8 ou 10 centimètres au-dessus et au-dessous du point où sont appliqués les pièces d'or. Cette sensibilité persiste pendant toute une journée. Chez d'autres hystériques, l'or ne produit aucun résultat, c'est le cuivre qu'il faut employer ; chez d'autres, c'est le zinc ; mais c'est l'or qui agit le plus souvent. Un jour, voulant dans son service montrer aux personnes qui le suivaient combien l'anesthésie était évidente chez certaines hystériques, M. Charcot, sur l'une d'elles qu'il savait atteinte d'une hémianesthésie complète, traversa son bras avec une longue aiguille. La malade poussa un cri terrible. Renseignements pris, on apprit que M. Burq était venu le matin même.

Le retour de la sensibilité n'est pas le seul phénomène qu'on observe en pareil cas ; on constate également une certaine élévation de température et une augmentation de la force au dynamomètre. Le retour de la sensibilité n'a pas lieu subitement. Avant de sentir exactement, la malade sent de travers pour ainsi dire. La glace, par exemple, lui semble un corps chaud. Ce n'est qu'après quelques instants que la sensibilité revient complète et normale.

On sait que l'anesthésie des hystériques disparaît sous l'influence de la faradisation.

Les applications métalliques ne donneraient-elles lieu qu'à un simple phénomène électrique? C'est ce qu'apprendra l'enquête ouverte dans le service de M. Charcot, par des physiciens et des physiologistes experts. Quoi qu'il en soit, le fait a été constaté de la façon la plus évidente, l'explication n'en a pas encore été donnée.

En résumé, sans adopter toutes les idées émises par M. Burq sur ce qu'il appelle la métallothérapie, M. Charcot déclare parfaitement exact le point de départ des visées thérapeutiques de ce confrère.

Il ajoute que les métaux n'agissent pas seulement sur les anesthésies des hystériques, mais qu'ils donnent absolument les mêmes résultats dans les anesthésies organiques, c'est-à-dire, dépendant d'une lésion cérébrale.

Action de la morphine sur la rétine, dans les cas de morphinisme chronique. — M. LABORDE rappelle les communications antérieures qu'il a faites sur les altérations produites expérimentalement chez les animaux, par l'action prolongée de la morphine. Il a entrepris de nouveau une série d'expériences sur ce sujet, et, avec l'aide de son confrère et ami, le docteur Fieuzal, a examiné les rétines des chiens soumis à ces nouvelles expériences. Si l'on injecte sous la peau d'un chien de 0,05 à 0,10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, on observe une première période, dite d'excitation, qui consiste principalement en une accélération extrême de la circulation et de la respiration et qui est suivie d'une seconde période, dite de sédation. Si l'on pratique l'examen ophthalmoscopique pendant la première période, on constate d'une façon très-nette un état congestif de la rétine, une congestion très-marquée des veines et des artères; mais cet état est très-passager.

Dans la seconde période, où, comme on voit, on ne compte plus quelquefois que huit à six respirations par minute, on observe au contraire une anémie très-notable de la rétine. Mais cette anémie disparaît aussi dans les premiers jours. Ce n'est qu'après trois semaines environ, d'administration continue et graduellement croissante de morphine, que cette anémie rétinienne devient permanente. A ce moment, il ne se produit même plus de période de congestion, le sommeil lui-même ne se produit plus après ce laps de temps. Ces résultats sont constants, et M. Laborde fait passer sous les yeux de la société des dessins représentant l'aspect de la rétine à ces diverses périodes de morphinisme chronique.

A l'autopsie de ces chiens, M. Laborde a constaté, en rapport avec cette anémie rétinienne, une anémie très-marquée du cerveau et de la moelle; au microscope, M. Mathias Duval n'a trouvé aucune altération appréciable des éléments nerveux.

M. Laborde, avec l'aide de M. Cazeneuve, s'est livré ensuite à la recherche de la morphine dans les liquides de l'économie et les divers organes des chiens soumis au morphinisme chronique. Ces messieurs n'ont rien trouvé dans le sang, alors même que le chlorhydrate de morphine avait été injecté dans la veine crurale.

La salive ne contient non plus aucune trace de morphine, et cependant, dans la plupart des cas, la salivation est devenue extrêmement abondante. Les urines ne contiennent pas non plus de morphine. Le cerveau, la moelle épinière, le foie, les reins furent également examinés avec le plus grand soin, et l'on crut trouver seulement quelques traces de morphine dans le foie.

S'étant livré, sur ce sujet, à quelques recherches bibliographiques, M. Laborde a trouvé un cas rapporté par M. Vogt, dans lequel il s'agit d'un malade, qui depuis trois ans prenait par jour plus d'un gramme de morphine. Ce médecin, de même que MM. Laborde et Cazeneuve, obtint des résultats négatifs dans la recherche de la morphine dans les liquides de ce malade; mais il eut l'idée d'examiner les matières fécales et il y trouva une assez grande quantité de morphine.

En terminant cette communication, M. Laborde fait connaître les résultats qu'il a obtenus sur lui-même de l'emploi thérapeutique de la morphine en injections sous-cutanées. 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine suffisent pour déterminer chez lui une syncope respiratoire des plus menaçantes. 2 milligrammes et demi produisent les mêmes effets; il ne comptait plus que dix respirations par minute.

M. CHOUPPE, à l'occasion de la communication de M. Laborde, rappelle celles qu'il a faites antérieurement sur le même sujet. Il insiste particulièrement sur l'extrême accélération de la circulation à la suite de l'injection sous-cutanée d'une certaine dose de chlorhydrate de morphine; il avait également noté la diminution du nombre des respirations.

Grossesse tubaire. — M. DAVAINE communique l'observation d'une femme qui a succombé à une métrorrhagie foudroyante.

A l'autopsie, on reconnut l'existence d'une grossesse tubaire.

Facilité de la rotation de la tête du fœtus dans la présentation occipito-iliaque postérieure. — M. BUDIN rapporte un fait qu'il a minutieusement observé pendant son internat à la Maternité.

Une femme était en travail, l'enfant présentait le sommet en position occipito-iliaque droite postérieure; position constatée par le palper, l'auscultation et le toucher. Sous l'influence d'une contraction puissante, la tête descendit sur le plancher périnéal et exécuta rapidement son mouvement de rotation; l'occiput était venu se placer sous la symphyse pubienne. Le tronc ne suivit pas la tête dans ce mouvement, et le dos demeura tourné en arrière. Dès que la tête fut dégagée, l'occiput, par un mouvement brusque de détorsion se porta d'avant en arrière, se mit en rapport avec la région anale de la mère. Il fut, après l'accouchement, facile de faire de nouveau exécuter à la tête ce mouvement si étendu et de porter le menton en arrière, presque sur la même ligne que la colonne vertébrale. L'enfant ne semblait pas en souffrir, il respirait librement dans cette situation et ne poussait aucun cri.

Ramener, dans les présentations occipito-postérieures, l'occiput en avant avec le forceps, n'est donc probablement pas une opération aussi dangereuse pour le fœtus, que le croient certains accoucheurs. M. Budin rappelle que son maître M. Tarnier a déjà démontré, par des expériences, que ce mouvement de rotation ne s'accomplissait pas uniquement au niveau de l'articulation atloïdo-axoidienne et que, de plus, il comprimait moins la moelle épinière qu'un mouvement de flexion exagérée de la colonne vertébrale.

Polyopie monoculaire. — M. CADIAT rappelle que M. Giraud-Teulon a démontré que la polyopie monoculaire était un phénomène presque normal, que l'on observait sur tous les yeux à mesure que l'on avançait en âge. Ce phénomène, suivant lui, serait dû à ce que le cristallin se séparerait en segments fonctionnant séparément, de façon à donner une série d'images sur un plan placé entre le foyer et la lentille. Ce défaut, d'après M. Giraud-Teulon, pourrait être corrigé par l'accommodation.

M. Cadiat, pour sa thèse d'agrégation, s'étant livré à une série de recherches sur la structure du cristallin, crut avoir trouvé l'explication de ces phénomènes. Il a montré que les secteurs du cristallin devaient être considérés comme limités non par des plans, mais par des surfaces gauches méridiennes ayant comme directrice l'axe de la lentille et comme génératrices les branches des étoiles. Les fibres cristalliennes viendraient se rencontrer sur ces surfaces.

Lorsque le cristallin n'est aucunement altéré il y a homogénité parfaite entre ses différentes parties, mais, par suite du progrès de l'âge, les plans de séparation s'accusent; dès lors, les secteurs du cristallin fonctionnent comme des prismes polarisant la lumière.

Ces secteurs auront donc une double réfraction. A chacun d'eux correspondra l'image focale du rayon ordinaire non dévié et une image extrafocale du rayon extraordinaire. La convergence des rayons ordinaires donne, pour un point, une image au foyer plus accusée que les images périphériques. Celles-ci disparaissent dans la vision normale, parce qu'elles sont trop faibles et sont détruites par les autres impressions lumineuses. Elles ne sont perçues que dans le cas où un seul faisceau des rayons parallèles vient frapper le cristallin.

M. Cadiat attribue les troubles de la vision que produisent les altérations du cristallin à la fois aux opacités et aux phénomènes de polarisation; car il faut une homogénéité parfaite dans la lentille pour que la polarisation ne s'y produise pas.

M. JAVAL, à propos de cette communication de M. A. Cadiat,

déclare ne pas croire que la polyopie monoculaire soit un phénomène de double réfraction. Depuis la dernière séance, il a fait sur ce sujet quelques recherches bibliographiques. Une discussion s'éleva, qui dura de 1852 à 1857, entre Stelwag de Carion, d'une part, qui le premier attribua la polyopie monoculaire à un phénomène de double réfraction, et Gut, d'autre part, qui niait qu'il en fût ainsi.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1877. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Laboulbène, président sortant et M. Empis, président pour l'année 1877, donnent chacun lecture d'un discours qui est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS.

M. Féréol répond à la communication qu'a faite dans la dernière séance M. Dujardin-Beaumetz.

M. Beaumetz, dit-il, ne retient de mon travail qu'un seul point, c'est l'aveu que j'aurais fait que les bainds froids prédisposent aux hémorrhagies. M. Féréol n'a pu tirer une conclusion aussi générale; il rappelle avoir divisé ses observations en deux catégories, l'une comprenant les cas traités par les bains froids, tous graves, l'autre les cas traités par les moyens ordinaires, tous légers ou de moyenne intensité. Il a constaté que les hémorrhagies avaient été plus fréquentes dans les cas de la première catégorie. Or, ceci doit-il être imputé aux bains froids, ou simplement à ce fait que les hémorrhagies sont plus fréquentes dans les cas graves que dans les cas légers? M. Féréol n'ose trancher la question.

Il fait ensuite observer à M. Beaumetz qu'il n'a pas rempli l'engagement qu'il avait pris de prouver par des faits les avantages des bains tièdes sur les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les statistiques empruntées par M. Beaumetz aux services de MM. Desnos et Moissenet ne sauraient avoir une grande valeur, puisque aucun de ces deux collègues n'a fait des bains tièdes un usage méthodique.

M. Féréol a essayé de remplacer méthodiquement les bains froids par les bains tièdes dans quelques cas graves, à complications pulmonaires ou à hémorrhagies. Il a donné des bains à 28 et 30 degrés. Il n'a pas eu lieu de s'en applaudir. Un seul bain à 28 degrés a été suivi, dans un cas, d'hémorrhagies intestinales ayant entraîné la mort. Dans un autre cas, un seul bain à 28 degrés a été suivi d'une hémoptysie également mortelle. Un malade ayant eu une hémoptysie à la suite d'un bain froid, celui-ci fut remplacé par des bains tièdes; l'hémoptysie continua et le malade mourut. En résumé, les bains tièdes ou pour mieux dire les bains frais ont paru à M. Féréol avoir les inconvénients des bains froids sans en avoir les avantages. En effet, ils ne procurent pas un abaissement aussi considérable de la température. M. Féréol préfère donc les bains froids aux bains frais.

On a beaucoup exagéré l'horreur du malade pour les bains froids Il en est, sans doute, qui les supportent fort mal; mais beaucoup aussi déclarent s'y trouver bien. D'ailleurs sans être plus cuirassé que ses confrères contre la douleur d'autrui, M. Féréol pense qu'il faut savoir commander à ses nerfs et que s'il était prouvé qu'on peut, dans certains cas, arracher à la mort quelques victimes de plus au prix de passagères souffrances, on ne serait pas en droit d'hésiter, surtout quand il s'agit d'une maladie qui, comme la fièvre typhoïde, s'attaque aux plus forts et aux plus jeunes.

M. Féréol maintient donc les conclusions de sa première communication.

M. Dujardin-Beaumetz, vu le petit nombre de faits qu'il a recueillis, dans lesquels les malades atteints de fièvre typhoïde ont été traités par les bains tièdes, ne peut établir aucune comparaison entre la statistique qu'il pourrait fournir et celle qui a été fournie par les partisans de la méthode de Brand. Il a voulu seulement faire ressortir ce fait, qu'au point de vue de la mortalité, cette méthode ne donne pas de meilleurs résultats que les autres. Il a, en outre, fait observer qu'avec les bains tièdes on obtient la même réfrigération qu'avec les bains froids, et que même cette réfrigération se prolonge plus longtemps. Enfin il a cherché à démontrer que les bains tièdes procurent tous les avantages des bains froids sans en avoir les inconvénients.

M. Libermann répond à M. Dujardin-Beaumetz que dans ses expérimentations sur les bains tièdes, entreprises à la fin de 1871 et consignées dans son mémoire sur la valeur des bains froids, lu à la Société médicale en 1874, la moyenne de l'abaissement avait oscillé entre 1 et 3 degrés centigrades après les bains tièdes de 30 à 40 minutes de durée.

La durée de l'effet utile des bains tièdes n'a pas non plus atteint les chiffres obtenus avec les bains froids. Elle n'a pas dépassé huit heures dans les deuxième et troisième septénaires et douze heures dans le quatrième. Ces résultats sont opposés à ceux de Ziemsen qui prétend, au contraire, que cette durée est plus longue.

Il partage, du reste, complétement l'opinion de M. Féréol sur la supériorité des bains froids, mais il ne pense pas qu'on puisse accuser les bains tièdes de favoriser les hémorrhagies. Il cite à ce propos une observation qu'il a rapportée dans son mémoire.

Un de ses malades, soumis à ce traitement des bains froids, avait eu une entérorrhagie, il recourut aux bains tièdes. L'entérorrhagie s'arrêta pour recommencer dès qu'il reprit les bains froids auxquels il renonça définitivement pour la méthode de Ziemsen dont il se trouva fort bien, car le malade guérit malgré l'anémie produite par des pertes de sang considérables.

Les faits d'hémorrhagie, cités par M. Féréol et attribués aux bains tièdes, peuvent être dus à une simple coïncidence.

M. Peter pense qu'après la discussion qui vient d'avoir lieu et surtout après les observations de M. Moutard-Martin, l'on doit être éclairé sur la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. Toutefois, cette méthode de traitement soulève plusieurs points de doctrine, de pathologie et de thérapeutique générales sur lesquels, suivant M. Peter, on n'a pas jusqu'ici assez attiré l'attention.

Dans l'emploi de cette méthode, on ne s'occupe plus des malades; on n'a en vue qu'un seul symptôme, l'hyperthermie! Tel est le monstre que l'on cherche à combattre; or ce monstre n'est qu'une chimère. En effet, dans ce syndrome si complexe qui constitue la fièvre typhoïde, l'hyperthermie est à la calorification, ce que le délire, les soubresauts des tendons sont au système nerveux; ce ne sont là que des symptômes isolés d'un état pathologique qui atteint l'organisme tout entier. Or en supposant que, par la suppression de ce symptôme, c'est-à-dire par la soustraction d'une certaine quantité de calorique, on ait obtenu une amélioration passagère, s'ensuit-il pour cela qu'on ait véritablement agi contre la maladie elle-même? On a fait une abstraction et voilà tout. La formule des bains froids coup sur coup nécessitée, pour ainsi dire, par le retour même du symptôme que l'on cherche à combattre, l'hyperthermie, n'est donc qu'un élément isolé du problème thérapeutique et en face duquel se trouve tout médecin devant une fièvre typhoïde. C'est la même raison qui avait déterminé M. Bouillaud à préconiser les saignées coup sur coup dans le traitement de cette maladie; car M. Bouillaud avait parfaitement observé et parfaitement reconnu qu'à peine calmés par la saignée, les malades ne tardaient pas à présenter de nouveau le même état de chaleur, d'agitation.

Toute formule simple en pathologie et en thérapeutique est une formule illusoire; rien n'est simple, en effet, dans l'organisme vivant; rien n'est simple dans un état pathologique comme la fièvre typhoïde. Le traitement d'un état anormal aussi complexe est un véritable problème dont il est impossible d'obtenir une solution complète si l'on n'en possède pas tous les éléments.

M. Peter aborde l'examen des résultats qui ont été obtenus par les partisans de la méthode dite de la réfrigération. Il produit des chiffres qui démontrent que les bains froids ne procurent pas tou-

jours ce que l'on cherche, c'est-à-dire l'hypothermie. En effet, chez un malade qui a été plongé dans une série de bains à 25 degrés, c'est précisément une demi-heure après l'un de ces bains qu'il a présenté sa plus haute température. D'un autre côté, un nombre de faits assez considérable a montré que les ardents défenseurs de la méthode de Brand obtenaient quelquefois beaucoup plus qu'ils ne cherchaient. En voici un exemple : un malade est plongé dans un bain à 23 degrés; il en est retiré tremblant de froid; peu de temps après, sa température s'abaisse à 35°5 dans l'aisselle, et à 35°6 dans le rectum; on ne peut parvenir à le rechauffer et il succombe.

M. Peter passe ensuite en revue ce que l'on a complaisamment appelé les complications, c'est-à-dire les accidents qui, de l'aveu même des partisans de la méthode de Brand, peuvent survenir à la suite des bains froids. Ce sang, dit-il, que le froid chasse de la périphérie du corps, il faut bien qu'il se porte ailleurs. Il y a là, en effet, une double action physique et sur les vaisseaux eux-mêmes et sur leurs vaso-moteurs, qui a pour effet d'amener le resserrement des vaisseaux sanguins. Le sang chassé de ces vaisseaux se portera évidemment dans les parties de moindre résistance; de là des hémorrhagies, des phlegmasies ou tout au moins des congestions. M. Peter cite plusieurs cas dans lesquels les malades, à la suite des bains froids, furent pris d'épistaxis telles qu'on dût, à plusieurs reprises, recourir au tamponnement des fosses nasales. D'autres ont eu des hémorrhagies intestinales; d'autres des hémoptysies. Sur douze malades traités par les bains froids, dans un service hospitalier, deux présentèrent de graves épistaxis; l'un de ces malades eut en même temps une hémorrhagie intestinale. Cinq autres malades, sur douze, eurent également des hémorrhagies intestinales. L'un de ces malades en eut quatre en quelques heures. Or chacun sait que les hémorrhagies ne sont pas habituellement fréquentes dans la fièvre typhoïde.

A côté de ces accidents considérables, se produisant pour ainsi dire à ciel ouvert, sous forme d'hémorrhagies, les bains froids peuvent aussi amener des accidents non moins graves, se produisant sous forme de congestions ou de phlegmasies. M. Peter cite l'exemple d'un malade qui a été atteint de pneumonie lobaire à la suite du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

En terminant cette première partie de son argumentation, M. Peter signale un accident formidable qui a été observé fréquemment dans la fièvre typhoïde, et qui, suivant lui, peut être provoqué par les bains froids; il veut parler de la syncope. Voilà dit-il, une maladie dans laquelle se produit une dégénérescence granulo-graisseuse du cœur, dans laquelle on observe une dépression des forces telle, qu'il semble que le moindre choc va suffir pour abattre les malades, et l'on va plonger ces malades dans un bain froid ! C'est là, suivant M. Peter, une véritable expérience de laboratoire, et ces malades lui rappellent les colombes de Cl. Bernard, préalablement inanitiées à tel point qu'il suffit d'un simple pincement pour les tuer. Or, cette impression douloureuse provoquée par le bain froid ne suffira-t-elle pas, de même, chez des malades profondément débilités pour amener cette syncope mortelle ? Heureusement que suivant la spirituelle observation de Bouley, ancien médecin de l'hôpital Necker, les malades sont quelquefois plus forts qu'on ne croit, et c'est là sans doute, ce qui explique comment ce redoutable accident n'a pas plus souvent amené la mort des typhoïsants soumis à ce *nervo-schock* au bain froid. Toutefois, quoique rare, il s'est produit; et en supposant, ce qui peut très-bien arriver, qu'il se produise dans le bain même, quelle sera la situation du médecin vis-à-vis d'une famille dont il aura eu tant de peine à surmonter les craintes et l'horreur d'une méthode aussi cruelle !

Phthisie linguale. — M. BUCQUOY présente de nouveau le malade dont il a déjà parlé dans plusieurs séances, et qui portait à la langue une large ulcération tuberculeuse qui s'était presque complétement cicatrisée. Mais, peu de temps après, s'était développée, au bord de cette cicatrice, une nouvelle ulcération en forme de fissure, que M. Bucquoy était parvenu à faire également cicatriser. Enfin aujourd'hui apparaît au bord antérieur de la cicatrice, une nouvelle fissure semblable aux premières.

M. FÉRÉOL demande à M. Bucquoy s'il a vu ces ulcérations guérir complétement. Il a eu l'occasion d'en observer un certain nombre, et toujours, après une guérison apparente, il les a vues reparaître.

M. LAILLER demande si ces ulcérations vont en s'étendant par leurs bords ou si elles procèdent par ulcérations secondaires se développant dans le voisinage les unes des autres.

M. BUCQUOY répond à M. Féréol qu'il n'a jamais vu de guérison complète d'ulcérations tuberculeuses, et à M. Lailler que c'est par ulcérations secondaires se développant dans le voisinage les unes des autres que procède la phthisie linguale.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 janvier 1877, sont nommés professeurs de pathologie interne près la Faculté de médecine de Paris : MM. Jaccoud (1er chaire) et Peter (2e chaire).

— MM. Dieulafoy et Lépine commenceront des conférences cliniques à l'hôpital Temporaire, mercredi 19 janvier à dix heures, et les continueront les samedis et mercredis suivants. — M. Dieulafoy les mercredis; M. Lépine les samedis.

La tête humaine. Études de phrénologie et de physiognomonie appliquées aux personnages célèbres de l'antiquité et des temps modernes, par Charles ROUVIN. — 1 vol. in-8° avec 75 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les parotidites, par le docteur IZENARD. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MÉDAILLE DE BRONZE, PARIS (1875).

Vin Pacotte au Quinquina,

AU CAFÉ ET A L'ÉCORCE D'ORANGES AMÈRES. — Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et très-agréable à prendre. Préparé au vin de MALAGA, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*. Il se recommande donc à l'attention des médecins.

Vente en gros : PACOTTE, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain). — Pharmacie centrale de France, rue de Jouy, 7, Paris. — Se trouve dans les bonnes pharmacies.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des meilleurs principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Elixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Vésicatoire argocystique

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN.

1re Médaille à l'Exposition de Paris 1875. Attestation des médecins en chef des *Hôpitaux* du Midi. Expérimenté dans les *Hôpitaux de Londres. Agit promptement, sûrement,* SANS DOULEUR, de 4 à 8 h. N'est pas CAMPHRÉ et ne produit *jamais la Cystite.*

VÉSICATOIRE INSTANTANÉ L. ROUVIÈRE

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN

Agit en 1 h. et demie en moyenne. N'est pas CAMPHRÉ, et ne produit *jamais la Cystite.* — *Dépôt :* Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. — A. Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple, *Paris.* — Et chez l'inventeur, L. ROUVIÈRE, pharmacien à NIMES (Gard).

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites,* et surtout les différentes formes de *phthisie.* Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET (*Chlorate de potasse*) contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche.

Pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

N° 7. — JEUDI 18 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 18 JANVIER 1877. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'assistance était peu nombreuse à cette séance publique, si longtemps retardée, où l'on devait proclamer enfin les résultats des concours de l'année 1875.

Aucun éloge académique ne figurait à l'ordre du jour. M. Béclard, trop occupé, n'a mis en œuvre que son talent incontestable de lecteur. Il s'est borné à prêter sa voix à son vénérable confrère M. Jolly, pour la lecture de pages très-finement écrites dont il a fait ressortir à merveille les agréments les plus délicats.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. LIBERMANN.

Mort subite par syncope dans le cours de la fièvre typhoïde.

II

La mort subite est celle qui survient instantanément, pour ainsi dire, ou au moins dans quelques minutes.

La mort rapide est celle qui met quelques heures ou même un ou deux jours à se produire au cours de la fièvre typhoïde. C'est dans ce genre de mort qu'il faut classer les morts par embolie de l'artère pulmonaire, par œdème ou apoplexie pulmonaire dont parle Griesinger, par intoxication urémique, par embolie cérébrale. Les hémorrhagies cérébrales excepté celles du bulbe, dont je ne connais pas un exemple dans la fièvre typhoïde, ne donnent également lieu qu'à la mort rapide.

Deux théories sont en présence pour expliquer la syncope : celle de Dieulafoy et celle de Hayem. Pour le premier, l'accident est dû à une action réflexe résultant de l'irritation de l'intestin. Le réflexe suivrait les filets sympathiques du splanchnique, arriverait au bulbe et se réfléchirait sur les nerfs pneumogastriques dont l'excitation, on le sait, produit l'arrêt du cœur en syncope.

Il appuie du reste cette théorie séduisante, par l'expérimentation physiologique d'une part, et de l'autre, par l'étude d'observations dans lesquelles des troubles intestinaux légers, de la diarrhée, des lombrics, ont donné lieu à des syncopes mortelles. Pour Hayem, au contraire, la syncope est exclusivement due à la dégénérescence granulo-vitreuse du muscle cardiaque, compliquée ou non d'endo-artérite des branches de l'artère coronaire.

De ces deux théories laquelle faut-il choisir? ni l'une ni l'autre ne rendent certainement compte de tous les faits observés.

Je n'ai aucune répugnance à admettre l'explication de Dieulafoy, pour plusieurs d'entre eux, et il n'est pas impossible que la mort ait été produite par action réflexe, dans ma seconde observation où il existait au moment de l'accident ultime un peu de diarrhée et d'irritation intestinale, ainsi que quelques follicules isolés encore en pleine ulcération. D'autre part, quand la dégénérescence granulo-vitreuse du muscle cardiaque est constatée, elle donne suffisamment raison de la syncope, surtout si l'on tient compte des circonstances accessoires qui entrent pour plus qu'on ne le pense dans la production du phénomène comme la station verticale, un effort, une émotion vive qui, si je puis m'exprimer ainsi, sont la cause accidentelle de l'arrêt du cœur, dont la dégénérescence granulo-graisseuse est la cause prédisposante.

Mais cette dégénérescence est beaucoup plus rare que ne le ferait supposer M. Hayem, malgré les recherches les plus minutieuses elle manquait absolument dans les deux autopsies dont j'ai donné la relation, ainsi que dans trois observations citées dans le beau travail du docteur Bussard et dont deux appartiennent à M. le docteur Laveran.

Le malade qui fait le sujet de ma première observation, avait à peine quelques plaques de Peyer engorgées, sans trace d'ulcération, d'une autre part le muscle cardiaque était complétement sain. On ne peut raisonnablement invoquer ici ni l'irritation intestinale, ni la dégénérescence granulo-vitreuse. Il n'y a que le fait brutal d'une syncope survenue une première fois après une émotion plus ou moins vive. Au moment de cette syncope, le malade pâlit, éprouve quelques courtes convulsions de la face et des membres supérieurs.

Ne peut-on pas admettre que, sous l'influence de cette émotion qui trouble si profondément la circulation de la face, celle de l'encéphale et du bulbe n'ait été modifiée de la même manière, et qu'il en soit résulté une paralysie des pneumogastriques par anémie cérébrale suivant l'ingénieuse explication de M. Laveran et Bussard (1).

On nous objectera, il est vrai, qu'à l'autopsie on n'a pas trouvé les traces de cette anémie. Mais je répondrai que ces

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 janvier.

(1) Bussard, *loc. cit.* p. 445.

traces sont bien fugitives et que l'anatomie pathologique du cerveau n'est pas encore faite à cet égard.

Quant à la seconde syncope du même malade, celle qui a terminé la scène morbide, n'ayant pas assisté aux phénomènes qui l'ont précédée et accompagnée nous ne pouvons nous aventurer à en donner une explication.

Quoi qu'il en soit et pour nous résumer, nous pensons, d'après nos observations personnelles et l'étude attentive de celles que nous avons trouvées dans les archives de l'hôpital du Gros-Caillou, que la mort subite dans la fièvre typhoïde est une complication de cette pyrexie qui trouble si profondément la nutrition de tous les organes ;

Quelle est toujours la suite de la syncope ;

Que la syncope est due à des causes variées ;

Que tantôt elle est purement nerveuse et tient à des réflexes d'origine abdominale ou d'autre origine suivant les circonstances qui ont amené ces réflexes ; que d'autres fois elle est sous la dépendance d'une dégénérescence granulo-vitreuse du cœur.

Et qu'enfin, dans d'autres cas, elle peut être due à l'anémie cérébrale, provoquée subitement dans un organisme débilité par une émotion vive, une fatigue, la station verticale. Mais que derrière toutes ces causes il y a le fond typhique, c'est-à-dire, l'empoisonnement de l'économie et son appauvrissement consécutif qui, avec les prédispositions individuelles constituent la cause éloignée, mais puissante de ce terrible accident.

Je ne veux pas terminer cette étude sans donner une observation un peu consolante qui prouve que la syncope dans la fièvre typhoïde n'est pas toujours mortelle.

Déjà M. Longuet (1) dans sa thèse inaugurale de 1872 en donne un exemple. J'ai actuellement dans mon service un malade qui a eu dans le cours de la fièvre typhoïde une syncope dont il est parfaitement revenu, et qui se trouve en ce moment en pleine convalescence.

J'en résume ici l'observation en quelques mots.

S..., cavalier au 7e dragons, entre dans notre service le 29 septembre 1876, salle 18, lit 8, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité à forme adynamique. La maladie suit son cours habituel, la température oscillant entre 38°5 et 39° quand le 8 décembre, à onze heures du soir au moment où l'infirmier le soulevait pour lui donner à boire, le malade pâlit tout à coup, est pris de quelques mouvements convulsifs de la face et des bras et retombe sans connaissance sur le côté.

L'infirmier le secoue violemment, et, au bout de quelques minutes, S... revient à lui n'ayant aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Après cet accident, je prescris les toxiques (extrait de quinquina, vin de Bagnols) ; la fièvre typhoïde suit une marche régulière, et, dans la première semaine de janvier, la convalescence était complète, malgré une phlébite de la saphène gauche et une pleurésie du côté droit qui sont venues la compliquer.

LABORATOIRE DE M. Ch. ROBIN

Recherches sur les propriétés physiologiques et le mode d'élimination de l'éther bromhydrique (2)

Par M. A. Rabuteau.

L'éther bromhydrique ou bromure d'éthyle, $C^2 H^5 Br.$, est un liquide incolore, d'une odeur agréable, bouillant vers 40 degrés, ayant une densité de 1,43 et brûlant difficilement.

(1) Bussard, *loc. cit.*

(2) Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 27 décembre 1876.

J'ai fait sur cet éther, dont le point d'ébullition et la densité sont intermédiaires à celles du chloroforme et de l'éther sulfurique diverses recherches dont je citerai les conclusions.

1° Le bromure d'éthyle absorbé par les voies respiratoires, produit l'anesthésie absolue aussi rapidement et même plus rapidement que le chloroforme. Ces résultats ont été constatés sur les grenouilles, les cobayes, les lapins et les chiens. Au bout de cinq minutes et même parfois de deux minutes d'inhalation, pratiquée à l'aide d'une éponge imbibée de bromure d'éthyle, les chiens sont complétement anesthésiés.

2° Les animaux reviennent à eux-mêmes plus rapidement que lorsque l'anesthésie a été produite par le chloroforme.

3° Ayant injecté sous la peau chez les chiens, avant de les anesthésier, des solutions de chlorhydrate de narcéine ou de chlorhydrate de morphine, j'ai observé une action analogue mais peut-être inférieure à l'action simultanée de la narcéine ou de la morphine et du chloroforme.

4° L'éther bromhydrique n'est pas caustique ni même irritant, comparativement au chloroforme. On peut l'ingérer sans difficulté, l'appliquer sans danger, non-seulement sur la peau, mais dans le conduit auditif externe et sur les muqueuses. Il est préférable, sous ce rapport, au chloroforme qui est très-caustique et à l'éther sulfurique dont l'ingestion en nature est presque impossible.

5° Le bromure d'éthyle, ingéré dans l'estomac de l'homme aux doses de 1 à 2 grammes, ne produit pas l'anesthésie comme lorsqu'il est absorbé en quantité suffisante par les voies respiratoires. Il calme la douleur s'il en existe. Il ne trouble en aucune façon l'appétit.

6° Cet anesthésique est presque insoluble dans l'eau. Néanmoins, l'eau qu'on a agitée avec ce liquide possède une odeur et une saveur agréables. Les grenouilles introduites dans l'eau saturée de bromure d'éthyle sont anesthésiées au bout de quinze à vingt-cinq minutes.

7° Le bromure d'éthyle s'élimine presque en totalité, sinon complétement par les voies respiratoires quel qu'en ait été le mode d'absorption. On n'en retrouve pas, ou bien on n'en retrouve que des traces dans l'urine lorsqu'il a été ingéré dans l'estomac. On peut déceler la présence de minimes quantités dans ce liquide, lorsqu'il a été absorbé par inhalation. Le bromure d'éthyle ne se décompose pas dans l'organisme en donnant naissance à un bromure alcalin, tel que le bromure de sodium, sel facilement éliminable par les voies rénales.

J'effectue les recherches de bromure d'éthyle dans les urines à l'aide d'un appareil qui se compose :

1° D'une fiole contenant les urines, chauffée au bain-marie et dont le bouchon est traversé par deux tubes de verre, dont l'un communique avec l'air extérieur, l'autre avec une éprouvette verticale remplie de chlorure de calcium desséché.

2° D'un tube de porcelaine contenant de la chaux pure et chauffée au rouge.

3° D'une trompe à eau communiquant avec celui-ci. En faisant fonctionner la trompe, il s'établit dans l'appareil un courant d'air qui entraîne le bromure d'éthyle qui pourrait se trouver dans les urines et qui serait ensuite décomposé par la chaux, en donnant du bromure de calcium.

D'autre part, en chauffant 50 à 200 grammes des mêmes urines dans une capsule de porcelaine, achevant l'évaporation avec un peu de potasse pure, calcinant le résidu au rouge et traitant ce résidu par l'eau distillée, il est impossible de déceler dans la liqueur claire, ainsi obtenue, des traces de brome en l'agitant dans un tube de verre avec du sulfure de carbone et de l'acide nitrique chargé de vapeurs nitreuses. Le bromure d'éthyle ne donne point, par conséquent, naissance à un bromure alcalin dans l'organisme.

En somme, cet agent anesthésique possède des propriétés intermédiaires à celles du chloroforme, du bromoforme et de l'éther. Il ne reste plus guère qu'à répéter avec ce même agent les expériences faites par M. Cl. Bernard, avec d'autres anesthésiques, sur la végétation, et à l'employer pour obtenir l'anesthésie chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 16 janvier 1877. — Présidence de M. Gosselin.

RAPPORT

M. HENRI ROGER, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1875.

PRIX

Sont proclamés lauréats de l'Académie, pour 1875 :

Prix de l'Académie (1000 francs). — Ce prix devait être décerné au meilleur mémoire sur le traitement des anévrysmes par les différents modes de compression. — Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 800 francs à M. le docteur Pize (Louis) de Montélimar (Drôme), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe : *Il faut que la compression, dans le traitement des anévrysmes, remplace désormais la ligature, comme la ligature, à la fin du siècle dernier, a remplacé l'opération par l'ouverture du sac.* (Broca.)

Prix Portal (2,000 francs). — L'Académie avait laissé les candidats libres d'adresser un mémoire *sur un sujet quelconque* d'anatomie pathologique. Un seul mémoire a été adressé pour ce concours. Il porte pour titre : *Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires.*

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Hayem, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix de Civrieux (900 francs). — L'Académie avait proposé la question suivante : « De l'insomnie. » — Six mémoires ont concouru.

Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix ; mais l'Académie a accordé à titre d'encouragements :

1° 500 francs à M. le docteur Guipon (de Laon), auteur du mémoire n° 5, portant pour épigraphe : *Quod caret alterna requie, durabile non est.* (Ovide.)

2° 200 francs à M. le docteur Marvaud (Angel), médecin-major à l'hôpital de Mascara (Algérie), auteur du mémoire n° 4, ayant l'épigraphe suivante : *Qu'y a-t-il de plus doux qu'un sommeil calme et qui n'est troublé par aucun rêve?* (Platon.)

3° 200 francs à M. le docteur Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales de Vichy (Allier), auteur du mémoire n° 6.

Prix Capuron (3,000 francs).— Ce prix devait être décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale. — Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Peter (Michel), médecin des hôpitaux, auteur d'un travail sur la grossesse et les maladies du cœur inscrit sous le n° 3, avec l'épigraphe : *Labore libertas,* et portant pour titre : *Mémoire sur la grossesse et les maladies du cœur.*

Prix Barbier (3,000 francs). — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Huit ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre de récompense, la somme de 1,000 francs à M. le docteur Moncoq, pour son appareil à transfusion instantanée du sang.

Prix Godard (1,000 francs). — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. — Sept ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Mauriac (Charles), médecin des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : *du Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale,* inscrit sous le n° 5.

Elle accorde une mention très-honorable à M. le docteur Olivier (Paul), de Paris, pour son travail imprimé : *sur les Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face,* inscrit sous le n° 1.

Prix Amussat (1,000 francs). — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Un seul mémoire a concouru.

Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Lefèvre (3,000 francs). — La question suivante a été mise au concours : « De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale. » — Quatre mémoires ont été adressés pour concourir.

L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, et Burlureaux (Charles), médecin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *La détermination du siége des maladies, ou leur localisation, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne.* (Bouillaud.)

Prix d'Argenteuil (8,000 francs). — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1869 à 1875), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement :

1° 5,000 francs à M. le docteur Duplay (Simon), chirurgien des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé : *de l'Hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical;*

2° 1,500 francs à M. le docteur Squire (of Elmira, New-York), pour son travail ayant pour titre : *Cathéter prostatique vertébré;*

3° 1,500 francs à M. Bénas, de Paris, pour l'intéressante modification qu'il a apportée dans la fabrication des bougies filiformes dites en crins de Florence.

Travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante :

« Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de zéro jour à un an :

1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine pendant le premier mois ; puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze mois ; — 2° suivant le sexe ; — 3° suivant l'état civil ; — 4° suivant les lieux, c'est-à-dire par département et dans les plus grandes villes ; — 5° suivant les mois de l'année. »

Ce prix était de la valeur de 1,200 francs. — Six mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. Bertillon, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 3, portant pour épigraphe : *Quare mors immatura vagatur.* (Lucrèce.)

Elle accorde en outre, à titre de récompense :

1° Une somme de 300 francs et une médaille d'argent à M. le docteur Vacher, de Paris, auteur du mémoire n° 2 ;

2° *Des médailles d'argent à* : M. le docteur J. Chrestien, (de Lille), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 ; — M. Hérault, inspecteur des enfants assistés du département de l'Isère, à Grenoble, pour son mémoire inscrit sous le n° 4.

En outre des récompenses ci-dessus, l'Académie accorde, pour les travaux annuels envoyés en réponse au programme ordinaire de la commission de l'hygiène de l'enfance :

1° *Une médaille d'or à* : M. le docteur Gibert (de Marseille), pour ses nombreux et intéressants mémoires sur l'hygiène de l'enfance ;

2° *Une médaille d'argent à:* M. le docteur Maurin, pour ses travaux sur l'hygiène de l'enfance ;

3° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Sanguin, de Saint-Chamas ; Raimbaud, d'Aix (Bouches-du-Rhône), et Bourée, de Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or) ;

4° *Des médailles de bronze à* : MM. les docteurs Birart, de Ponsoise ; Blockberger, de Darnetal (Seine-Inférieure) ; Dagand, d'Alby

(Haute-Savoie); Rozan, de Briançon (Hautes-Alpes); Coronat, de Gap (Hautes-Alpes).

Le programme des prix pour 1877 a été déjà publié. (Voir la *Gazette des hôpitaux* de 1876, n° 86, p. 687.)

Il nous semble seulement utile de rappeler que le délai pour les envois des mémoires de ce concours expire au 1er mai 1877.

LECTURE

De la mémoire. — M. BÉGLARD, au nom de M. JOLLY, fait la lecture suivante :

Mesdames, Messieurs,

J'ose aborder aujourd'hui devant vous l'une des plus hautes questions de philosophie et d'hygiène morale : c'est la mémoire. Cette merveilleuse faculté de l'esprit qu'une antique allégorie a élevée à la hauteur d'une divinité; c'est ce livre vivant, comme l'appelle si excellemment Fénelon, ce livre dont les caractères typographiques se placent tout naturellement et comme d'eux-mêmes pour la lecture de l'esprit; et, s'il nous est permis de le dire aussi, la mémoire, c'est un registre, un répertoire toujours ouvert aux impressions du moment pour les besoins de l'avenir dans le commerce de la vie.

C'est là, en effet, que nous nous adressons pour retrouver les personnes, les lieux, les objets, les faits, les idées, les figures, les images, tout ce qui a passé sous nos yeux, tout ce qui a pu traverser notre esprit pour aller se perdre dans l'oubli, à l'ombre du temps et dans l'attente de la tradition.

C'est là aussi que l'intelligence puise tous ses éléments d'activité pour l'exercice de la parole; que la curiosité aime à les chercher et l'imitation à les reproduire; et c'est là que l'imagination sait les prendre pour les façonner à l'usage du discours, de l'éloquence et de la poésie.

La mémoire! qui pourrait douter de l'immense place qu'elle sait prendre dans le vie de l'homme? Sans elle, en effet, tout serait interrompu dans le cours des destinées humaines : il n'y aurait plus de passé, plus de présent, plus d'avenir; il n'y aurait d'héritage d'aucune sorte, ni science, ni art, ni industrie; il n'y aurait plus d'aïeux, plus de famille, plus de société; le monde entier serait comme frappé de mort, en même temps que de mutisme : ce serait le néant.

Ne nous flattons pas pour nous seuls du privilége de la mémoire; tous les animaux sont doués de cette faculté, à des degrés variables, et dans une mesure que la Providence a su ajuster à leur nature, à leurs besoins, à leurs instincts de conservation: et, pour s'en convaincre, il suffit du simple témoignage de l'observation; il suffit de voir que tous gardent fidèlement le souvenir des périls qu'ils ont encourus, des lieux de refuge où ils ont trouvé leur salut, comme celui des personnes qui les ont poursuivis ou protégés. Le renard qui a été pris dans un piége, le lièvre qui a pu échapper au plomb du chasseur, ne l'oublient pas, et nous ne pourrions douter de la mémoire de nos animaux domestiques, en les voyant craintifs ou confiants, indifférents ou affectueux, suivant les souvenirs qu'ils gardent de nos traitements. La seule présence des objets qui les leur rappellent suffit pour témoigner de leur mémoire.

Non-seulement les animaux ont de la mémoire, mais ils ont, si je puis le dire, la logique instinctive de leur mémoire; ils ont, pour nous la faire comprendre, leur mimique d'expression; ils ont, pour nous la rendre évidente, des combinaisons de prudence qui dépassent bien souvent toute intelligence humaine, et je n'ai aucun scrupule à dire qu'ils ont du jugement et de la réflexion, souvent même d'ingénieux expédients pour se soustraire aux poursuites de leurs ennemis; qu'ils ont aussi des calculs, des prévoyances dignes d'exemple quand il s'agit d'assurer la nourriture de leur progéniture, celle du lendemain comme celle du jour. Et pourquoi tant s'en étonner? La Providence, qui les a dotés de si merveilleux instincts de conservation, ne pouvait leur refuser les moyens de les accomplir. Et pourquoi ne dirions-nous pas encore que quelques-uns ont, comme témoignage édifiant de leur mémoire, de la reconnaissance et du dévouement.

Rien de tout cela n'atteste pourtant en eux des vues d'abstraction, des facultés de raisonnement et d'appréciation devant les plus simples questions d'ordre moral et social; rien ne prouve en cela qu'ils aient la conscience de leur condition, ni même le sentiment de leur existence.

Le chien de chasse, que l'on donne si souvent comme exemple et comme preuve d'intelligence animale, le chien de chasse, à vrai dire, ne fait qu'obéir à ses instincts carnassiers lorsqu'il les prête si volontiers à son maître, lorsqu'il comprend si bien qu'il accomplit si docilement sa mission. Mais personne ne croira pour cela que le chien de chasse, quelle que soit la part qu'il prenne au succès de la chasse, puisse s'associer d'intention et de calcul aux vues du chasseur, car il ne comprend pas et il ne comprendra jamais les raisons d'intérêt agricole, économique et social qui justifient l'institution de la chasse, non plus que les lois et les règlements administratifs qui les consacrent.

Il en est de même du chien de berger, autre type d'intelligence cynégitique, qui, tout en accomplissant aussi merveilleusement sa laborieuse tâche, n'en comprend pas les motifs ni le véritable sens, car il ne sait nullement et il ne saura jamais non plus pourquoi il protége les emblaves et les moissons contre l'avidité du troupeau; il ne sait pas, il ne saura jamais que le grain confié à sa garde, et qu'il défend si fidèlement, sera plus tard le pain qui doit le nourrir. C'est encore l'instinct d'obéissance, l'instinct d'aveugle mémoire qui le guide.

Vous n'en demanderez pas davantage aux animaux mêmes qui vivent dans notre intimité, jusque dans le foyer de famille. Vous auriez beau leur offrir toutes les sources d'études et les entourer d'exemples édifiants, vous ne leur ferez pas faire un pas dans la vie morale et sociale; vous auriez beau leur donner les plus habiles maîtres pour une science quelconque, vous les trouverez toujours aussi indifférents devant un syllogisme, devant le carré de l'hypothénuse, devant une règle de syntaxe, même devant un simple syllabaire; et, quoi que vous fassiez aussi, vous ne leur donnerez pas la notion du libre arbitre, vous ne leur inspirerez pas l'idée d'une fin morale, la perspective d'une vie posthume, la contemplation de l'éternité.

Marphyse, la chienne bien-aimée de Mme de Sévigné, que l'on a opposée à la doctrine de l'automatisme animal pour sa mémoire exceptionnelle, Marphyse, élevée dans le cœur d'une société d'élite, avait donné à sa maîtresse toute son affection pour prix des tendres sollicitudes dont elle était l'objet. Elle avait du chagrin de ses absences et elle en calculait la durée avec une impatience visible, avec des yeux souvent mouillés de larmes et toujours fixés sur la voie de retour du carosse qui devait lui rendre sa chère maîtresse. Elle était indifférente aux caresses d'autres personnes, et c'est à peine si elle acceptait sa nourriture d'autres mains que de celles de sa maîtresse.

Il y avait bien là de quoi protester contre l'automatisme animal et de quoi inspirer à Mme de Sévigné cette vive exclamation qu'elle fit éclater un jour devant sa fille, l'ayant trouvée quelque peu disposée à défendre le Cartésianisme : « Quoi, dit-elle, un animal qui pense, qui réfléchit, qui aime, qui recherche les caresses, qui est capable de chagrin, de tristesse, de jalousie, en faire une machine! En vérité, M. Descartes n'a pu prétendre nous le faire croire. Demandez donc à monseigneur de Retz ce qu'il en pense! »

Nous ignorons ce qu'a pu en dire l'illustre cardinal, mais pour dire ce que nous en pensons nous-mêmes : non, Marphyse n'était point une machine; non, les animaux ne sont point de purs automates. Mais Marphyse, avec toute son intelligence et toute sa tendresse de cœur, Marphyse, quoique élevée dans un monde où elle trouvait tous les éléments d'une instruction variée, jointe à une éducation où elle respirait le parfum d'une courtoise urbanité, Marphyse ne peut profiter d'aucun de ces avantages pour s'élever au-dessus de sa condition animale. Non-seulement elle ne sait ni parler, ni lire, ni écrire, mais elle ne comprend rien aux entretiens dont elle est l'objet; elle demeure étrangère à toutes les formes d'hommages, de politesse, d'étiquette qui se passent autour d'elle, et je n'ajoute pas qu'elle témoigne la même indifférence pour les pratiques religieuses dont elle est le témoin. Tous les insignes de culte et de foi, aussi bien que l'exemple de la prière, passent également inaperçus devant elle, et, pour tout dire, Marphyse reste à la fois insociable, impolie même; elle reste impie sans le vouloir, athée sans le savoir, fatale-

ment condamnée à demeurer dans sa condition primitive, quoi que puissent espérer certains néophytes pour la destinée future des générations animales, et c'est encore d'une mémoire instinctive, aussi civilisée que le permet leur nature, que dérivent, chez nos animaux domestiques, tous ces actes de prétendue intelligence humaine que nous admirons, tous ces témoignages de sympathies affectueuses qui peuvent nous étonner, nous émouvoir et nous attendrir.

Considérée dans l'homme avec tous ses attributs humains, la mémoire y prend un tout autre caractère et une bien autre signification; elle y devient une faculté multiple, une faculté qui relève à la fois du sentiment, du mouvement et de l'entendement, et de là autant de formes spéciales de mémoire que l'on ne saurait confondre.

Et d'abord, chaque sens a sa mémoire qui nous permet de revoir par la pensée les personnes ou les objets qui ont passé sous nos yeux, d'entendre les sons, de sentir les odeurs, de goûter les saveurs, de garder le souvenir des impressions tactiles que nous avons perçues en d'autres temps.

Mais tous les sens ne se prêtent pas également à l'exercice de la mémoire; le souvenir des plus magnifiques spectacles disparaît facilement à nos yeux, et nous cherchons quelquefois vainement à nous rappeler les lieux, les personnes, les objets qui avaient su le mieux nous attirer.

Nous entendions hier une délicieuse musique, qui captivait notre oreille, et elle ne nous laisse aujourd'hui qu'un vague et fugitif souvenir.

Telle odeur qui nous délectait de son plus doux parfum, il n'y a qu'un instant, a disparu en même temps que son impression, et nous avons besoin de la renouveler autant de fois pour nous la rappeler.

Il n'en est pas de même des autres sens, dont la mémoire est plus ou moins durable. Le goût surtout a le privilége de garder le souvenir des saveurs qu'il a perçues; il n'oublie ni ses appétences ni ses aversions pour fixer le choix de ses aliments et pour régler ses habitudes de régime.

Le tact conserve plus fidèlement aussi le souvenir de ses impressions, et il n'attend pas le retour des saisons, ni les transitions de température pour se prémunir contre leurs atteintes.

C'est la mémoire du toucher qui sait nous initier aux premiers services des mains, des doigts, dans l'enseignement de l'écriture, dans l'étude des instruments à cordes et du piano, dans tous les arts manuels d'agrément, et c'est elle qui nous guide avant de les remettre aux effets de l'habitude.

Tous les mouvements des membres peuvent s'accomplir, chez les animaux, sans le secours d'aucune éducation, sans l'intervention de la mémoire et par pur instinct; mais ils ont besoin dans l'homme des secours de l'éducation et de la mémoire, quand il s'agit surtout de les appliquer à un art quelconque, à des exercices de danse, d'escrime ou de callisthénie.

Il y a, à côté de la mémoire des sens et des mouvements, une mémoire plus élevée, qui est l'attribut plus exclusif de la condition humaine, et qui a pour objet les idées, toutes les conceptions spontanées, toutes les affections morales, aussi bien que les sensations perçues; c'est la mémoire *abstraite*, cette mémoire qui implique elle-même deux ordres d'éléments bien distincts : des éléments *effectifs* et des éléments *affectifs*, que l'on a pu représenter sous les deux expressions figurées de *mémoire de l'esprit* et de *mémoire du cœur*.

La mémoire *effective* est celle qui, dès le début de l'évolution mentale, intervient pour les premiers besoins de l'éducation, comme pour les premiers frais de la vie sociale; celle qui sera appelée à rechercher les faits et les idées que le temps sait emporter dans sa course pour les remettre au service de l'intelligence dans les œuvres de la science, de la littérature, des arts et de l'industrie. Elle est la lumière indispensable de l'historien dans la recherche des faits qu'il se propose de relier et de contenir dans l'ordre chronologique qui leur appartient. Elle est également le guide nécessaire du praticien aussi bien que celui du savant et de l'historien; aucune sorte d'étude, aucune profession libérale ou industrielle ne saurait s'affranchir de son tribut; et je n'aurais pas grand'peine à faire comprendre que la mémoire effective est aussi le premier auxiliaire, la première condition de succès et peut-être de fortune, de la carrière du médecin : aucune faculté ne saurait mieux que la mémoire lui en frayer la route, lui en aplanir les difficultés, et plus que personne il en aura besoin pour arriver fructueusement au terme de ses études classiques. Il en aura besoin surtout s'il doit s'engager dans la carrière des concours, dans cette voie d'écueils où le succès peut-être le prix de la mémoire, où les candidats les plus mémoratifs peuvent être les plus heureux, sans être toujours les plus capables.

Il en aura besoin aussi dans sa pratique, au lit même des malades, pour s'éclairer de la lumière des commémoratifs, dans la détermination du diagnostic, du pronostic et du traitement de la maladie, dans le choix des médications, dans leur mode d'application, dans les variétés de forme et de doses que comportent les cas individuels.

Il en aura besoin même pour affermir la confiance de ses malades, qui sauront toujours lui en faire un mérite; qu'il se défie donc de ses oublis, car il n'y a rien que certains malades prisent autant que la mémoire de leur médecin, rien qu'ils souffrent avec moins d'indulgence que ses distractions d'esprit ou ses défaillances de mémoire.

La mémoire effective est, comme on le sait, le privilége spécial de la jeunesse; elle n'est jamais aussi facile, jamais aussi fraîche que dans l'adolescence; c'est alors qu'elle sait mieux saisir tous les éléments d'un fait ou d'un événement, avec ses dates, ses noms, tous ses détails accessoires; c'est alors que l'on a pu voir de jeunes écoliers répéter littéralement et sans faute toute une leçon, après l'avoir lue attentivement une seule fois, comme s'ils avaient eu le secret, tout en la lisant, de la transcrire dans leur esprit, pour l'y trouver tout entière.

C'est encore avant l'âge adulte que l'on a pu voir de ces prodiges de mémoire dont parle l'histoire, tels que celui du jeune Thémistocle, qui savait le nom de tous les habitants d'Athènes avant d'arriver au pouvoir; celui de Cyrus, qui avait su retenir les noms des 30,000 soldats qu'il commandait à la bataille de Thymbrée ; celui de Mithridate, qui possédait vingt-deux langues; celui de Joseph Scaliger, qui, en vingt et un jours, avait appris tout Homère ; celui encore si connu de Pic de la Mirandole qui, dès l'âge de dix ans, se plaçait au premier rang des poëtes contemporains et répétait par cœur tout un long poëme, après une seule lecture ; et pour finir, tout près de nous, celui que nul n'ignore, de Blaise Pascal, qui, dès l'âge de douze ans, joignant le génie même à une mémoire précoce, avait su trouver les douze premières propositions d'Euclide.

On a pu en citer bien d'autres exemples en d'autres temps, mais la mémoire semble aussi avoir compté avec les temps et les mœurs; on ne trouve plus aujourd'hui de ces fils de Simonide pour nous donner de si beaux exemples de mémoire. Et qui pourrait nier que tous les genres d'ivresse, qui ont su pénétrer dans nos mœurs actuelles, soient restés sans influence sur cette faculté ? Qui oserait dire devant ces effets si patents, si flagrants, si tristes des abus du tabac et de tous les spiritueux, que cette multiple ivresse devenue une intoxication publique, j'allais dire une folie nationale, n'ait pas su porter de funestes atteintes à la mémoire, comme à toutes les autres facultés de l'esprit.

Arrivée au delà de l'âge adulte, la mémoire effective ne tarde pas à décroître; elle avait commencé la première comme premier signal de la vie mentale, elle finira aussi la première comme premier indice de ses défaillances ; mais elle ne finira que graduellement, sans transition sensible; elle ne s'interrompt même pas comme souvenir des personnes, des faits, des événements, mais principalement pour celui des noms, des dates, des âges, des chiffres, de tous les détails accessoires, qui lui échappent de plus en plus pour l'amener insensiblement à cette mémoire devenue incomplète que l'on a appelée *réminiscence*.

Quelles que soient ses défaillances comme effet naturel des progrès de l'âge, la réminiscence ou la mémoire sénile trouve du moins en elle-même des compensations qu'on ne saurait lui refuser ; elle n'est ni moins éclairée, ni moins judicieuse, ni moins apte à élucider les questions de science, à donner la solution d'un problème quelconque. La mémoire juvénile avait su se contenter d'ébaucher le sujet, d'en effleurer la surface ; la mémoire sénile s'y arrête plus longuement, plus froidement, pour en sonder les profondeurs, pour

en faire sortir la lumière. Si la mémoire juvénile a su mieux préparer, mieux cultiver le terrain, si elle a su l'ensemencer à propos, la mémoire sénile saura mieux s'assurer la récolte et prendre la meilleure part de moisson.

Moins brillante et plus fugitive que la mémoire juvénile, la réminiscence n'a ni le privilége de l'improvisation, ni l'avantage de la répartie dans les luttes parlementaires et les argumentations d'école; mais souvent aussi elle sait mieux que la mémoire juvénile s'assurer le triomphe des débats ; et si enfin la mémoire juvénile sait faire des érudits, des orateurs, la mémoire sénile saura toujours lui disputer ses savants, ses hommes d'État, ses hommes de génie.

La mémoire *affective*, que l'on a appelée également la MÉMOIRE DU CŒUR, est encore l'attribut exclusif de la condition humaine. C'est elle qui nous permet de compter les bons et les mauvais jours de la vie, d'en retrouver les joies et les amertumes, de faire revivre par la pensée les personnes qui nous étaient chères, de nous transporter au delà de ce monde, jusque dans les régions célestes, pour jouir de leur présence, pour leur consacrer un culte d'hommages et de respects, pour respirer le parfum de leur âme avec celui des fleurs que nous déposons sur leur tombe.

Toutes les douleurs du cœur, toutes les tristesses de l'âme, toutes les tribulations sociales et domestiques appartiennent à la mémoire affective, et c'est dans cette vallée d'épreuves et de larmes qu'elle se complaît souvent pour en distiller toutes les amertumes, pour les accroître, pour en voir naître toutes ces formes de maladies mentales qui figurent dans nos cadres de pathologie nerveuse, en même temps qu'elles peuplent les asiles de nos misères morales.

On se demande comment l'on a pu prétendre assigner un siége fixe, un organe unique à une faculté si multiple et si complexe; comment l'on a pu matérialiser une faculté si mobile, si fugitive, si incoërcible, une faculté qui sait s'affranchir de toute contrainte et de toute dépendance, une faculté qui nous fuit, comme à plaisir, quand nous l'appelons, qui nous revient, comme par ironie, pour nous obséder de ses importunités, quand nous avons su nous passer d'elle.

Et l'on se demande, après tant de recherches et tant de résultats contradictoires pour localiser la mémoire, si tant est qu'il faille à cette faculté un organe spécial pour son exercice, on se demande comment l'on n'a su lui trouver, pour le langage articulé, qu'un point circonscrit, et du *côté gauche* seulement, dans un organe aussi parfaitement symétrique que le cerveau.

Quelle que soit l'autorité des savants auxquels on doit un tel résultat d'études, ce n'est pas là que nous pourrions trouver des lumières capables d'éclairer la question des anomalies de la mémoire, et nous ne saurions en demander ici qu'à l'hygiène morale.

Et d'abord, si la thérapeutique a pu se prévaloir de succès dus à l'usage de l'alcool dans le traitement même de certaines maladies aiguës, elle n'a pu faire que la dysmnésie, dans tous ses degrés, ne soit pas un des plus tristes effets de tous les genres d'ivresse ; elle n'a pu faire que le tabac et l'absinthe ne soient au triple point de vue hygiénique, moral et social, les deux grands fléaux de notre société moderne, et personne du moins ne saurait nier que la sobriété ne soit le premier remède à opposer à un grand nombre de cas de dysmnésie.

Mais l'intempérance n'est pas la seule cause des nomreux btroubles de la mémoire. Rien de plus fragile que cette faculté, rien de plus fréquent que ses anomalies, même à tous les âges de la vie. La dysmnésie n'est pas une maladie proprement dite, ou du moins elle n'implique pas nécessairement de lésion anatomique d'aucune sorte, et bien souvent même elle n'est qu'un effet de caractère individuel, un résultat de préoccupations du moment, de distraction d'esprit ; ce qui fait qu'elle ne saurait être considérée comme absolument réfractaire à l'intervention de l'hygiène morale; mais l'on sait déjà toutes les difficultés qu'elle saura lui opposer.

La mémoire, dans tout état de cause, n'est point, comme nous avons pu le voir, une faculté que l'on puisse manier facilement et gouverner à volonté. Aucune faculté ne se prête plus difficilement aux services qu'on lui demande. Si vous voulez espérer d'elle un bienveillant accueil, ne l'interrompez jamais dans ses moments de préoccupation. Elle veut être libre d'elle-même et libre de tous soins étrangers pour vous écouter et vous répondre.

Ne surchargez pas la mémoire au delà de certaines limites, à l'exemple d'une pédagogie peu éclairée qui n'a su encore comprendre qu'il y a pour la mémoire, comme pour toute autre faculté, une mesure de capacité que l'on ne peut dépasser, sans perdre tout le bénéfice de ses faveurs.

Comme autre règle tout aussi facile à comprendre, ne confiez rien à la mémoire, aucun fait, aucune idée, aucun mot, sans prendre acte de son adhésion. La mémoire ne se contente pas d'un acte purement automatique, elle veut une participation active de l'esprit pour se prêter aux services qu'on exige d'elle.

Et toutefois, n'insistez pas pour rien obtenir d'elle, même un seul mot, contre son refus du moment, car vous ne feriez alors que la rendre plus impitoyable.

Et c'est ainsi que pour prix de ses faveurs, la mémoire sait nous faire sentir si rudement ses rigueurs, toutes ses exigences de caractère, toutes ses infidélité, toute sa cruauté. Ce qui fait, comme l'a dit si justement la Bruyère, que « l'homme sera toujours mécontent de sa mémoire, mais jamais mécontent de son jugement. »

A cinq heures un quart, la séance est levée.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 11 janvier 1877, il a été déclaré 939 décès, soit 24.6 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 8. — Rougeole, 14. — Fièvre typhoïde, 29. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 57. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Angine couenneuse, 15. — Croup, 26. — — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 251. — Affections chroniques, 410, dont 161 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 26.

— LONDRES (3,583,484 hab.) — Décès du 31 décembre 1876 au 6 janvier 1877, 1,507, soit 22.2 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 116. — Scarlatine, 25.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 24 au 30 décembre 1876, 356, soit 26.8 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole 21.

— BUDA-PESTH (300,000 hab.). — Décès du 24 au 30 décembre 1876, 233 décès, soit 40.4 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

— ROME (262,428 hab.). — Décès du 11 au 17 décembre 1876, 152, soit 30.1 décès pour 1,000 hab. et par année.

— BRUXELLES. (188,609 hab.) — Décès du 24 au 30 décembre 1876, 83 décès, soit 22.9 décès pour 1,000 hab. et par année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Liste des prix à décerner par la Faculté à la fin de chaque année classique.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté, inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché ; 2° la réponse à la question proposée.

Les mémoires doivent être déposés sans la désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Le jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de

soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Le sujet à traiter pour 1877 est : *des cirrhoses du foie.*

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon, qui consiste dans une médaille de vermeil et une somme de 300 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour la faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions du testament de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tous ceux qui ont été employés et imaginés précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Châteauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et d'une valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français.

(Les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours.)

Ils sont remis au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, tous les deux ans, au meilleur ouvrage sur la phthisie et sur la fièvre typhoïde, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité.

Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Le prix Lacaze sera décerné en 1878 au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde.*

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re classe : médaille d'argent. — 2e classe : médaille de bronze. — 3e classe : mention honorable.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 décembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront au secrétariat de la Faculté les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces seront reçues jusqu'au 1er juillet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 janvier 1877, M. Coignard (Augustin), médecin à Valparaiso, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. Coignard a fondé l'hôpital français à Valparaiso en 1861 ; soins donnés gratuitement aux marins de l'expédition navale française de l'océan Pacifique.

— Dans sa séance du 12 janvier 1877, la chambre des députés a décidé qu'elle passerait à une deuxième délibération sur le projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1876, n° 143.)

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Richet, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Le Dentu, agrégé.

MM. Des Cilleuls, Grévin et Imauville, sont nommés commis au secrétariat.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Engel, docteur en médecine, est nommé professeur de chimie médicale.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Sicard, docteur ès sciences, est chargé de suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, M. Jobert, professeur de zoologie et physiologie.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Dalloux, garçon de laboratoire, est délégué dans les fonctions de préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Dassy, démissionaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Vincent est nommé prosecteur d'anatomie.

M. Hanouun est nommé préparateur de chimie et d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Duranty (Nicolas), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine et de pharmacie, pour une période de dix années.

M. Bousquet, chef de clinique chirurgicale, est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Dugout-Bailly, appelé à d'autres fonctions.

M. Dugout-Bailly, chef de clinique obstétricale, est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bousquet, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La métallothérapie à la Salpêtrière.

La question de la métallothérapie, ou plutôt de l'influence qu'exerce l'application de certains métaux sur les parties anesthésiées, pour ne rien préjuger sur les applications pratiques encore à l'étude, vient de faire un nouveau pas dans la voie de la démonstration expérimentale. Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les faits que nous avons exposés dans le temps, à plusieurs reprises, notamment ceux qui ont été constatés en 1869, dans les services de MM. Hérard et Verneuil, à l'hôpital de Lariboisière. Après une assez longue interruption, due à des circonstances particulières et personnelles à son auteur, la métallothérapie a fait tout dernièrement sa rentrée à la Salpêtrière. M. Charcot, ayant autorisé M. Burq à faire de nouvelles expériences sur les malades hystériques de son service, a pu se convaincre lui-même de la réalité du fait dont M. Burq poursuit depuis si longtemps et avec une si grande persévérance la démonstration. Dans la dernière conférence qui a eu lieu à la Salpêtrière, dimanche 31 décembre, M. Burq a été admis à faire, devant l'auditoire, un rapide exposé historique de la question et des faits constatés sur les malades du service.

Nous comptions reproduire ici une rapide analyse des expériences qui ont fait le sujet de cette communication, mais ces faits ayant été sommairement racontés depuis par M. Charcot à la Société de biologie et reproduits dans notre compte rendu de la séance du 13 janvier (n° du 16), nous avons cru devoir nous en dispenser.

Nous saisissons toutefois cette occasion pour dire que cette question a été soumise à l'étude d'une commission choisie parmi les membres de la Société de biologie, et qu'il y a tout lieu d'espérer qu'il sortira de ce contrôle quelque éclaircissement utile sur cette question encore si obscure, et que s'il ne nous en donne pas encore le dernier mot, au moins confirmera-t-il le point de fait qu'il s'agit de bien établir d'abord. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des études que pourra faire à cet égard la commission.

Cancer de l'œsophage et du cardia, ultérieurement généralisé.

Le cancer du cardia est de beaucoup moins fréquent et moins bien connu dans sa symptomatologie que le cancer du pylore ou celui de la petite courbure de l'estomac. Voici, d'après un relevé portant sur une centaine de cas de cancer de l'estomac, quelle a été sa répartition dans les différentes régions de cet organe : au pylore cinquante-neuf fois, sur la petite courbure dix-sept, au cardia huit ; les deux faces, la grande courbure et divers autres points de l'organe se partagent inégalement les autres chiffres. Sans prétendre voir là une loi, il y a du moins un fait dont il y a lieu de tenir compte, soit dans l'analyse des cas très-complexes groupés sous l'étiquette générale de cancer de l'estomac, soit surtout dans l'étude du diagnostic et du pronostic. Cette rareté relative de la localisation du cancer dans le cardia devient plus grande encore si l'on considère que, dans la plupart des faits connus de cancer du cardia, cette localisation était comme une extension d'un cancer primitif de l'œsophage, auquel il était lié. Quoi qu'il en soit, nous avons pensé qu'à cause même de cette rareté et des symptômes particuliers qui ont permis de reconnaître le siége de l'affection pendant la vie, on lirait avec intérêt la relation du fait suivant, qui s'est passé tout récemment dans le service de clinique médicale de la Charité, et sur lequel M. Hardy a appelé l'attention de son auditoire, dans l'une de ses leçons cliniques du mois de décembre. Il s'y rattache d'ailleurs, comme on va en juger, d'autres circonstances intéressantes.

Un homme âgé de cinquante-sept ans, exerçant la profession de frappeur, s'étant bien porté jusque-là, sobre, vit pour la première fois, il y a cinq ou six mois, ses forces diminuer, et commença à la même époque à éprouver quelques phénomènes morbides du côté de l'estomac : diminution de l'appétit, impossibilité de manger des substances solides ; ne pouvant avaler ni pain ni viande, les substances molles ou liquides seules passant. Il lui est arrivé plusieurs fois de rejeter les aliments presque immédiatement après leur ingestion, par une véritable régurgitation et non par vomissement. De plus, il accusait des douleurs assez vives à la région épigastrique, où il éprouvait constamment une sensation de gêne, comme un obstacle s'opposant à l'entrée des aliments solides dans l'estomac. Cet homme était pâle, amaigri et très-vieilli. Il paraissait avoir beaucoup plus que son âge. En le questionnant, on a appris de lui qu'il avait aussi quelques palpitations et de la dyspnée. A l'examen, on ne trouvait rien du côté de l'estomac, point de tumeur ni de gonflement. Le foie n'était pas plus gros qu'à l'état normal. Rien de particulier à la pal-

pation. Mais, du côté du cœur, on constatait des phénomènes très-accusés. Il n'y avait pas de matité au-delà des limites normales; l'impulsion n'était pas exagérée, elle était cependant un peu augmentée. A l'auscultation, on entendait à la base du cœur, vers la deuxième articulation chondro-sternale gauche, un bruit rude, râpeux, très-fort, au premier temps, se prolongeant dans la direction de l'aorte et jusque dans la carotide. Rien de particulier à la pointe. Rien, non plus, du côté des autres artères. Les battements artériels étaient assez réguliers. Dans ces derniers temps, indépendamment du bruit râpeux, on percevait un bruit de souffle doux au deuxième temps. Il existait donc un rétrécissement aortique et une insuffisance, accusés d'ailleurs, dans les derniers tracés sphygmographiques, par le petit crochet caractéristique. Il n'y avait point de signe de congestion pulmonaire.

Ce n'est pas de cette lésion cardiaque que cet homme est mort, mais de sa dyspepsie ou plutôt de sa dysphagie et des désordres de l'estomac dont l'autopsie a montré l'existence. En effet, les symptômes dyspepsiques que cet homme avait éprouvés avant son entrée à l'hôpital et qui l'avaient déterminé à venir y demander asile, étaient les signes de début d'un cancer de l'estomac. Cette répugnance spéciale pour les aliments solides, cette dysphagie qui se manifestait non par des vomissements, mais par des régurgitations, le siége particulier des douleurs qu'il éprouvait vers l'appendice xiphoïde, enfin l'amaigrissement rapide qui s'était produit dans ces derniers temps, avaient fait présumer à M. Hardy l'existence d'un cancer qui devait siéger, suivant toutes les apparences, au cardia, et probablement aussi dans l'œsophage.

Il y avait environ trois semaines que cet homme était dans cet état, dépérissant à vue d'œil, lorsqu'un nouvel ordre de phénomènes vint éclater tout d'un coup. On fut très-surpris, un jour, de voir cet homme dans le décubitus dorsal, privé de sentiment. Il avait eu du délire dans la nuit. Il était actuellement dans un état de somnolence complète. La température avait été normale. Il est resté dans cet état d'alternative de délire et de somnolence jusqu'à sa mort. Le pouls et la température se sont maintenus à l'état normal jusqu'à la fin. La respiration par moments se suspendait pendant vingt, trente et même quarante secondes. Il avait de ces accès d'apnée liés ordinairement à la dégénérescence graisseuse du cœur. Enfin, vers la fin de sa vie, il a présenté ce phénomène assez curieux que l'on observe quelquefois dans les affections méningitiques et qui trompe quelquefois en donnant une fausse espérance : il est sorti de son état comateux, comme s'il se réveillait d'un sommeil naturel.

Voici ce que l'autopsie a révélé chez cet homme. On a trouvé une certaine quantité de sérosité rougeâtre dans les ventricules du cerveau et sur les méninges, ce qui expliquait la série des derniers phénomènes survenus. Mais les lésions les plus frappantes et qui justifiaient bien le premier diagnostic porté, étaient un rétrécissement de la dernière portion de l'œsophage et du cardia par une masse cancéreuse, rétrécissement tel qu'on éprouvait une extrême difficulté à introduire le bout du doigt dans l'œsophage. Les parois de l'estomac étaient elles-mêmes envahies par du tissu cancéreux. Le foie était également cancéreux. On a trouvé de la matière cancéreuse dans les lymphatiques du diaphragme et jusque sur la face viscérale du péricarde, sur la pointe du cœur et dans les reins. Il s'était fait, comme on le voit, une généralisation cancéreuse dont le point de départ avait dû être dans le cancer du cardia.

On trouve dans ces dernières lésions, et particulièrement dans celles de l'œsophage et du cardia, une explication toute naturelle des symptômes de dyspepsie et de dysphagie que ce malade a présentés dès le début de sa maladie et des douleurs qu'il accusait, particulièrement localisées au niveau de l'appendice xiphoïde.

Quant au cœur, on y a trouvé également la confirmation de ce que l'auscultation avait révélé, c'est-à-dire un état athéromateux des valvules sigmoïdes. L'aorte était également le siége d'une dégénérescence athéromateuse qui expliquait le prolongement du bruit râpeux. Le cœur lui-même avait subi un commencement de dégénérescence graisseuse; il était de couleur feuille morte.

Enfin on a trouvé une néphrite interstitielle. On pouvait se demander si ce n'avait pas été là l'origine d'un certain degré d'urémie qui aurait donné lieu aux symptômes cérébraux de la fin.

On pourra rapprocher avec intérêt, au point de vue surtout des symptômes et des signes diagnostiques, ce fait des cas de cancer œsophagien rapportés dans les *Conférences de clinique médicale faites en* 1861 *et* 1862 *à la Pitié, par Béhier* (1864).

Chute sur les pieds, suivie de paralysie incomplète de la motilité et de la sensibilité des membres. — Congestion médullaire probable.

Un homme âgé de quarante-quatre ans est entré dans le service de M. Trélat à la Charité, venant de faire une chute d'un deuxième étage sur le sol d'un jardin; il était tombé sur les pieds d'abord, puis en contre-coup sur les reins. Malgré la douleur qu'il éprouvait, il avait pu venir à l'hôpital à pied. A l'examen on ne constata ni fracture ni luxation; il n'y avait aucune déformation sur le trajet de la colonne vertébrale; seulement, en passant la main tout du long, on provoquait de la douleur vers la partie médiane. Le malade, disons-nous, était venu à pied, mais en marchant très-péniblement et traînant en quelque sorte les deux jambes également, sans claudication. Il ne pouvait pas se tenir debout, ni placer le pied d'aplomb sur le sol, sans fléchir. La sensibilité des membres inférieurs était altérée; il y avait, le premier jour, un certain degré d'anesthésie qui avait à peu près complétement cessé dès le lendemain; il en restait seulement un peu aux malléoles. Aucun muscle n'était paralysé, mais tous étaient atteints dans leur contractilité. Quand on lui faisait exécuter quelque mouvement que ce fût, tous les muscles entraient en convulsion et conservaient pendant quelque temps un tremblement. Le pincement provoquait des contractions épileptoïdes. Les membres inférieurs n'étaient pas seuls malades. Les mains étaient dans un état de demi-flexion et sujettes aussi à un petit tremblement. Il n'y avait ni incontinence d'urine ni incontinence des matières fécales.

Il était évident, d'après cela, ainsi que d'après les symptômes indiqués ci-dessus, que l'on n'avait affaire ici ni à une déchirure ni à une compression de la moelle par suite d'une fracture ou d'une luxation, dont il n'y avait d'ailleurs aucun signe. D'un autre côté, on constatait ici un phénomène particulier qui aurait mal concordé avec l'idée d'une lésion locale, circonscrite de la moelle, au niveau du point douloureux, c'était cette sorte d'extension de la lésion de la contractilité aux membres supérieurs. Il était donc beaucoup plus logique d'admettre qu'au lieu d'une lésion locale, il s'était fait là, par suite de la violence avec laquelle le siége et puis les reins avaient dû porter sur le sol, une contusion de la moelle à travers les parties molles, ou tout au moins une congestion, et par suite

une irritation spinale qui expliquerait cette paralysie incomplète. Tel a été, en effet, le diagnostic porté sur ce cas par M. Trélat. Il sera intéressant de suivre ce malade pour observer ce qui pourra survenir ultérieurement ; il est probable que, sous la seule influence du repos, les phénomènes constatés se dissiperont peu à peu.

Le diagnostic s'appuie ici d'ailleurs sur des faits analogues que fournissent les annales de la clinique. M. Leudet (de Rouen) a publié en 1860 un mémoire pour démontrer que la chute d'un lieu élevé a souvent pour effet la production d'une congestion de la moelle épinière, qui se traduit par des troubles de la motilité et de la sensibilité plus ou moins étendus, suivant que cette congestion est limitée et ne porte que sur un segment du cordon rachidien, ou qu'elle s'étend d'emblée à toute la longueur de l'axe nerveux. Il a rapporté depuis lors plusieurs faits à l'appui de cette proposition dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, publiée en 1874. On y trouve, entre autres, une observation de chute sur les pieds, d'un lieu élevé, suivie de congestion de la partie inférieure de la moelle avec paraplégie incomplète, rapidement guérie, et qui présente avec le cas de M. Trélat une telle ressemblance, que le résultat de l'un semble indiquer d'avance ce qu'il devra être chez l'autre.

Il s'agit d'un homme qui, en sautant d'une hauteur d'une douzaine de pieds environ, d'un quai sur un bateau, éprouva immédiatement une douleur vive dans la région sacro-lombaire ; il continua néanmoins à travailler. Le lendemain de l'accident il ressentait encore une douleur vive dans la région sacro-lombaire et un affaiblissement graduellement progressif des deux jambes, sans douleur ni fourmillement dans les jambes. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital. Une seule application de ventouses scarifiées fit disparaître la douleur qui était exactement limitée à la région lombaire supérieure. Les jambes reprirent, au bout de peu de jours, leur force normale, et, huit jours après, il quittait l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéri.

La localisation de la douleur avait fait hésiter un instant M. Leudet à placer le siége de l'affection dans la moelle, une distention des ligaments, une déchirure de quelques fibres des muscles des gouttières vertébrales ayant été, à la rigueur, capables de provoquer une douleur du même genre. Mais ni l'une ni l'autre de ces lésions n'eussent donné lieu à un affaiblissement du pouvoir moteur des membres inférieurs. Ce dernier symptôme ne laissait pas de doute à cet égard.

M. Leudet rapporte à la suite de cette observation plusieurs autres faits analogues, mais dans lesquels les désordres, beaucoup plus accusés, montrent le lien de transition entre ce premier fait où les signes de la contusion de la moelle sont tout à fait passagers et à leur minimum d'intensité, et ceux où ils traduisent, bien que sous l'influence de la même cause, des désordres beaucoup plus considérables.

Dans l'un de ces faits, il s'agit aussi d'une chute sur les pieds, suivie de troubles moteurs et sensitifs occupant presque toute la longueur du cordon rachidien : paralysie incomplète, mais très-concentrée néanmoins, des membres supérieurs et des membres inférieurs, sans trouble de la miction ni de la défécation. Dans ce cas, la guérison n'a eu lieu qu'après un séjour de trois mois à l'hôpital.

D'autres faits qu'il serait trop long d'analyser ici montrent, dans le cours même de la congestion de la moelle, les accidents diminuant dans un point et reparaissant ultérieurement dans un lieu éloigné du siége primitif de la douleur, sous l'influence d'un nouvel effort beaucoup plus léger que celui qui avait produit la congestion initiale.

Dans une autre catégorie, on voit un effort quelquefois assez léger provoquer des accidents paralytiques qui diffèrent un peu des accidents congestionnels à développement graduel, bien que semblant se rapporter à ce même groupe de paralysies par névrolyse.

Voici les conclusions que M. Leudet a tirées du rapprochement de ces divers groupes de faits dans lesquels rentre très-bien, comme on peut en juger, le fait de M. Trélat.

Les efforts et les chutes produisent des effets variables suivant la hauteur du segment de la moelle atteint de congestion.

La congestion médullaire est susceptible de déplacement.

Les individus atteints déjà de congestions de la moelle, de paralysie consécutive à des maladies des voies urinaires, etc. sont prédisposés plus que d'autres aux congestions de la moelle, sous l'influence d'efforts ou de chutes.

Même après plusieurs récidives, la congestion de la moelle peut disparaître, ou rétrocéder assez pour donner lieu à une guérison incomplète.

Le repos, l'absence de tout effort, sont indispensables pour guérir ces congestions. Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Je passe maintenant aux anévrysmes des branches de la carotide, dont le Muséum du collége renferme deux précieux exemples, l'un de la carotide externe, l'autre de l'interne (nos 1689, 1690); j'ai déjà cité les trois exemples d'anévrysme de la carotide interne d'A. Cooper, de Porter et de Syme. On peut voir encore d'autres spécimens dans nos musées.

Je ne discuterai pas longuement le diagnostic et le traitement des anévrysmes des branches de bifurcation de la carotide ou des branches de la carotide externe. Je ne sache pas qu'on ait encore indiqué un signe diagnostique de quelque valeur, à l'aide duquel on puisse indiquer avec certitude l'artère affectée. M. Porter, dans le travail que j'ai indiqué, insiste beaucoup sur le fait que les pulsations sont particulièrement perceptibles dans le pharynx, dans les cas d'anévrysme de la carotide interne; et il rattache naturellement ce fait à la grande proximité qu'il y a entre cette artère et les parois du pharynx. En conséquence, il en conclut que la pulsation pharyngienne est le signe diagnostique de l'anévrysme de la carotide interne. Mais l'examen de notre préparation d'anévrysme de la carotide externe (no 1690) montre que, dans ce cas également, l'anévrysme est en contact immédiat avec le pharynx; et même dans les specimens d'anévrysmes volumineux provenant de la carotide primitive et se développant par en haut (no 1686), la tumeur presse tellement contre le pharynx que ses pulsations doivent avoir été perceptibles par la bouche. Je conclus donc qu'il n'y a pas de moyen digne de confiance pour distinguer un anévrysme situé sur la carotide interne, l'externe ou l'une des branches de celle-ci, à moins que ce ne soit l'état du pouls dans la temporale, dont l'altération tendrait à faire conclure que l'anévrysme n'affecte pas la carotide interne ou la carotide interne seulement. Mais, à mon avis, il est impossible de distinguer entre un anévrysme situé sur la

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 janvier.

carotide externe et un anévrysme affectant l'une de ses nombreuses branches au-dessous de l'angle de la mâchoire. Je dois dire que l'anévrysme spontané d'aussi petites artères est fort rare.

Je ne pense pas que le diagnostic soit d'une grande importance pratique. L'anévrysme (du moins l'anévrysme spontané) affectant une branche primaire ou secondaire de la carotide primitive et situé au-dessous de la mâchoire, doit-être suivant moi, traité par des moyens appliqués à la carotide primitive par la compression, aussi longtemps qu'elle peut être tolérée et qu'elle semble empêcher l'accroissement du sac, et, si elle échoue, par la ligature. La grande proximité du courant de retour par la carotide externe dans le cas d'anévrysme de la carotide interne ne semble pas empêcher la guérison après l'opération d'Hunter; du moins, dans le cas de sir A. Cooper, bien qu'on pût percevoir les pulsations plus de deux mois après que l'artère eût été liée par deux fils entre lesquels on la coupa, tout marcha d'une manière satisfaisante. On rapporte encore plusieurs autres cas, dont je vous ai mentionné quelques-uns, dans lesquels la persistance des pulsations dans des anévrysmes de la carotide n'a pas empêché la guérison, et dans lesquels, par conséquent, il n'y a pas eu possibilité d'établir quelle était celle des deux branches affectées. Les mêmes raisons nous porteraient à croire que les nombreuses branches de la carotide externe et les larges anastomoses qu'elles présentent avec les branches de la sous-clavière et de l'autre carotide ne seraient point un obstacle au succès du traitement ainsi conduit. Sans aller aussi loin que Broca et dire qu'un certain degré de circulation à travers la tumeur tend à durcir le caillot et à favoriser la guérison, doctrine qui, je le crains, ne résistera pas à la critique, je crois que l'expérience chirurgicale montre que cette circulation n'est pas incompatible avec l'espoir d'obtenir la guérison.

Ainsi donc, dans les anévrysmes du cou, survenant spontanément et situés sur l'une des branches de la carotide primitive ou sur l'une des branches de la carotide externe à ce niveau (ce dont je n'ai encore trouvé aucun exemple satisfaisant), je répète que l'on doit faire de persévérants efforts pour guérir la maladie par la compression. Le danger de suppuration du sac n'est pas aussi menaçant que lorsque la ligature a été appliquée près du sac, et la ligature a souvent réussi. Cependant les dangers de l'opération sont si nombreux, que je voudrais épuiser toutes les ressources à ma disposition avant d'y recourir.

Si la compression échouait, je préférerais la ligature de la carotide primitive à celle de la carotide externe, même pour une affection qu'on présumerait siéger sur cette dernière ou sur l'une de ses branches. La carotide externe n'a jusqu'à présent, d'après ce que je crois, été liée que pour blessure, hémorrhagie, pour des tumeurs érectiles ou cirsoïdes, pour cancer de la langue ou de la mâchoire, ou comme préliminaire à d'autres opérations. (Voy. le mémoire de Guyon, *Mém. de la Soc. de chir.* vol VI.) Et je ne crois pas que, dans un anévrysme placé au-dessous de la mâchoire, le diagnostic entre l'anévrysme de la carotide interne et celui de la carotide externe ou de ses branches puisse être établi avec assez d'exactitude pour tenter l'opération, même si l'on avait assez de place pour cela. Le motif qui fait préférer la ligature de la carotide externe à celle de la carotide primitive est l'espoir d'éviter les troubles cérébraux. Il me semble qu'il n'y a aucune raison de préférer la ligature de la carotide externe à celle de la carotide primitive. L'artère est plus petite, il est vrai, mais l'opération est plus difficile et la ligature est plus près du sac.

Je n'ai pas confiance dans le succès de la même pratique employée dans les anévrysmes traumatiques d'une manière générale. L'espoir de la guérison par l'emploi des moyens appliqués sur l'artère à une distance considérable de la tumeur, compression ou ligature d'Hunter, me semble dépendre de l'existence d'un sac bien formé, ayant assez d'élasticité et de ressort pour se contracter vigoureusement sur son contenu, dès que la circulation est arrêtée.

Si le sac est défectueux (comme le prouvent les pulsations faibles et imparfaites), ou même s'il est mince et que la compression soigneusement faite n'amène aucun résultat, il vaudrait mieux agir à la manière de Syme.

Les anévrysmes des branches de la carotide externe sur la face ou le crâne (facial, temporal ou occipital) sont presque toujours traumatiques. Cette affection se voit rarement dans nos musées, à cause de son peu de gravité. La compression digitale, soit sur le sac lui-même, soit sur l'artère jointe au dessus, réussira presque toujours. Dans le cas contraire, on peut ouvrir le sac et lier les deux bouts, avec la certitude du succès.

Ma liste d'hôpital ne contient que deux cas, tous deux affectant la faciale et tous deux guéris, l'un par la ligature de la faciale au-dessous de la mâchoire, et l'autre par excision du sac.

Mais ces anévrysmes sont souvent traités avec succès sans admission à l'hôpital. Je me rappelle un anévrysme de la temporale chez l'un de nos étudiants, suite d'un coup de pierre; et l'on cite l'anévrysme de l'artère coronaire des lèvres sur la personne d'un chirurgien français éminent. Dans chacun de ces cas, le malade se guérit lui-même en faisant la compression avec ses propres doigts.

SUR LA CARIE DES OS (1)

Par M. Ch. Brame

Depuis l'année 1862, j'ai observé vingt-sept cas de carie des os, dont le siége était très-varié. Chez plusieurs sujets, la carie était accompagnée d'exostose; dans tous les cas, elle a déterminé des nécroses partielles, et presque toujours on a vu, à la suite du traitement ou pendant sa durée, sortir de l'ulcération, correspondant à la carie, des fragments d'os plus ou moins détériorés et de formes diverses de 1 c. 5 de longueur ou beaucoup plus petits; dans un cas de carie d'une partie de la rotule, on a pu retirer quarante séquestres.

Dans presque tous les cas, la chute et la sortie des séquestres était suivie de la guérison, qui était la règle; on n'a échoué que lorsque la carie était compliquée d'autres affections ou lorsqu'elle avait attaqué les osselets de l'ouïe, ou bien encore lorsqu'elle avait envahi le maxillaire inférieur.

Au moyen d'un stylet très-fin, je m'assurais de l'état de l'os chaque fois que le sujet se présentait au traitement; dans quelques cas on a été obligé d'agrandir la plaie au moyen d'incisions.

Parfois le gonflement des tissus mûrs était considérable; mais, en général, il y avait peu de gonflements; l'ulcération, plus ou moins étendue, donnait passage à un pus ichoreux, fétide, comme d'habitude.

Je n'ai observé de trajet fistuleux que dans deux cas où la carie était fixée au maxillaire inférieur; chez aucun sujet, la carie n'a déterminé d'abcès par congestion.

Chez tous les sujets, la carie était le résultat d'une ostéïte dégénérée. Le ramollissement partiel du tissu osseux, les fongosités d'un rouge grisâtre, mollasses, saignantes; l'ichor gris sale, l'odeur fétide, les séquestres qui se détachaient, les vives douleurs qui accom-

(1) Communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 11 décembre 1876.

pagnaient l'affection dans certains cas, ne laissaient pas place au doute à ce sujet ; seulement l'ostéite était plus ou moins active, et les douleurs qui en étaient la conséquence étaient d'autant plus développées que l'inflammation était plus prononcée.

Traitement. — 1° Le traitement général a consisté dans l'emploi de l'huile de foie de morue, du vin de gentiane, du vin de Malaga iodé, des pilules d'iodure ferreux, des pastilles de phosphate ferreux, de la viande crue émulsionnée, de la bière.

2° Traitement local. Variable suivant l'état de la carie. Le traitement local a eu cependant presque constamment pour base les injections de tannin seul ou iodé ; dissous dans l'alcool à 96°6, en solution concentrée, ou de sulfocyanure ferrique pareillement dissous dans l'alcool à 96°, en solution concentrée ; quelquefois on réunissait ces deux moyens, ou bien on employait concurremment le sulfocyanure ferrique dissous dans l'alcool et le nitrate argentique dissous dans l'eau.

D'autres fois, on a employé dans l'ulcération du sous-nitrate bismuthique, gélatineux, simple ou ioduré. Autour de l'ulcération, on a employé tantôt l'iodure plombique ou le précipité d'eau blanche, ou bien encore l'iodure argentique ; tantôt du cérat coaltarisé ou de la pommade coaltarisée qu'on appliquait sur la plaie avec des plumasseaux de charpie.

Lorsque des signes d'inflammation plus aiguë se manifestaient, on avait recours pour la combattre aux ventouses scarifiées.

Sous l'influence de ce traitement, on voyait tôt ou tard les séquestres se détacher, la douleur diminuer ou s'abolir ; le pus devenait de bonne nature ; les parties fongueuses disparaissaient ; la cicatrisation de l'os s'effectuait de manière qu'il devenait tout à fait solide. En un mot, la guérison s'obtenait après un temps plus ou moins long ; mais toujours on a pu constater l'amélioration successive qui était la conséquence du traitement.

Je crois devoir faire remarquer que j'ai reconnu à l'iodure argentique des propriétés astringentes, hémostatiques et anesthésiques, et que le sulfocyanure ferrique, dont il est plus facile d'obtenir la neutralité que pour le chlorure, est très-soluble dans l'alcool, où il forme une solution épaisse lorsqu'il est concentré ; cette solution, en se desséchant sur la peau, prend une teinte mordorée. La solution alcoolique de sulfocyanure ferrique remplace avantageusement le chlorure ferrique, même dissous dans l'alcool comme astringent, comme hémostatique, et dans beaucoup d'autres cas où ce dernier rend de réels services.

De plus, à l'extérieur, additionné d'une solution alcoolique de tannin, le sulfocyanure ferrique, mieux que le chlorure ferrique, donne du tannate d'un noir pur, brillant, extrêmement astringent, se desséchant très-vite sur la peau ; il peut être employé dans bien des cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 17 janvier 1877. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions. Il adresse, en son nom et au nom de ses collègues, des remerciements à M. Guyon, secrétaire général depuis cinq années, que le règlement n'a pas permis d'élire de nouveau. La Société a été assez heureuse cette année pour n'avoir à enregistrer le décès d'aucun de ses membres titulaires ou honoraires ; M. le Président espère que ce fait peu ordinaire ne sera pas une exception.

M. Paulet, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les nombreux et importants travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. Guyon, secrétaire général, prononce l'eloge de Giraldès.

PRIX

M. le secrétaire annuel proclame le nom des lauréats des divers prix de la Société pour l'année 1876.

Prix Duval. — M. Louis Couty (de l'entrée de l'air dans les veines).

Prix Laborie. — M. Coinçot (de Bordeaux), (de l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied).

Un encouragement de 500 francs est accordé à M. Larget, médecin aide-major. (Mémoire sur l'exencéphale, encéphalocèle congénitale).

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Prix de la Faculté pour l'année 1875-1876.

Prix Trémont. — Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — La Faculté a décerné le prix de la valeur de 2,000 francs à M. le docteur Paquelin, auteur d'un appareil dit *thermocautère.*

Prix Chatauvillard. — Dix mémoires ont été présentés à la Faculté. La Faculté a décerné le prix de 2,000 francs à M. le docteur Topinard, pour son manuel d'anthropologie.

Prix Corvisart. — Deux mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé que le prix de 400 francs serait partagé, par portions égales, entre MM. Hirtz (Lucien), né à Strasbourg, le 13 janvier 1853, externe à la Clinique médicale de la Pitié, et Butruille (Hippolyte), externe infirmier de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Prix Lacaze. — Cinq mémoires ont été adressés à la Faculté. Le prix (10,000 francs) a été décerné à M. le docteur Villemin, professeur à l'École militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur la phthisie : 1° Traité sur la tuberculose ; 2° de la virulence et de la spécificité de la tuberculose ; 3° de la propagation de la phthisie.

Prix Monthyon. — La Faculté a décerné le prix, médaille de 300 francs, à Manouvriez (Anatole-Hippolyte), né à Valenciennes (Nord) le 5 juin 1848, médecin adjoint des épidémies à Valenciennes (Nord).

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

La commission des thèses a eu à examiner les thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement satisfait* et *très-satisfait.*

59 ont été distinguées ; 9 ont été désignées pour une médaille d'argent, 15 pour une médaille de bronze, et 35 pour une mention honorable.

Médailles d'argent. — MM. Armaignac (Henri). — De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie.

Budin (René-Constantin). — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. — Recherches cliniques et expérimentales.

Hanot (Victor). — Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hyperthrophique avec ictère chronique).

Landouzy (Louis). — Contributions à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.

Magnin (Antoine). — Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les Dombes et le miasme paludéen.

Peyrot (Jean-Joseph). — Étude expérimentale et clinique sur la pleurotomie.

Raymond (Fulgence). — Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.

Reclus (Paul). — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.

Pierret (Antoine). — Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis.

Médailles de bronze. — MM. Augier (Adolphe). — Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale.

Bétous (Isidore). — Étude sur le tabes dorsal spasmodique.

Cartaz (Adolphe). — Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente.

Couty (Louis). — Étude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines (les gaz intra-vasculaires).

Drouin (Alphonse). — De la pupille, anatomie, physiologie, séméiologie.

Dubourg (Pierre). — Recherches physiologiques sur les intermittences du cœur.

Empereur (Constantin). — Essai sur la nutrition dans l'hystérie.

Féa (Charles). — Étude sur la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques.

Guillaumet (Paul). — Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrofule, etc.) et des plaies atoniques par le sulfure de carbone.

Ledouble (Anatole). — Du kleisis génital et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales.

Pichot (François). — Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus.

Pierron (Arthur). — Considérations sur le système artériel des bras et de l'avant-bras.

Pietkiewicz (Valérien). — De la périostite alvéolo-dentaire.

Stoicesco (G.-J.). — Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral.

Vincent (Eugène). — De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os.

Mentions honorables. — Andral (Léon). — Recherches cliniques, et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes.

Bellom (Pierre). — Considérations sur la pathologie du tænia et son traitement par la graine de courge.

Bellencontre (Paracelse-Élie-Désiré). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière.

Bonne (Henri). — Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies.

Courmont (Frédéric). — Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué.

Daremberg (Georges). — De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire.

Desbrosse (F.). — De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique.

Dutrait (Eugène). — Traitement de l'ostéo-arthrite du pied (carie du pied), par la cautérisation intra-articulaire.

Fiouppe (Jacques). — Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines (suites de couches)

Fouassier (Jean-Jacques). — De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine.

Foucart (Eugène). — De la mort subite ou rapide après la thoracentèse.

Fouque (Louis). — Une épidémie de fièvre dengue en mer.

Foulhouse (de la) (Paul). — Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants.

Gauderon (Eugène). — De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus par l'ombilic.

Gènevoix (François). — Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie.

Guilland (Jean). — Contribution à l'étude des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie.

Hayenmuller (Paul). — De la colécystite dans la fièvre typhoïde.

Hermann (Jules). — De la paralysie saturnine chez l'adulte.

Lucas-Championnière (Paul-Eugène). — De la bronchite pseudo-membraneuse chronique.

Marty (Joseph-Émile). — Des accidents gravido-cardiaques.

Moignot (Gabriel). — Essai de pneumographie pour servir à l'étude des maladies des enfants.

Moriez (Robert-Joseph). — De l'empoisonnement dans ses rapports avec les lésions traumatiques.

Muselier (Paul). — Étude sur la valeur séméiotique de l'ecthyma.

Petit (Charles-Henri). — Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes.

Planteau (Henri). — Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide.

Rémy (Albert). — De l'atrophie choroïdienne.

Roche (Pierre). — Contribution à l'étude du mouvement de désarticulation chez les vieillards.

Savy (Claude). — Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive.

Valdiviezo (Adolphe). — De l'extrophie de la vessie envisagée spécialement au point de vue du traitement chirurgical.

Viault (F.-G.). — Étude clinique sur la transfusion du sang et sur quelques injections intra-veineuses.

Violet (Louis). — Du Pain.

Voisin (Jules). — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques.

Torio (Albert). — Étude comparative des températures centrale et périphérique dans la pleurésie et la pneumonie.

Zumbicki (G.) — Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire.

Cazeneuve (Paul). — Recherches de chimie médicale sur l'hématine. (Étude médico-légale.)

RÉUNION DES MÉDECINS LÉGISLATEURS

La réunion a repris ses séances sous la présidence de M. Laussedat.

Dans la correspondance, M. Liouville mentionne tout particulièrement une circulaire adressée par l'Association de Seine-et-Oise à tous les médecins du département, en réponse à la lettre précédemment envoyée par la réunion à toutes les sociétés de médecine en France.

Cet appel a d'ailleurs provoqué l'envoi de nombreux documents, parmi lesquels des lettres signalant de nombreux cas d'inexécution flagrants de la loi relative à la protection de l'enfance dans plusieurs départements.

M. Th. Roussel insiste sur l'urgence de cette grave question, sur les lenteurs apportées dans sa mise en pratique, par l'absence d'un règlement d'administration publique; il rappelle quelles entraves singulières elle ne cesse de rencontrer.

La réunion décide qu'une commission composée des membres du bureau, MM. Laussedat, Testelin, Liouville, auxquels sont adjoints MM. Soye et Roussel, membres du comité supérieur, se rendra, à cet effet, auprès de M. le ministre de l'intérieur.

Le secrétaire : LIOUVILLE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

SEMESTRE D'ÉTÉ 1875-1876.

Nº 33. — Quelques mots sur le permanganate de potasse. (Thèse refusée.)

Nº 34. — De la congestion pulmonaire dans le rhumatisme articulaire subaigu, par Gustave Moreau, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Nº 35. — Contribution à l'étude de la thoracentèse, par Émile Touloumiac, ancien interne de l'Asile public de Dijon.

Nº 35 *bis*. — Influence de la digitale sur la température, le pouls, la tension artérielle et la respiration, par Alfred Lombard.

Nº 36. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale du bain froid, au point de vue antipyrétique, par Charles Hussenet, ex-interne des hôpitaux, aide de clinique de la Faculté de Nancy, lauréat de la Faculté.

Nº 37. — Recherches expérimentales sur l'acide salicylique comme antipyrétique, par Alfred Grellot.

Nº 38. — Étude critique des appareils à fracture du corps du fémur et d'une modification apportée à celui de Desault, par Charles Reech, ex-interne des hôpitaux de Nancy.

Nº 39. — Contribution à la thérapeutique chirurgicale du goître cystique, — nouveau procédé opératoire, — par Ch. du Terrail-Couvat.

Nº 40. — De l'ictère consécutif à la septicémie puerpérale, par Paul Munière.

Nº 41. — Étude sur la pneumatométrie et la pneumothérapie, par Albert Küss, ancien interne des hospices civils de Strasbourg.

N° 42. — De l'extraction de la cataracte par le procédé quasi-linéaire simple ou composé, par Victor Adrien Stœber, de Strasbourg, ancien externe des hospices civils de Strasbourg et des hôpitaux de Paris, aide de clinique de la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de la Faculté de médecine de Nancy. (Thèse couronnée, 1876.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un arrêté du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 6 janvier 1877, M. le docteur Perrin (Eugène-René), membre de la délégation cantonale du 3e arrondissement de Paris, est nommé officier d'Académie.

— *Corps de santé militaire.* — MM. les médecins inspecteurs en disponibilité Gueury et Brault sont nommés membres du conseil de santé, en remplacement de MM. Gerrier et Marmy, qui entrent en disponibilité.

M. Millot, médecin-major de 1re classe, est admis à la retraite (2.590 francs.) — M. Lesur, médecin-major de 2e classe est mis en non-activité pour infirmités temporaires.

MM. Hoingne et Renauld, médecins aides-majors de 1re classe, et M. Auguiot, médecin aide-major de 2e classe, sont déclarés démissionnaires. — M. Benoît, médecin-major de 2e classe, porté à tort comme démissionnaire, doit être rétabli sur la liste des membres du corps de santé militaire.

École de médecine de Dijon. — Concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. — En vertu d'une décision rectorale en date du 13 décembre 1876, un concours sera ouvert le 17 février 1877, à Dijon, pour l'emploi de chef des travaux pratiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie.

Un traitement de 900 francs est attaché à cet emploi.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École de médecine de Dijon avant le 10 février 1877, délai de rigueur, et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leurs diplômes, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins de leurs publications scientifiques. Ils devront justifier en même temps de leur qualité de Français et du grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques et naturelles.

Épreuves. — Les épreuves du concours seront de trois sortes : 1° une composition écrite sur un sujet de chimie et d'histoire naturelle; — 2° une leçon publique d'une demi-heure sur une question applicable aux mêmes matières, après une heure de préparation; — 3° une épreuve pratique portant sur un point d'analyse chimique et une préparation d'histoire naturelle.

Le règlement portant organisation des travaux pratiques est déposé au secrétariat de l'École.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Bleicher (Mari-Gustave), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle.

M. Descamps (Armand-Etienne), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur de pharmacie.

— *Hospice civil d'Elbeuf.* — Par suite de la retraite de M. le docteur Nicole et de son remplacement comme chirurgien en chef, par M. le docteur Mathorel, son ancien suppléant, le service chirurgical de l'hospice doit être complété.

En conséquence, la commission administrative invite MM. les médecins qui désireraient se présenter pour remplir les fonctions de chirurgien adjoint, à faire parvenir leurs titres, du 15 janvier au 1er mars prochain, au secrétariat de la commission, enclave de l'Hôtel de Ville, Elbeuf.

— *Lycée de Laval.* — M. le docteur Courcelle est nommé médecin adjoint au lycée de Laval (emploi vacant).

— *Faculté de médecine de Paris. — Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Jaccoud commencera son cours le mercredi 3 janvier à trois heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.— Il traitera des maladies infectieuses.

— *Hôpital du Midi. — Conférence clinique.* — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences le dimanche 28 janvier à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants. — Visite des malades à neuf heures.

— L'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, fondée en 1868, vient de renouveler ainsi qu'il suit son bureau pour 1877 :

Président : M. Louis Kœnigswarter, membre correspondant de l'Institut, Académie des science[illegible]les et politiques.— Vice-présidents : MM. L. Crivelli, ancie[illegible]teur d'Académie ; de Beaur[illegible] docteur en droit : A. Chaix [illegible]eur ; Desmarres fils, médecin. — Secrétaire général : M. Ge[illegible] de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des eaux.* — Secrétaires des séances : MM. Gindre Malherbe, homme de lettees ; Léon Fontaine, avocat. — Trésorier : M. Raveret. — Archiviste : M. Petibon.

L'association recevra jusqu'au 31 janvier courant, au siége social, rue Hautefeuille, 8, les documents, mémoires, rapports présentés pour son concours annuel.

— *Erratum.* — Nos lecteurs auront, nous n'en doutons pas, corrigé d'eux-mêmes le mot *toxiques* (extrait de quinquina, etc.), substitué au mot *toniques* par uue erreur typographique, page 50, dernier alinéa de l'article de M. Libermann.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées, apéritives, toniques, reconstituantes.

Chlorose, anémies, aménorrhée, dysménorrhée. Maladies de matrice. Gastralgie, dyspepsie. Diarrhée, inertie intestinale. Hystérie. Névroses, stérilité, albuminurie, etc.

DÉPOT principal, 43, boulevard Malesherbes, Paris. (La bouteille : 70 centimes.)

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Chlorose, Anémie. — Pilules

et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit [illegible] fois le **SIROP** antip[illegible] paru remplir p[illegible]rfaitement [illegible]

« *Signé :* [illegible]

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail, rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

Nota. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. Vigier, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Cataplasme Lelièvre

approuvé par l'Académie de médecine.

Adopté par le Ministère de la guerre pour les Ambulances et les Hôpitaux militaires, et par le Ministère de la marine pour le service de la Flotte.

Sous le nom de *Cataplasme Lelièvre*, j'ai innové une nouvelle substance qui supprime tous les inconvénients attachés à l'emploi de la farine de lin.

Au lieu des opérations multiples désagréables et dispendieuses nécessitées par la méthode ordinaire, il suffit de mouiller une de ces feuilles en la plongeant dans l'eau bouillante *pendant quelques minutes* et de l'appliquer ensuite sur la peau en la recouvrant d'une baudruche ou d'une toile cirée.

On supprime ainsi tous les inconvénients inséparables du cataplasme à la farine de lin qui souille le lit, fermente rapidement, exhale une odeur désagréable et presque toujours est préparé avec de la farine falsifiée et déjà rancie.

Dr Lelièvre

Pharm. de 1re cl. de la Faculté de Paris.

Dépôt à Paris : Avenue Victoria, 24, maison Rigollot et Ce, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Exiger le vrai nom.

Royat, Eaux minérales

NATURELLES, CHLORO-BICARBONATÉES, ALCALINES MIXTES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES ET LITHINÉES.

SOURCE SAINT-MART (Temp. 30°). 35 *milligr. de chlorure de lithium par litre.* L'action tonique et résolutive de cette Eau la rend efficace contre les dyspepsies, le diabète, les catarrhes de la vessie, la gravelle urique, les rhumatismes et gouttes articulaires et viscérales, les affections cutanées, les laryngites et bronchites chroniques, l'asthme humide et toutes les variétés du catarrhe pulmonaire dépendant d'un vice lymphatique ou arthritique.

SOURCE CÉSAR (T. 29°). Ses effets diurétiques et digestifs sont remarquables dans les gastralgies, les pesanteurs d'estomac, les maladies du foie et en général tous les troubles nerveux de l'appareil de la digestion. Elle peut se boire journellement aux repas avec le vin qu'elle ne décompose pas, et convienaux personnes dont la vie sédentaire rend les digestions pénibles, surtout quand ces personnes présent tent des antécédents rhumatismaux ou goutteux.

SOURCE SAINT-VICTOR (T. 20°). Cette Eau, plus gazeuse que les précédentes, est riche en carbonate de chaux, en chlorure de sodium, et surtout en fer : ce qui lui donne des propriétés toniques et reconstituantes spéciales, et la rend éminemment propre à relever les constitutions déprimées. Elle est souveraine contre la chloro-anémie ou pâles couleurs, la dysménorrhée, les leucorrhées, certaines formes de stérilité et contre les manifestations diverses du lymphatisme.

Expédition par caisses de 30 et 50 bouteilles.

Caisse de 30 bouteilles, 20 fr.; de 50 bouteill., 30 fr.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme) et chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minér.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs de reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris. Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique ; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte 2 fr. 50.

N° 9. — MARDI 23 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 23 JANVIER 1877. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

UNE CHAIRE NOUVELLE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I

Sur l'initiative parlementaire de M. le docteur Clémenceau, député de la Seine, les chambres viennent d'inscrire au budget de 1877 une somme de 13,000 francs, pour « une chaire de maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris ». Cette chaire n'est, à proprement parler, qu'une restitution, car elle a existé et a été occupée jadis par Royer-Collard, médecin en chef de la maison de Charenton. La suppression de cet enseignement spécial aurait été pendant quarante-cinq ans une véritable calamité, si le zèle scientifique d'Esquirol, de Ferrus, de Leuret, de Falret père et de Baillarger ne se fût efforcé de combler la lacune soudainement introduite dans les cours officiels. Depuis douze ou quatorze ans, des cours libres sur la médecine mentale ont été spontanément professés par MM. Marcé, Legrand du Saulle et Jules Falret, à l'École pratique, et par M. Aug. Voisin, à la Salpêtrière. Dans ces dernières années enfin, quelques essais de professorat clinique ont été tentés, le dimanche matin, pendant l'été, à l'asile Sainte-Anne ; mais M. Dagonet, médecin en chef du service des hommes, M. Prosper Lucas, médecin en chef du service des femmes, et MM. Magnan et Bouchereau, médecins répartiteurs au bureau de réception près cet établissement, qui avaient pris la parole à tour de rôle, se sont vus un beau jour réduits au silence par ordre de M. le préfet de la Seine.

La réouverture des cours libres et la restauration définitive de la chaire de médecine mentale à l'École constituent des actes de haute justice, de progrès et de vulgarisation scientifique, que nous ne saurions trop louer. La presse médicale, dans une question qui intéresse autant l'instruction des élèves de notre Faculté et des futurs médecins de la France, ne doit pas rester indifférente, et elle s'empressera, nous en sommes sûrs, de coopérer à l'œuvre de réédification qui préoccupe tant aujourd'hui le savant doyen, M. Vulpian, et ses éminents collaborateurs.

Et d'abord, est-ce à dire que l'enseignement officiel des maladies mentales n'eût point été fait à la Faculté de médecine de Paris, depuis Royer-Collard ? Pas tout à fait.

Pendant le décanat de M. Rayer, six cours complémentaires furent institués, et, parmi ceux-là, un cours sur l'aliénation mentale.

M. Lasègue, alors agrégé, fit, chaque mois, des leçons au grand amphithéâtre de l'Ecole. Nul n'a perdu le souvenir du succès absolument exceptionnel qu'obtint ce brillant orateur. Trois quarts d'heure ou une heure avant chaque leçon, il n'était plus possible de pénétrer dans le grand amphithéâtre, lequel contient cependant douze cents places.

M. Lasègue devint professeur de pathologie générale, en remplacement d'Andral, et ce fut à M. Maurice Raynaud que fut confié, sur le refus de Paul Lorain, le cours complémentaire sur les maladies mentales. M. Maurice Raynaud, doué d'aptitudes professorales très-remarquables, travailla beaucoup et fit réellement de bonnes leçons, mais le vide commença à se faire autour de sa demi-chaire d'occasion. M. Benjamin Ball le remplaça et ce confrère érudit, à la parole si facile et si imagée, sait mieux que personne qu'on ne saurait être improvisé par la Faculté professeur de médecine mentale.

Comme professeur de pathologie interne et surtout comme professeur d'histoire de la médecine, M. B. Ball attirera un jour la foule, mais comme aliéniste il paraît manquer d'autorité.

D'après le vœu formel des professeurs de l'École, le nouveau cours sur les maladies mentales devra être à la fois théorique et clinique. Le professeur prochainement désigné aura donc la double mission de parler au grand amphithéâtre, à la Faculté, et dans le service spécial d'aliénés qui sera mis à sa disposition, soit à la Salpêtrière, soit à Sainte-Anne. Les deux enseignements se compléteront l'un par l'autre, reposeront sur une parfaite unité de vues scientifiques et se prêteront une mutuelle démonstration. Ce que la théorie apprendra un jour, la pratique le justifiera le lendemain.

L'École n'aurait accompli que la moitié du programme imposé par les chambres, si elle se fût bornée seulement à la création d'un enseignement théorique ou d'une chaire de clinique. Ce que veut le parlement, c'est que les médecins sachent désormais la pathologie mentale et connaissent cliniquement les aliénés.

Ce double but sera atteint.

La Faculté, qui n'a pris d'engagements vis-a-vis de personne, qui n'est liée par aucune promesse de suffrages, et qui, dans sa souveraineté impartiale, votera pour le plus digne ou ajournera son vote définitif à trois ans, après avoir temporairement

assuré les besoins du nouvel enseignement, émet au premier abord deux prétentions : 1° celle de n'élever au professorat qu'un agrégé ; 2° celle d'exclure tout médecin-associé d'une maison de santé.

Le vœu de la Faculté au sujet de l'agrégation préalable du nouveau professeur s'explique très-bien, est trouvé naturel par tout le monde et ne pourrait froisser aucun des spécialistes distingués qui seraient en situation de répondre à la double obligation professorale que nous avons signalée. L'École compte parmi les agrégés MM. Ollivier, Blachez et G. Bergeron, médecins-inspecteurs du service des aliénés de la Seine, et M. Bouchard, médecin des hôpitaux et auteur d'un traité estimé sur « la pellagre ». Sur lequel de ces honorables agrégés serait-elle d'avis de porter ses préférences? Et si elle tombait d'accord sur l'un de ces noms, n'obligerait-elle pas l'élu à n'être d'abord qu'un « chargé de cours » pendant trois ans, sans participation aux examens, et ne réserverait-elle pas sa liberté d'action au bout de ce temps? Nous le croyons. La Faculté ne risquera pas une aventure et ne s'exposera pas, de propos délibéré, à un échec professoral qui pourrait peser sur elle pendant trente ans. Elle possède, en matière de cours sur la folie, des précédents qui la rendent circonspecte et craintive. En cela, nous ne saurions trop l'approuver. Mais ne sera-t-elle pas conduite à l'abandon de ses propres agrégés? N'est-ce pas d'ailleurs le cas de rappeler ici que MM. les professeurs Longet, Germain Sée et Daremberg, n'ont jamais été agrégés?

L'exclusion des médecins-associés de maisons de santé est un fait rigoureux. Elle écarte, sans que l'on y ait évidemment songé, la candidature, quelque improbable qu'elle soit, d'un aliéniste éminent, de M. Baillarger, vice-président de l'Académie de médecine, que vingt années d'un enseignement clinique éclatant à la Salpêtrière ne paraissent pas avoir fatigué encore, et que la science intéresse toujours vivement, même au milieu des loisirs d'une retraite volontaire et prématurée. MM. Jules Falret, Luys et Mesnet, praticiens d'une réelle valeur, se trouvent également frappés d'ostracisme. L'École ne serait, dit-on, portée à revenir sur son intention première qu'autant qu'un candidat aurait intégralement cédé son asile privé depuis plusieurs années et sans aucune possibilité de retour. En établissant cette clause, elle a voulu prévenir toute manœuvre qui consisterait en un changement subit de résidence, en une vente fictive ou en une retraite simulée pour les besoins de la cause. N'y a-t-il pas là un véritable luxe de précautions inutiles? Qui donc briguerait les suffrages de la Faculté et essayerait en même temps de surprendre sa bonne foi?

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'épilepsie chez les enfants et des vertiges épileptiques.

I

A côté de l'éclampsie, maladie convulsive accidentelle et passagère chez les enfants, provoquée par l'invasion d'une maladie aiguë fébrile, par la chaleur exagérée d'un appartement, par le travail réflexe de la dentition ou d'une autre lésion, etc., il y a l'*épilepsie* et sa variété : le *vertige épileptique*.

L'épilepsie chez les enfants est très-fréquente et diffère beaucoup de l'épilepsie chez l'adulte par l'étiologie et par le pronostic. Elle se montre sous deux formes : le *vertige épileptique*, ou *petit mal*, et l'*attaque convulsive épileptique*, ou le *haut mal*. J'en ai observé cent dix-huit cas qui se divisent ainsi : vertiges épileptiques, trente-six, et convulsions épileptiques, quatre-vingt-deux. Vous en avez deux cas sous les yeux dans ma salle en ce moment, et c'est ce qui m'engage à vous parler de la maladie.

Le vertige épileptique se présente sous les formes les plus variées. Toujours brève et de courte durée, la crise est caractérisée par une perte de connaissance fugitive de quelques secondes ou d'une minute dans laquelle le visage conserve sa couleur, les yeux restent fixes ou tournés en haut, la tête immobile, quelquefois renversée en arrière ou tournée à droite. Les bras cessent d'agir sans se convulser ni se roidir, et les membres inférieurs sont immobiles. La main garde ou lâche ce que tenaient les doigts. Si l'enfant est assis, il peut ne pas bouger, ou bien il fléchit en avant ou de côté, comme quelqu'un qui dort assis, tombe à demi et se relève pour reprendre la verticale. Si la malade est debout, elle peut fléchir et se redresser ou rester sur place sans bouger ; parfois la parole s'arrête, coupée par une crise, et elle continue après un moment d'interruption. Rarement il y a émission involontaire des excréments ou des urines, mais j'en ai observé des exemples.

Ces vertiges épileptiques, d'abord rares, deviennent de plus en plus fréquents. Ils passent souvent inaperçus, tant ils sont de courte durée ou parce qu'ils se produisent la nuit. Ils viennent tous les mois, tous les quinze jours, tous les jours et même plusieurs fois par jour et par heure. J'ai vu un enfant, à Versailles, avec le docteur Remilly, qui en avait cent quatre-vingts par jour. Il en a eu trois en ma présence dans l'espace d'une demi-heure. Cela dépend des cas. D'autres enfants en ont jusqu'à huit ou dix toutes les heures, pendant une partie de la journée seulement.

Les crises peuvent durer ainsi plusieurs mois sous cette forme qui est variée à l'infini, puis elles se mêlent à des crises convulsives plus ou moins fortes, et, enfin, elles sont remplacées tout à fait par des crises de cette nature qui constituent l'épilepsie. C'est le cas le plus grave et le plus fâcheux. Mais, dans d'autres exemples, les vertiges peuvent cesser naturellement ou par suite d'un traitement approprié.

J'en ai vu guérir un grand nombre à l'hôpital, mais, une fois sortis, les enfants ne m'ayant pas été représentés, on ne peut affirmer que la guérison se soit maintenue.

Chez une des malades que vous avez vue au n° 54 de Sainte-Catherine, et qui est âgée de treize ans, sans être formée, il y a un travail de seconde dentition retardataire et fort irrégulier. Les arcades maxillaires sont épaisses, gonflées, trop petites pour les dents permanentes qui doivent sortir et encore encombrées par des dents de lait qui devraient être tombées. Depuis quatre ans elle a à chaque instant, debout ou assise, le jour ou la nuit, une absence de quelques secondes, avec fixité de la tête et des yeux, parfois incontinence d'urine et tout cesse sans qu'elle ait conscience de ce qui s'est passé. Quand elle est debout elle reste immobile sans tomber et sans quitter ce qu'elle a dans la main. Ces attaques viennent plusieurs fois par jour et plusieurs fois par heure. Elle est fort intelligente d'ailleurs, n'a jamais eu de grandes attaques et jouit d'une excellente santé. Les yeux ne présentent rien de particulier à l'ophthalmoscope.

L'autre, âgée de sept ans, a eu des convulsions pendant quinze jours à trois ans. Elle a des vertiges de même nature depuis huit mois, mais elle a en même temps, un défaut de coordination, de la paralysie incomplète dans le membre supérieur gauche, et ses yeux offrent une double névrite optique.

Les crises sont caractérisées par des absences d'intelligence avec fixité des yeux, sans changement de couleur au visage, et un peu de roideur des bras qui restent immobiles.

Celle-ci a un vertige symptomatique d'une tumeur cérébrale et l'autre un vertige réflexe de seconde dentition. Je vous en donnerai la théorie dans un instant.

L'*épilepsie* convulsive, ou *grand mal*, est au contraire caractérisée par des attaques convulsives foudroyantes et violentes, ou accompagnées de symptômes prémonitoires connus sous le nom d'*aura*.

Quand les enfants éprouvent des symptômes prémonitoires, on observe alors dans un point du corps un frémissement, un tournoiement ou une douleur qui remonte vers le tronc jusqu'à la tête et alors arrive la perte de connaissance et l'attaque convulsive. Cette *aura* ou vapeur, ou frémissement, part quelquefois du pied comme un petit chatouillement et gagne le tronc pour déterminer l'attaque. Dans un cas publié par Cazenave, l'épilepsie avait toujours ce phénomène prémonitoire, et un jour que, dans une attaque, le malade étant tombé dans le feu, où le pied et le bas de la jambe se calcinèrent, l'*aura* étant détruit, l'épilepsie disparut.

Ailleurs il part du testicule, et la castration a guéri quelques-uns de ces malades. Chez d'autres, il a pour origine les ovaires ou l'utérus, l'intestin, l'estomac, les mamelles, le fond de l'œil, les doigts et, toujours après cette sensation intime de quelques secondes, arrive la grande attaque convulsive.

Dans un cas que j'ai observé l'*aura* partait du petit doigt, dont il entraînait la flexion, remontait à la poitrine et déterminait les convulsions épileptiques. L'enfant appelait sa mère pour lui redresser le doigt, et, si celle-ci arrivait assez tôt pour faire ce qu'on lui demandait, l'attaque n'avait pas lieu. Il y a, dans la science, une foule de faits analogues qu'il est inutile de citer en ce moment, mais tous prouvent : 1° l'existence de l'*aura épileptique ;* 2° l'influence de la destruction de l'*aura* sur la guérison de l'épilepsie; 3° la possibilité d'arrêter une attaque par une ligature ou une forte pression exercée sur le trajet de cette *aura*.

S'il n'y a pas de symptômes prémonitoires, l'attaque convulsive débute d'emblée, subitement et n'importe où, dans la rue et sous les voitures au risque d'être écrasé, dans l'appartement, près du feu et dans le feu, enfin sur un meuble dont les arêtes font des blessures considérables. Le caractère instantané de l'invasion est caractéristique. Souvent les enfants jettent un cri et tombent sans connaissance. Parfois leur visage est pâle, exsangue et leurs lèvres blanches, ou bien la face est rouge, violacée, les lèvres noires, le cou gonflé et alors arrivent des convulsions de tous les muscles du visage, de la bouche et des yeux, le renversement de la tête en arrière ou sur le côté, des secousses convulsives dans le tronc, dans les bras, dans les doigts, qui recouvrent le pouce, et dans les jambes. Pendant cette attaque, l'écume blanche ou sanguinolente se montre aux lèvres; il peut y avoir incontinence d'urine et des matières fécales, et, comme j'ai eu l'occasion de le voir exceptionnellement, il se fait sur le visage un grand nombre d'hémorrhagies miliaires qui ressemblent à des pétéchies.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est pâle si le visage est pâle, et les veines très-rouges, très-dilatées, si la face est cyanosée.

Cette attaque dure quelques minutes ou bien elle se calme un instant pour recommencer, et alors la crise peut durer une ou plusieurs heures.

Une fois le calme rétabli, l'enfant tombe dans un état de sommeil comateux plus ou moins profond qui dure de une à trois heures. Il se réveille ensuite brisé de fatigue et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé.

Sous cette forme, les crises convulsives de l'épilepsie reviennent rarement plusieurs fois par jour. Elles reparaissent irrégulièrement toutes les semaines, ou tous les mois, ou chaque année, sans époque fixe. Ce n'est que par exception qu'elles sont périodiques, mais alors c'est surtout chez les filles pubères qui sont formées et au moment des règles.

Quand les crises nerveuses que présentent les enfants se manifestent sous la forme d'un vertige passager avec perte de connaissance, le diagnostic n'est pas difficile. Chez les deux enfants que je viens de vous faire examiner, il est évident, c'est *le vertige épileptique* et il ne reste plus qu'à en déterminer la cause.

Dans le cas d'attaque convulsive, le diagnostic est moins facile. L'épilepsie se confond alors très-souvent par ses symptômes avec l'*éclampsie*, et chez les filles avec l'*hystéro-épilepsie.*

Entre l'éclampsie et l'épilepsie la distinction est impossible si on ne tient compte que des symptômes observés. Les accidents sont les mêmes, et rien dans la forme convulsive ne permet de les distinguer. Il n'y a que les circonstances accessoires du début et du retour des convulsions qui permettent de se prononcer:

Ainsi la convulsion débute-t-elle très-subitement et est-elle suivie de fièvre, c'est de l'éclampsie. Alors, comme je l'ai démontré il y a vingt ans, cette convulsion, suivie de fièvre, est l'indice d'une pneumonie, d'une angine, d'une bronchite, d'une fièvre éruptive ou d'une maladie aiguë quelconque.

La convulsion est-elle accompagnée d'œdème albuminurique ou d'œdème puerpéral, c'est encore de l'éclampsie, et de l'éclampsie due à un œdème cérébral plutôt qu'à de l'urémie.

La convulsion est-elle un effet de chaleur, d'encombrement des enfants dans une très-petite salle, ou de l'indigestion par aliments trop durs pour l'estomac, c'est également de l'éclampsie.

La convulsion se manifeste-t-elle sans cause connue, d'une façon passagère, sans répétition ultérieure, c'est aussi de l'éclampsie.

Comme on le voit, tout le diagnostic repose sur des considérations étrangères aux phénomènes intrinsèques de la maladie convulsive et à la forme des accidents convulsifs. On pourrait presque dire que l'éclampsie n'est qu'une épilepsie passagère.

Dans la distinction de l'hystérie et de l'épilepsie chez les enfants, on a plus égard à la forme des accidents convulsifs. Ainsi, quand la perte de connaissance n'est pas très-complète, qu'il en reste un petit souvenir, qu'elle est annoncée par un sentiment intime, *autre qu'une aura*, et qu'elle est accompagnée ou suivie d'œsophagisme, de strangulation, de rire et de larmes, d'analgésie ou d'anesthésie cutanée, c'est de l'hystérie; mais, comme dans quelques cas, il y a perte de connaissance absolue, pas de rire ni de larmes, et après l'attaque un profond sommeil, comme dans les attaques épileptiques, c'est de l'*hystéro-épilepsie.*

Cette forme n'est pas très-fréquente chez les enfants. C'est surtout chez les petites filles, à partir de douze ans, qu'on l'observe. Je ne l'ai vue que très-rarement chez les garçons. Mais, dans tous ces cas, il y a une association si variable de tous les phénomènes spasmodiques et convulsifs, que bien souvent toute affirmation n'est que présomption de la part des médecins qui se les permettent. L'homme consciencieux qui a beaucoup vu est toujours plus réservé que l'ignorant.

Il y a toujours un point important et difficile dans le diagnostic de l'épilepsie, c'est celui de savoir si la maladie est essentielle, c'est-à-dire causée par un trouble temporaire de circulation cérébro-spinale, ou si elle est symptomatique et dépend d'une lésion organique nerveuse. Cette difficulté n'en est souvent plus une aujourd'hui depuis mes recherches de cérébroscopie. En effet, si avec des attaques épileptiques il y a de l'œdème papillaire avec hyperémie, de la névro-rétinite ou des tubercules de la choroïde, il est certain que l'épilepsie dépend d'une sclérose cérébrale ou spinale, d'une encéphalite particlle ou d'une tumeur nerveuse quelconque, parfois tuberculeuse. C'est là un résultat considérable et qui permet de distinguer certaines épilepsies symptomatiques de celles qui ne le sont pas. Sous ce rapport, les recherches dont j'ai pris l'initiative rendent le diagnostic plus sûr et plus précis qu'il ne pouvait être avant leur publication. On les trouve dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie*, où se trouvent plusieurs figures chromo-lithographiées d'épilepsie symptomatique. En résumé, sous le rapport du diagnostic ophthalmoscopique, si l'on ne trouve point d'altération du fond de l'œil, on peut croire, sans être tout à fait certain, que l'épilepsie sera temporaire; mais, s'il y a névrite ou névro-rétinite, il faut affirmer que l'épilepsie est symptomatique d'une lésion cérébro-spinale et par conséquent incurable.

LABORATOIRE DE M. Cl. BERNARD

Recherches sur l'urée du sang (1)

Par M. P. Picard.

En opérant avec les précautions convenables, on trouve toujours dans le sang veineux une quantité de substances décomposées par le réactif de Milon, plus faible que celle existant dans le sang artériel.

Expérience. — Chez un chien, on met une canule dans l'artère carotide et une canule dans la veine crurale, puis « en même temps » on extrait le sang artériel et le sang veineux.

On les pèse l'un et l'autre rapidement, on additionne de sulfate de soude et l'on fait bouillir, etc. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 1101). Il faut absolument que les deux sangs soient extraits simultanément; mais, par-dessus tout, il faut les traiter simultanément, car en abandonnant à l'air libre, seulement quinze à vingt minutes les deux sangs artériel et veineux, on voit disparaître « entièrement » la différence qui existait entre eux.

Un exemple montrera ce que sont ces différences chez un chien robuste et en bon état:

Sang artériel (1000 gr.)	1 gr. 45.
Sang veineux (1000 gr.)	0 gr. 80.

(Les chiffres 1 gr. 45 et 0 gr. 80 sont obtenus en calculant dans l'hypothèse où tout ce qui est décomposé par le réactif serait de l'urée.)

Chez les chiens affaiblis la différence persiste, mais elle est moindre, et la quantité pour 1000 grammes est moindre également.

En présence de ce fait que j'ai constaté dès l'origine de mes recherches, je devais nécessairement me poser la question de savoir si c'est la proportion d'urée qui subit ainsi une diminution. Il est évident, en effet, que le fait de la destruction de l'urée dans les capillaires aurait été en désaccord avec ce qu'on pense généralement de cette substance et ne pouvait être énoncé par moi sans une preuve décisive.

Or, en cherchant à résoudre cette question, j'ai été amené à admettre dans le sang, l'existence de deux substances décomposées, l'une et l'autre par le réactif de Milon : l'une essentiellement variable se détruisant à peu près totalement dans les capillaires des membres et existant cependant toujours dans ce sang artériel (le lieu de sa formation n'a pas encore été précisé) ; l'autre, en proportion égale dans le sang artériel et le sang veineux des membres, et qui est l'urée.

Voici sur quelles observations se fonde cette opinion :

1° J'ai examiné le sang artériel des chiens affaiblis. C'est à cette circonstance qu'est due la faiblesse des chiffres. J'ai fait un dosage « immédiat », et un second dosage dans le même sang, une heure après.

Le premier dosage donna, pour 1000 grammes de sang	0 gr. 80
Le second — —	0 gr. 60

Ces résultats constants montrent que dans les premiers moments, il y a destruction dans le sang d'une fraction de la substance décelée par le réactif de Milon.

2° Dans le même sang artériel, j'ai fait des analyses successives et j'ai vu qu'après les phénomènes de destruction du premier moment, la masse totale reste la même pendant une longue durée de temps.

(A) Quarante minutes après la sortie de l'artère (1000 grammes).	0 gr. 58
(B) Vingt-quatre heures après.	0 gr. 55
(C) Vingt-quatre heures après, on chauffe une portion du même sang entre 30 et 40 degrés pendant trois quarts d'heure, ensuite on fait l'analyse (1000 grammes).	0 gr. 53

Dans cette deuxième série d'analyses, on a donc constaté un état fixe de substances décomposées par le réactif de Milon.

3° Si l'on fait les dosages dans deux sangs artériels et veineux après les avoir laissés l'un et l'autre quinze à vingt minutes à l'air libre, on ne trouve plus entre eux de différence; la substance destructible a disparu et la substance fixe reste en proportions sensiblement égales dans les deux.

Expérience. — Dosage 20 minutes après la sortie des vaisseaux :

Sang artériel (1000 gr.)	0 gr. 96.
Sang veineux (1000 gr.)	0 gr. 94.

La « conclusion physiologique » que je tire de ces faits, est la suivante : il y a, dans le sang artériel, deux substances différentes, décomposées l'une et l'autre par le réactif de Milon ; l'une, éminemment destructible, disparaît en général à peu près complétement dans les capillaires ; l'autre, au contraire, est fixe, résistante et existe dans le sang veineux en même quantité que dans le sang artériel. Quelles sont ces substances? Je n'ai pas d'opinion actuelle quant à la première, et je n'en dirai donc rien. Pour ce qui est de la seconde, j'ai dès à présent un motif sérieux pour la considérer comme étant l'urée du sang.

Cette raison, la voici : si l'on fait agir dans le sang, sur cette substance, le ferment ammonical, suivant la méthode de M. Musculus, on détruit rapidement presque la totalité de cette substance. Je n'insiste pas davantage, car j'aurai à revenir sur ce sujet après avoir retiré l'urée du sang en nature.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, séance du 11 décembre 1876.

LABORATOIRE DE M. MAREY.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS CARDIAQUES, VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES DES EXCITATIONS DOULOUREUSES (1)

Par M. Fr. Franck.

Les expériences dont la présente note indique seulement les principaux résultats ont été faites en 1876, du mois de février au mois d'août, dans le laboratoire de M. Marey, et toutes les modifications cardiaques, vasculaires et respiratoires provoquées chez les animaux par les excitations des nerfs sensibles, ont été enregistrées. Les tracés qui accompagnent le mémoire original sont presque tous reproduits par l'héliogravure.

Le point de départ de ces recherches est dans le fait, que nous avons constaté accidentellement, d'un arrêt prolongé des battements du cœur et des mouvements respiratoires chez un lapin sous les na-

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 4 décembre 1876.

rines duquel fut placée une éponge imbibée de chloroforme. Ce procédé, déjà noté et interprété de façons différentes par quelques physiologistes [MM. Dogiel (de Kasan), Holingreen et Grade (d'Upsal), Krishaber, Hering Kratschmer, Rutherford], n'a rien de spécial aux excitations des narines avec le chloroforme; il se reproduit quand on substitue au chloroforme un liquide volatil, âcre et irritant (ammoniaque, acide acétique, etc.); il ne forme, du reste, qu'un cas particulier d'une loi générale exprimée par M. Claude Bernard en ces termes :

« L'arrêt du cœur ou syncope peut succéder à toute action perturbatrice violente et subite, de quelque nature qu'elle soit. » (Cl. Bernard, « Substances toxiques et médicamenteuses », p. 232.)

Chez l'homme, un grand nombre d'intermittences du cœur, de syncopes et quelques morts subites ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une impression douloureuse violente (cérébrale ou périphérique; c'est le cas des contusions épigastriques, testiculaires, etc.) Mais ces troubles « réflexes », qui se produisent du côté du cœur, doivent être soigneusement distingués, des troubles tout « mécaniques » provoqués par les grandes dérivations sanguines, soit vers l'abdomen (accouchements brusques, évacuation rapide du liquide de l'ascite ou des kystes abdominaux, ablation de polypes, de kystes de l'ovaire), soit vers les membres inférieurs (ventouse de Junod, enlèvement rapide de l'appareil compresseur d'Esmarch).

Les auteurs ont émis, sur les effets cardiaques et vasculaires produits par les impressions périphériques douloureuses, des opinions tout à fait contradictoires, les uns considérant l'accélération des battements du cœur et l'élévation de la pression artérielle comme la conséquence de ces excitations, les autres admettant les phénomènes inverses. Toutes nos expériences concordent sur ce point, que l'effet « immédiat » d'une impression douloureuse est un arrêt ou un ralentissement des battements du cœur, effet souvent assez peu marqué pour qu'il ait pu échapper aux observateurs qui n'ont pas recueilli les graphiques des pulsations du cœur et des variations de la pression artérielle.

Si l'on excite, avec des irritants variés, les principaux nerfs sensibles, on arrive aux résultats généraux suivants :

Les excitations des narines avec l'ammoniaque, l'acide acétique, le chloroforme, sont transmises au bulbe rachidien, spécialement, mais non exclusivement, par le trijumeau, tout comme les impressions douloureuses produites par l'attouchement avec une aiguille rougie ou par une forte décharge d'induction. Le ralentissement s'opère sur le cœur, par l'intermédiaire des pneumo-gastriques, et l'effet cardiaque est proportionnel à l'intensité de l'excitation.

L'excitation de la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée produit des arrêts du cœur et de la respiration très-accusés, comme l'a vu M. Bert, tandis que l'attouchement du pharynx tout seul ne s'accompagne d'aucun trouble de ce genre. Il semble donc que les accidents cardiaques et respiratoires provoqués dans le traitement de l'asthme par la cautérisation du pharynx [procédé de Ducros (de Sixt)] soient plutôt dus à l'entraînement des vapeurs ou à la chute d'une goutte d'ammoniaque dans le larynx. Au contraire, l'attouchement des régions sous-glottiques et trachéales avec l'ammoniaque, le chloroforme, etc., ne nous a fourni que des résultats négatifs, contrairement à ce qu'avait observé Dogiel.

Les excitations des nerfs rachidiens et des racines rachidiennes ont donné à Magendie et à M. Cl. Bernard des résultats qui sont connus et que nous n'avons pu que constater de nouveau les arrêts réflexes du cœur avec abaissement consécutif de la pression artérielle.

Nous avons obtenu, par l'excitation du péritoine sur les mammifères, des arrêts du cœur en employant le procédé de Tarchanoff sur la grenouille, l'inflammation préalable de l'intestin.

Toutes ces excitations périphériques passent par le bulbe rachidien pour retentir sur le cœur, et les expériences ainsi que l'étude histologique permettent de considérer comme réelle l'union des trijumeaux entre eux et avec les noyaux des nerfs pneumo-gastriques et accessoires. Cette union s'opère par des connectifs directs et entre-croisés, et la réflexion sur le cœur nous a paru s'opérer par les filets fournis au pneumo-gastrique par les nerfs accessoires (arrachement du spinal par le procédé de M. Cl. Bernard).

En cherchant à supprimer l'élément douleur pour savoir s'il s'agissait d'un simple réflexe bulbaire, ou s'il était nécessaire que la douleur fût perçue, nous avons constaté qu'avec le chloroforme, le chloral, l'éther, la morphine, l'asphyxie, la réaction cardiaque faisait défaut; mais cette absence de troubles cardiaques réflexes est liée à la paralysie des nerfs pneumo-gastriques produite par ces divers moyens. La question ne peut donc être tranchée de cette façon. L'ablation des hémisphères cérébraux sur des jeunes animaux, nous montrant que les troubles cardiaques persistent, nous permet peut-être de conclure que la perception douloureuse n'est pas une étape nécessaire, et que nous avons affaire à un acte réflexe simple.

On a constaté, du côté des variations de la pression artérielle, à la suite des excitations douloureuses, des différences qui ont été attribuées à la participation du cerveau (Cyon); mais on semble n'avoir point assez tenu compte, pour expliquer ces différences, des variations parallèles de la fonction cardiaque, ceci s'appliquant spécialement au « débit » du cœur. Si aucune modification ne se produisait dans la fonction cardiaque, l'excitation réflexe des centres vaso-moteurs produirait le resserrement vasculaire généralisé, et, avec lui, une élévation de la pression artérielle. Mais, si la même excitation provoque un ralentissement considérable du cœur, la pression s'abaissera forcément dans le système artériel, malgré le resserrement vasculaire. Si, au contraire, le cœur, quoique ralenti, continue à envoyer une quantité de sang suffisante dans les artères, le resserrement vasculaire réflexe sera efficace à produire l'élévation de la pression artérielle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 janvier 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Application des métaux sur les parties anesthésiées. — M. Charcot, complétant la communication qu'il a faite, sur ce sujet, dans la dernière séance, rappelle que des expériences avaient déjà été entreprises autrefois, en particulier dans le service de Trousseau, qui a même consacré une leçon clinique à la métallothérapie. Suivant lui, l'action physiologique des métaux pouvait être considérée comme un très-bon moyen de diagnostic, car il croyait que cette action se produisait seulement chez les hystériques. C'est là une erreur. M. Charcot cite, en effet, l'exemple de deux malades de son service, qui sont atteintes d'hémichorée et d'hémianesthésie fort anciennes et permanentes, phénomènes qui, comme on sait, relèvent de lésions organiques variables; chez ces malades, l'application des métaux a donné les mêmes résultats que chez les hystériques. La durée de la sensibilité a même été plus longue chez elles qu'elle ne l'est habituellement chez les hystériques.

M. Onimus est persuadé que ces phénomènes sont dus à des courants électriques qui se forment dans ces cas. On sait, en effet, que les hystériques anesthésiques sont particulièrement sensibles aux courants électriques. Quand, chez elles, ont fait pénétrer le courant tant soit peu sous la peau, on obtient une sensibilité très-considérable. Dans les cas produits par M. Charcot, les effets sont plus prononcés; l'électricité qui se forme dans les tissus est en quelque sorte une électricité naturelle, plus forte que celle qu'on obtient par des courants. En appliquant ainsi du métal sur la peau, l'épiderme faisant office de membrane séparant deux corps électrique le métal, et les tissus sous-jacents, on oriente ainsi les courants qui se forment dans ces tissus. Si l'on met un galvanomètre en rapport avec du zinc ou du cuivre appliqué sur la peau, la déviation de l'aiguille est plus considérable qu'en présence de l'or; c'est pourtant ce dernier métal qui agit le plus. Cela s'explique par ce fait que la déviation de l'aiguille de galvanomètre n'est pas en rapport avec l'intensité des courants et qu'elle indique seulement le degré d'oxydation. M. Onimus est convaincu qu'on obtiendrait avec le platine ou le charbon les mêmes effets qu'avec l'or.

M. CHARCOT demande à M. Onimus s'il existe un moyen d'apprécier cette tension intérieure qui n'agit pas sur le galvanomètre.

M. ONIMUS répond que cela est extrêmement difficile.

M. HAYEM demande si, sous l'influence de cette application des métaux sur la peau, on observe des modifications dans les phénomènes de nutrition des tissus, si, par exemple, la vascularisation est augmentée.

M. CHARCOT répond qu'un thermomètre étant placé dans chaque main du malade, celui que tient la main du côté où sont appliqués les métaux indique une élévation de température; en outre, le malade annonce que le phénomène va se produire; il sent un fourmillement particulier; on observe d'abord des phénomènes de dysesthésie, puis la sensibilité revient complète et normale. La force musculaire revient également. Enfin, la piqûre des tissus détermine un écoulement sanguin, qui ne se produit jamais quand on pique les parties anesthésiées chez les hystériques.

M. RABUTEAU fait observer que, dans ces expériences, ce n'est pas de l'or pur qu'on emploie, mais bien un mélange de deux métaux différemment oxydables.

M. GUBLER dit qu'on se trouve là en présence de faits fondamentaux bien évidents, bien démontrés, mais dont l'interprétation reste à trouver. S'agit-il d'une action inconnue, comme l'admet l'auteur de la métallothérapie? S'agit-il de phénomènes simplement électriques? Cette dernière supposition est plus probablement celle qu'il faut admettre. Mais, cela étant admis, il resterait encore à résoudre la question de savoir par l'intermédiaire de quels autres phénomènes agit l'électricité dans ces cas: agit-elle sur les nerfs eux-mêmes, où sur le réseau capillaire sanguin? M. Gubler serait porté à penser que les phénomènes, observés dans ces cas, sont plutôt le résultat d'une action sur les capillaires sanguins. Ces phénomènes de rougeur, de chaleur, d'excitation circulatoire, en un mot, semblent bien prouver, qu'il en est ainsi. Tous les moyens, quels qu'ils soient, d'ordre chimique ou d'ordre physique, qui ont pour effet d'exciter les phénomènes capillaires sont de nature à faire revenir la sensibilité là où elle était absente. M. Gubler serait donc disposé à croire que, dans ces cas, l'électricité agit en déterminant une sorte de fluxion.

M. DUMONTPALLIER fait observer, qu'il y a, dans les faits en ce moment à l'étude des phénomènes individuels, puisque chez un malade c'est l'or qui agit, chez un autre le zinc, chez un troisième le cuivre.

De l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde. — M. ALBERT ROBIN fait une communication sur l'action de l'acide salicylique dans la sécrétion urinaire pendant le cours de la fièvre typhoïde. 5 à 8 grammes par jour d'acide salicylique procurent presque toujours une diminution de 300 à 400 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. En même temps que la quantité s'abaisse, la densité s'élève et monte à 1004 grammes. On trouve une plus grande proportion de matériaux solides dans la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures. On peut en trouver jusqu'à 84 gr. 50, c'est-à-dire plus d'un tiers en plus du chiffre normal. On constate, en outre, que l'acide salicylique a pour propriété d'augmenter la quantité de l'indican. Or, on sait qu'il détruit les micrococcus, ce qui semblerait confirmer l'opinion déjà émise par M. Gubler, que l'indican n'est pas toujours d'origine abdominale et peut être le résultat de la décomposition des matières albuminoïdes.

Quant aux avantages que l'on peut retirer de l'action de l'acide salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde, ce sont les suivants: on sait que, dans cette maladie, il arrive un moment où il existe une énorme quantité de déchets dont il est utile de favoriser autant que possible l'élimination; or si, d'une part, 'acide salicylique favorise cette élimination, d'autre part, il diminue la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures et fait perdre ainsi le bénéfice de l'augmentation des matériaux solides dans le même temps, d'où l'indication de diluer l'acide salicylique dans une très-grande quantité de liquide qu'on fera boire au malade afin d'augmenter autant que possible la quantité d'urine dans les vingt-quatre heures.

M. GUBLER confirme l'exactitude des faits communiqués par M. Alb. Robin. Mais il reste à rechercher sous quelle forme se présentent ces déchets dont l'acide salicylique favorise l'élimination. Il est probable, suivant M. Gubler, que l'acide salicylique s'empare du glycocolle pour l'entraîner au dehors et qu'on le retrouve ainsi sous forme d'acide salicylurique.

M. BERT fait observer que la détermination des résultats obtenus, dans les cas analogues à ceux dont ont parlé MM. Gubler et Robin, est bien loin d'être aussi facile que semblerait le faire croire la communication de M. Robin. On se trouve en effet, dans ces cas, en présence de difficultés fondamentales. Supposons, par exemple, un homme placé dans des conditions d'une régularité parfaite, c'est-à-dire prenant chaque jour la même quantité d'aliments et de boissons, ne se livrant à aucun exercice propre à augmenter ses combustions, prenant le même temps de repos et de sommeil, restant dans le même milieu, etc. Cet homme, au bout de deux ou trois jours de cette vie parfaitement réglée, devra émettre la même quantité d'urine; cette urine devra contenir la même quantité d'urée. Mais si, dans ces conditions, on introduit un élément nouveau, quel qu'il soit, l'action de l'air comprimé, par exemple, de deux choses l'une: s'il y a une augmentation d'oxydation, cet homme mangera davantage, et il y aura par conséquent une augmentation de l'urée dans les urines; si, au contraire, il y a une diminution d'oxydation, il s'emmagasinera dans le sang une partie de ces éléments qui devaient être éliminés; cet homme, mangera donc moins et, par suite, rendra moins d'urée.

Tout est donc à refaire dans ce domaine de l'observation physiologique, et il faut arriver à obtenir des conditions d'équilibre parfait, ce qui est extrêmement difficile. Mais ce qui est vrai chez l'homme sain, l'est encore bien davantage chez l'homme malade qui n'est jamais pareil à lui-même, qui, un jour, boit davantage, un autre jour, transpire davantage, etc., etc., et pour la fièvre typhoïde en particulier, un malade au cinquième jour est-il comparable à lui-même au dixième jour de la maladie? En fait d'expérimentation physiologique, il faut donc commencer par l'homme sain avant de tirer aucune conclusion de ce que l'on constate chez l'homme malade.

M. GUBLER, tout en reconnaissant la justesse de la plupart des réflexions de M. Bert, fait remarquer que dans les observations qu'il a faites avec M. Robin, ils ont su éviter les causes d'erreur dont vient de parler M. Bert. D'abord, ces observations ont été faites sur un assez grand nombre de malades pour que les conclusions qui en ont été tirées soient largement justifiées. Ensuite ces malades se trouvent précisement dans les conditions hygiéniques régulières exigées avec tant de raison par M. Bert. Même milieu, même température constante, même alimentation, même quantité de boissons d'un jour à l'autre; en un mot, les conditions dans lesquelles se trouvent ces malades sont, d'un jour à l'autre, aussi semblables que possible à elles-mêmes. Or, si au milieu de ces conditions est introduit un agent nouveau et qu'à la suite de l'intervention de cet agent on observe constamment et sur un grand nombre de malades, le même phénomène; que cet agent supprimé, ce phénomène cesse de se produire, n'est-on pas réellement en droit de conclure que ce phénomène est le résultat de l'action de cet agent sur l'économie? M. Gubler est donc convaincu que l'acide salicylique, dans la fièvre typhoïde, dans le rhumatisme, diminue la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures et augmente la quantité de matériaux solides dans cette urine. Les expériences instituées seulement depuis quelques semaines, dont a parlé M. Albert Robin, autorisent pleinement à formuler ces conclusions.

Ablation du cerveau chez les animaux inférieurs. — M. ONIMUS communique les résultats qu'il a obtenus à la suite d'expériences consistant à exciter ou à enlever certaines parties ou la totalité du cerveau chez certains animaux inférieurs, en particulier chez les grenouilles.

Du virus charbonneux. — M. BERT a fait une nouvelle série d'expériences sur l'action de l'air comprimé et de l'alcool absolu sur le virus charbonneux. Du sang charbonneux, entretenu à l'aide d'injections successives sous la peau de cochons d'Inde, fut soumis par

M. Bert à l'action de l'oxygène comprimé. Ce sang, bien que ne contenant plus de bactéridies conservait sa virulence. Les bactéridies, en effet, avaient été tuées par l'oxygène comprimé. Prenant d'autre part, du sang charbonneux encore chargé de bactéridies, M. Bert y ajoute, goutte à goutte, de l'alcool absolu ; il se fait alors un magma, un précipité, qu'il met dessécher dans le vide; puis il reprend ce magma, il constate qu'injecté sous la peau, il tue un cochon d'Inde et même un chien. Du sang charbonneux, ainsi alcoolisé par trois fois, ne contient plus traces de bactéridies et reste virulent.

Voilà donc une matière virulente qui résiste à l'action de l'oxygène comprimé et à celle de l'alcool absolu. Si l'on prend ce magma alcoolisé, qu'on le mette dans l'eau et qu'on filtre, la partie filtrée est toxique. Si l'on ajoute de l'alcool, on voit se former un nuage floconneux qui se dépose au fond du verre, on filtre de nouveau, on fait un nouveau précipité alcoolique qui est encore virulent. La partie active de la virulence du charbon résiste donc à l'oxygène comprimé et à l'alcool ; cette partie est précipitable par l'alcool et résoluble dans l'eau. Elle se comporte donc comme une diastase quelconque. Il y a cependant une différence : ce corps, quel qu'il soit, se reproduit tandis qu'il est admis qu'une diastase ne se reproduit pas. Mais est-il bien certain que les diastases ne se reproduisent pas? C'est là une question de milieu. M. Bert institue une série d'expériences dans le but de résoudre cette question.

M. TRASBOT rappelle que les chiens résistent assez généralement au charbon. Quand ils meurent, c'est le plus souvent de septicémie. En effet, le sang d'un chien tué ainsi ne présente aucun des caractères du sang des animaux charbonneux.

M. HAYEM fait observer qu'il a été démontré déjà qu'un sang peut être parfaitement virulent sans qu'on y trouve de traces des proto-organismes. Il y a donc dans le virus charbonneux deux phénomènes distincts et indépendants l'un de l'autre.

M. GEOFFROY rappelle un cas de pustule maligne, qu'il a communiqué à la Société. Cette pustule ayant été enlevée par le bistouri, M. Geoffroy fit l'examen du sang et n'y trouva pas de bactéridies. Il a pris du liquide de la pustule et y a constaté la présence de bactéries; Il a même cultivé ce liquide par des injections successives sur les cobayes. Toutefois ces proto-organismes ne semblent pas être les éléments caractéristiques du liquide charbonneux.

De la régénérescence des nerfs. — M. BERT, voulant savoir si les nerfs se régénèrent, a eu recours à l'expérience suivante : la queue d'un rat est recourbée sur le dos de l'animal et introduite, dans une certaine partie de sa longueur, sous la peau après avoir été préalablement écorchée dans cette étendue, de façon que l'extrémité périphérique ressorte en dehors, à la façon d'un séton.

Après un certain temps, cette queue est coupée entre son origine réelle et le point où elle s'engage sous la peau.

L'extrémité périphérique, interrogée au point de vue de la sensibilité, est insensible; mais elle cesse de l'être après cinq ou six mois. A ce moment, la sensibilité est revenue dans cette partie de la queue. Les nerfs de cette partie se sont donc régénérés.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 18 janvier 1877, il a été déclaré 955 décès, soit 26.8 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 6. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 40. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 71. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Angine couenneuse, 24. — Croup, 25. — Dysenterie, 2. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 230. — Affections chroniques, 434, dont 174 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 21.

— LYON (323,417 hab.). — Décès du 4 au 11 janvier 1877, 184, soit 26.00 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 2. — Érysipèle, 1. — Fièvre typhoïde, 2. — Fièvre muqueuse, 1. — Fièvre catarrhale, 1. — Croup, 3. — Affections puerpérales, 1. — Faiblesse congénitale, 7. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 17. — Pleurésie, 2. — Phthisie, 31. — Catarrhe pulmonaire chronique, 13. — Emphysème, 1. — Maladies du cœur, 10. — Entérie, diarrhée, 2, cholérine, 1. — Maladies du cerveau, 29. — Maladies de la moelle épinière, 3. — Affections cancéreuses, 12. — Autres maladies aiguës, 7. — Autres maladies chroniques, 15. — Causes accidentelles, 2.

— LONDRES (3,533,484 hab.) — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 1,358, soit 20.00 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 100. — Scarlatine, 23.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 31 décembre 1876 au 6 janvier 1877, 391, soit 28.5 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole 20.

— ROME (262,428 hab.). — Décès du 18 au 24 décembre 1876, 179, soit 25.5 décès par 1,000 hab. et pour année.

Diphthérie et croup, 11.

— BRUXELLES (188,609 hab.) — Décès du 31 décembre 1876 au 6 janvier 1877, 76, soit 21.00 pour 1,000 hab. et pour l'année.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

371. Thomas. Considérations sur la température dans le tétanos.
372. Tremblez. Des éruptions cutanées survenant dans le cours des affections chirurgicales.
373. Haelling. De la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées.
374. Mouillard. Du traitement des tumeurs érectiles en particulier par les injections de chloral.
375. Gauthier. Influences mécaniques de la respiration sur la circulation artérielle; recherches critiques expérimentales.
376. Lorimy. Des ulcères et en particulier des ulcères syphilitiques siégeant aux membres inférieurs.
377. Pivion. Étude sur les troubles de l'intelligence, ses penchants, de la sensibilité et de la motilité chez les épileptiques.
378. Lapie. Relation d'une épidémie de grippe abdominale.
379. Vaugy. Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques.
380. Bentéjac. Des lésions trophiques des nerfs et des muscles dans la paralysie saturnine.
381. Barrault. Étude sur la valeur de la splénotomie.
382. Michaut. Du collodion en thérapeutique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Le prix de médecine navale pour 1876 est décerné à M. le médecin de 1re classe, A. Normand.

Des témoignages de satisfaction sont accordés, à M. le médecin de 1re classe Kermorant, et à MM. les médecins de 2e classe, Toulier, Abblard et Maurin.

— *Faculté de médecine de Paris. — Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Jaccoud commencera son cours le mercredi 31 janvier à trois heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies infectieuses.

— M. Fort, professeur libre d'anatomie, commencera un cours complet de l'anatomie de la tête, du cou, des centres nerveux, le vendredi 26 janvier 1877 ; le cours se composera de soixante-quinze leçons. Programme : os, articulations, muscles, vaisseaux de la tête, encéphale (localisations cérébrales), moelle épinière, nerfs crâniens, organes des sens, région du cou.

On s'inscrit pour le cours, chez M. Fort, 21 rue Jacob, le matin de neuf à dix heures et le soir de cinq à six heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 10. — JEUDI 25 JANVIER 1877.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien à signaler qu'un long rapport de M. Depaul sur une curiosité anatomo-pathologique décrite par M. le professeur Hergott (de Nancy), et à propos des eaux d'égout, quelques remarques de M. Bouley, dont on devra tenir un grand compte dans la discussion engagée sur l'étiologie, la propagation et le prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'épilepsie chez les enfants et des vertiges épileptiques (1).

II

Les causes du petit et du grand mal, c'est-à-dire du vertige épileptique et de l'épilepsie chez les enfants, sont *prédisposantes* et occasionnelles ou *déterminantes*. Chez l'adulte il y a une cause que l'on ne voit jamais chez les enfants, c'est l'*alcoolisme*.

Les prédispositions résultent du travail de la première et seconde dentition; mais la dentition première fait surtout l'éclampsie, tandis que la seconde dentition crée l'épilepsie. *Ce sont là des actions réflexes*, dont j'expliquerai dans un instant l'action sur la constriction et la paralysie vaso-motrice de l'encéphale. A côté de la seconde dentition, et par le même mécanisme, il faut mentionner l'action inconsciente sur l'intestin, produite par les lombrics et par le tænia. Le travail ovarique et utérin qui coïncide avec la puberté, certaines dyspepsies de l'enfance, quelquefois la névralgie intercostale, une fois les calculs bronchiques, ainsi que le docteur Charpignon en a rapporté un mémorable exemple dans la *Gazette des hôpitaux* du 1er juin 1876; enfin les tubercules et les gliômes du cerveau, ainsi que certaines lésions cérébro-spinales, qui de temps à autre provoquent un trouble de la circulation capillaire amenant les attaques convulsives.

J'ai vu plusieurs fois l'épilepsie déterminée par une simple frayeur. Dans un cas, une petite fille effrayée dans une cave par la vue d'un homme tombe sans connaissance, et le lendemain elle commet des attaques convulsives d'épilepsie.

Ailleurs, c'est un enfant qui assiste à une exhumation et qui, au bout de quelques jours, rêvant du cadavre, a des attaques d'épilepsie qui durent pendant plusieurs mois. Chez d'autres, ce fut, à la retraite de la première communion, des enfants qui, effrayés par le tableau des peines éternelles infligées au péché, tombent sans connaissance, et les jours suivants deviennent épileptiques. Ces faits sont extrêmement nombreux.

Ce groupe constitue les causes *réflexes* et *directes* de l'épilepsie.

Mais comment agissent ces causes? D'après ce qu'on sait des troubles de la circulation capillaire locale, ces influences provoquent soit un état congestif de la moelle ou du cerveau par relâchement des capillaires, soit un état d'anémie par constriction de ces mêmes vaisseaux, c'est-à-dire par *ischémie*.

Hyperémie et ischémie passagères, telles sont les causes de l'épilepsie, du vertige et d'un grand nombre des maladies appelées névroses. Du siége de l'hyperémie ou de l'ischémie résulte le trouble nerveux qui sera le spasme, la douleur, la vésanie, la paralysie ou la convulsion. Dans chaque organe, ou dans chaque partie d'organe, il peut se faire une de ces modifications de circulation générale, et alors du point hyperémié ou anémié naissent des désordres qui cessent avec le retour de l'état normal et qui durent autant que le trouble circulatoire lui-même.

Un fait vous fera comprendre ce qui se passe à l'intérieur. Voyez certaines femmes, pâles dans l'état ordinaire, et qui, à table, dès qu'il y a quelque chose dans l'estomac, deviennent rouge écarlate; elles sont parfois si honteuses de manger que, chez des amis, elles n'osent rien prendre. Eh bien, cette bouffée de rougeur et de chaleur n'est autre qu'une paralysie ou laxité vaso-motrice passagère réflexe due à une action sympathique de l'estomac. Pareil phénomène se montre sur le visage des enfants atteints de méningite, mais par une autre cause. Certaines personnes ont ainsi des pâleurs ou des rougeurs subites du visage qui attestent l'existence de ces troubles locaux de la circulation capillaire.

Il en est de même dans l'épilepsie. Pendant les attaques, on voit les malades ayant le visage pâle ou cyanosé, exsangue ou

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 janvier.

offrant une congestion considérable, et cela atteste au dehors un trouble circulatoire qui existe peut-être au dedans dans les méninges ou dans la substance cérébrale. En effet, si, à mon exemple, on veut bien étudier le fond de l'œil avec l'ophthalmoscope pendant les attaques, on trouve un resserrement ou une hyperémie des veines et des artères de la rétine, qui est en rapport avec l'anémie ou l'hyperémie extérieure du visage.

Quand l'hyperémie ou l'ischémie du cerveau et de la moelle épinière résulte d'une irritation périphérique, telle qu'une *aura* des orteils ou de l'intestin, l'épilepsie est réflexe. Mais, au contraire, quand ces troubles locaux de la circulation, sont directs et causés par un noyau d'encéphalite chronique ou de sclérose ou par une tumeur cérébrale, alors l'épilepsie est symptomatique.

Vous avez un exemple de chacune de ces formes aux n°s 53 et 60 de la salle Sainte-Catherine, au sujet desquels je vous donne ces explications.

Ainsi donc, épilepsie réflexe ou symptomatique, par ischémie ou par hyperémie, voilà la cause anatomique du mal. Maintenant, si l'action part du cerveau, c'est une épilepsie cérébrale, tandis que si elle a pour origine un trouble de circulation de la moelle, comme chez une enfant du n° 56, c'est une épilepsie spinale.

Le chat auquel le grand Barthez avait coupé le bout de la queue, et qui avait des attaques d'épilepsie quand on lui pinçait la cicatrice, avait une épilepsie spinale, forme particulière que l'on fait bien de distinguer.

Sous le rapport du pronostic, l'épilepsie et le vertige des enfants doivent être jugés tout autrement que chez l'adulte.

Jusqu'à quinze ans, la plupart des enfants épileptiques guérissent. Ce n'est que chez l'adulte que l'épilepsie est généralement incurable. Mon opinion a pour appui l'autorité d'Hippocrate, qui a dit : « L'épilepsie de l'enfance guérit après la puberté. » Je crois cet aphorisme profondément vrai, et je l'explique en disant que, comme la plupart des épilepsies de l'enfance ont pour origine la seconde dentition, c'est-à-dire des dents d'homme dans une mâchoire d'enfant, du moment qu'à la puberté les dents ont pris aisément leur place, il n'y a plus d'action réflexe, et par conséquent plus d'épilepsie.

Toutefois, si les épilepsies réflexes de l'enfance guérissent presque toujours, les épilepsies directes m'inspirent un pronostic tout différent. Celles qui dépendent de la sclérose ou d'une tumeur cérébrale ou d'une lésion quelconque du cerveau et de la moelle, peuvent s'améliorer, mais il est rare qu'on puisse en obtenir la guérison. Alors elles amènent l'hébétude, l'imbécillité, la démence et la folie.

Je ne vous indiquerai pas tous les traitements qui ont été employés et que l'on emploie contre le vertige et contre les attaques d'épilepsie. Il me suffira de vous dire quelle est la méthode que j'emploie depuis vingt ans et avec laquelle j'ai guéri un grand nombre de malades.

S'il y a *une aura epileptica*, vous devrez chercher à la détruire, puisqu'il est établi qu'en faisant disparaître cette névralgie périphérique on arrête les attaques d'épilepsie. Ainsi, dans deux cas de névralgie du filet sous-cutané antérieur d'un nerf intercostal produisant la crise, j'ai appliqué au point de naissance de l'attaque un cautère profond détruisant le nerf et j'ai fait cesser l'épilepsie. La castration et l'ablation d'une partie de membre, faite volontairement ou accidentellement, ont produit les mêmes résultats.

Lorsque l'épilepsie dépend de la présence de lombrics ou d'un tænia de l'intestin, il faut donner :

1° Dans le premier cas :

Santonine pulvérisée. . 15 à 60 centigrammes,
Sirop de miel. . . . . 30 grammes,

pour prendre à jeun.

La quantité de santonine dépend de l'âge des enfants, et il faut prescrire autant de fois 5 centigrammes qu'ils ont d'années. Ainsi 60 centigrammes à douze ans, 35 centigrammes à sept ans, etc.

Après six jours de santonine, on donnera, aussitôt après la dernière prise :

Calomélas. . . . 20 à 50 centigrammes, selon l'âge.
Sirop groseilles. 30 grammes.

Prendre à jeun, une heure après la dernière dose de santonine.

2° Dans le cas de tænia supposé ou démontré, on donnera :

Kousso. . . . . 5 à 10 grammes.
Sirop de menthe. . . 30 grammes

à prendre trois jours de suite le matin à jeun, et ensuite on prescrira 10 à 15 grammes d'huile de ricin, ou bien de l'*extrait éthéré de fougère mâle*, 5 grammes.

Dans certaines dyspepsies liées à l'apparition des crises convulsives et qui pourraient bien en être la cause, il faut essayer de guérir les souffrances de l'estomac par le régime végétal et lacté, par la pepsine et la diastase, enfin par le bicarbonate de soude à petite dose et les eaux de Plombières ou de Pougues.

Lorsque l'irrégularité de la seconde dentition est telle qu'on peut supposer que les dents sont trop à l'étroit dans les mâchoires ou que les dents permanentes ne peuvent sortir à cause des dents de lait trop lentes à tomber, il faut faire enlever les dents qui gênent. Je l'ai fait pratiquer bien des fois avec avantage.

Maintenant, en dehors du traitement rationnel des causes du vertige épileptique et de la véritable épilepsie, il faut prescrire les médicaments réputés antispasmodiques et qui régularisent les mouvements de la circulation capillaire. Ces médicaments sont ceux qui font cesser le spasme des petits vaisseaux, d'où résulte l'ischémie locale du cerveau ou de la moelle, ou qui font resserrer les capillaires d'une partie hyperémiée par suite des paralysies vaso-motrices locales. Dans le nombre, il faut indiquer et choisir : la belladone, les fleurs de zinc, le bromure de potassium, l'éther, le chloroforme, etc.

La belladone se donne en poudre de feuilles et de racines, à doses progressivement croissantes, tous les jours pendant plusieurs mois.

On commence par 5 centigrammes, pour passer à 10, 15, 20, 30 et 50 ou plus en deux ou plusieurs fois, selon la tolérance des malades. Tant qu'il ne se produit pas de sécheresse de la gorge ni de dilatation des pupilles ou de rêves fantastiques étranges, on peut élever la dose, mais si l'on observe des phénomènes de ce genre, il faut suspendre l'emploi du médicament ou diminuer les doses d'emploi.

Les fleurs de zinc se donnent associées à la poudre de belladone dans du sirop de miel, à la dose de 1 à 3 grammes.

Fleurs de zinc. . . . . 30 grammes.
Poudre de racine de belladone. . 2 —

Mêlez et divisez en trente doses, une ou deux et trois doses par jour.

L'éther doit être prescrit en sirop, 60 grammes, ou sous forme de liqueur d'Hoffmann, 3 à 5 grammes.

Depuis les publications de Bazin, c'est le bromure de potassium qui inspire le plus de confiance aux médecins. C'est

justice. Tout ce qui a été proposé pour le remplacer, comme le bromure de camphre, le valérianate de zinc ou d'ammoniaque, le nitrite d'amyle, ne vaut rien. J'ai essayé tous ces médicaments nouveaux sans en retirer aucun bon résultat.

Le bromure de potassium, si bien étudié dans ses effets physiologiques par Puche et par Huette, est le seul médicament qui ait une grande valeur dans les différentes formes et variétés du mal épileptique.

Je le donne associé à la belladone pour réunir les bons effets de ces deux médicaments, mais c'est sur le bromure de potassium qu'il faut le plus compter.

Ma formule est la suivante :

Sirop simple.	240	grammes
Sirop belladone	60	—
Bromure de potassium.	20	—
Faire dissoudre.		

Chaque cuillerée représente 1 gramme, et on en donne deux, trois, quatre et jusqu'à six par jour ou davantage, selon les cas.

Les enfants, et ici je ne parle que de l'enfance, supportent mieux ce médicament que l'adulte. Il n'y produit jamais d'éruptions pustuleuses ou gangréneuses, ni d'ulcérations cutanées, ni même cette sidération mortelle qu'on observe à un âge plus avancé et dont Champouillon a cité d'assez nombreux exemples.

Je n'ai jamais vu depuis quinze ans, sur cent dix-huit malades que j'ai traités à l'hôpital ou en ville, un seul cas d'ulcération cutanée. Le seul exemple que j'aie observé sur un enfant était un malade que les parents m'ont amené une fois, et dont le traitement avait été dirigé sans prudence par un autre médecin. Pour moi, je le répète, je n'ai jamais vu, aux doses que je crois utile d'employer chez l'enfant, ni éruption ni ulcération de la peau.

Le seul phénomène que j'aie vu comme accident du bromure de potassium à la dose de six, huit et dix grammes par jour, assez longtemps prolongée, a été la stupeur et l'hébétude. Mais en diminuant la dose, les accidents ont disparu.

Eh bien, aux doses progressives de trois et quatre grammes chez des enfants de cinq à neuf ans, et de quatre à dix grammes chez des enfants de dix à quatorze ans, on obtient la guérison de la plupart des cas d'épilepsie qui se présentent dans la pratique. Il est à peine besoin de dire qu'il ne s'agit que de l'épilepsie réflexe essentielle, et non de l'épilepsie de cause organique. Celle-ci peut être améliorée, on peut en éloigner les attaques, mais la maladie est incurable.

L'*éther* se donne sous forme de sirop, trente grammes par jour ; de capsules ou de liqueur d'Hoffmann, deux à trois grammes.

Le *chloroforme* se prescrit dissous dans un peu d'alcool avec du sirop de sucre à la dose de un et deux grammes par jour.

Reste enfin l'eau froide à l'extérieur en douches fréquemment répétées. C'est l'hydrothérapie. L'effet de cette médication est de rétablir, par la révulsion cutanée, la régularité de la circulation capillaire externe, et d'arrêter les troubles intérieurs de la circulatien locale qui amènent les attaques convulsives. Ce peut être la médication unique de l'épilepsie, mais il faut mieux en faire l'auxiliaire des médications internes. C'est ainsi que je vous conseille de l'employer.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Galezowski.

De l'amblyopie hystérique.

(Leçon recueillie par M. F. Despagnet.)

Les troubles visuels que l'on rencontre dans l'hystérie simple ou l'hystéro-épilepsie peuvent se présenter sous trois formes :

1° Amblyopie monoculaire ;

2° Amauroses binoculaires vraies ou simulées.

3° Spasmes des muscles de l'œil.

Ces troubles de la vue sont assez fréquents. Briquet, qui les a remarqués le premier, a constaté qu'ils se trouvaient généralement chez les personnes hystériques affectées en même temps d'hémiplégie ; et, dans sa statistique, il a trouvé sur quatre cents cas d'hystérie quatre-vingt-treize personnes hémiplégiques, et sur ces quatre-vingt-treize il constata que soixante-treize avaient des troubles de la vue. Mais Briquet n'étudia point cette affection et ne chercha pas à la préciser.

Avant 1866, on ne trouve dans aucun auteur absolument rien qui ait rapport à l'amblyopie hystérique ; et à cette époque je crois en avoir donné le premier la description. Dans ma thèse inaugurale (1) je rapporte le premier cas de cette affection, que l'on ait observé, et que j'ai pris dans le service du docteur Grisolle à l'Hôtel-Dieu.

C'était une demoiselle V... âgée de dix-neuf ans, qui entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine n° 11, vers la fin du mois d'août 1865, pour des attaque d'hystérie violente dont elle était atteinte depuis un an. Avec tout le cortége des autres symptômes de l'hystérie, elle présentait un trouble de l'œil gauche, au point qu'elle ne lisait de cet œil que les gros caractères, et il y avait une hémiopie interne des plus complètes. De cet œil, elle avait également perdu la faculté de distinguer les couleurs, ainsi le jaune et le rose lui paraissaient blancs ; le vert, le cramoisi et le bleu paraissaient noirs. Cet état dura pendant quinze jours. Puis tous les symptômes de l'hystérie s'améliorèrent, et en même temps la malade recouvra la faculté de distinguer les couleurs, et l'hémiopie se dissipa.

Il résulte de cette observation que les troubles visuels de cette malade se résumaient en une amblyopie de l'œil gauche, suivie d'une hémiopie et cécité absolue des couleurs. Vous verrez, Messieurs, que ces symptômes sont caractéristiques de l'amblyopie hystérique, et on la rencontre dans la majorité des cas, chez les personnes qui ont, soit hémiplégie, soit hémianesthésie du côté gauche.

Depuis que ce fait a été connu, quelques élèves de M. Charcot, en publiant des recherches sur l'hémiplégie hystérique, ont rapporté quelques observations de ces amblyopies. On trouve, en effet, dans la thèse du docteur Helot (1), la curieuse histoire d'une malade entrée dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. En voici le sommaire : « Antécédents hystériques bien marqués ; hémiplégie gauche survenue brusquement sans cause appréciable ; perte de connaissance au début ; paralysie complète de la sensibilité et du mouvement du côté affecté ; *troubles de la vue centrale marqué, avec hémiopie interne et dyschromatopsie* ; troubles de l'ouïe, de l'odorat, du goût, abolition du toucher et du sens musculaire à gauche ; toux fréquente, hémoptysie et hématémèses ; pertes utérines alternant avec l'aménorrhée ; paralysie complète de la vessie, douleurs hypogastriques très-intenses ; plusieurs attaques, dont une très-violente, pendant laquelle la paralysie s'étend au côté

(1) Galezowski. Thèse, 1865, page 111.

(2) Thèse de 1870, docteur Hélot : Étude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique.

droit, mais où reviennent peu à peu la sensibilité et la mobilité; contractures dans l'extension du membre inférieur. »

A plusieurs reprises dans le courant de l'année 1869, j'ai pu moi-même examiner cette malade avec M. le docteur Charcot, et nous n'avons rien trouvé de morbide dans l'œil; la papille dans les deux yeux ne présentait aucune altération. Les troubles de la vue et l'état général de la malade sont restés stationnaires pendant très-longtemps. Puis, peu à peu, ils se sont améliorés, et dernièrement, à une de ses leçons, M. Charcot nous a montré cette malade complétement guérie de ces accidents hystériques et de ces troubles de la vue.

On trouve encore une thèse, soutenue en 1873 par le docteur Grynos, qui traite des *amblyopies* et des *amauroses hystériques*, et, enfin, dans ses leçons sur l'hystérie publiées par le *Mouvement médical*, ou les *Archives de Physiologie*, M. le docteur Charcot nous a fait d'intéressantes communications au sujet de l'étude de cette affection. Tel est à peu près son historique.

I. — La première des trois formes de troubles visuels produits par l'hystérie, l'amblyopie monoculaire, a des caractères si précis, qu'elle ne peut donner lieu à aucune confusion. Elle se rencontre toujours chez les personnes hystériques atteintes d'hémiplégie, ou d'hémi-anesthésie du côté gauche. Je ne vous parlerai pas de l'hystérie en général, dont M. Charcot a si bien décrit tous les symptômes; je vous rappellerai seulement que, dans l'hystérie, l'hémiplégie ou l'hémi-anesthésie siége presque toujours du côté gauche, très-rarement du côté droit; et l'amblyopie monoculaire correspond toujours au côté paralysé, c'est-à-dire siége dans l'œil gauche.

Rien d'anormal dans la partie externe de l'œil amblyopique; pas de congestion de la conjonctive ou de la cornée. Tous les mouvements sont conservés. La pupille n'a point changé de forme et elle se contracte facilement. Mais l'acuité visuelle diminue quelquefois progressivement, plus souvent tout d'un coup. Cet affaiblissement atteint des proportions plus ou moins grandes, mais il n'arrive jamais à la cécité absolue. L'œil amblyopique distingue encore les gros objets, mais il ne peut plus distinguer les traits des personnes. Il ne reconnaît plus les couleurs même les plus vives : ainsi le *rouge cramoisi* et le *bleu d'outre-mer* paraissent noirs; le rose, le jaune, le violet, etc., paraissent gris, blancs ou noirs selon l'intensité de leur coloration. Le champ visuel périphérique est absolument perdu dans la moitié qui correspond à l'hémiplégie. Puis l'acuité visuelle revient quelquefois tout d'un coup; mais la perception des couleurs ne revient que peu à peu. Bien souvent même, il reste des échancrures dans le champ visuel périphérique des couleurs. Quelquefois cette perception des couleurs reste seulement abolie pour la partie où il y avait hémiopie, et elle peut même ne jamais revenir.

D'après M. Landolt (1), le champ visuel périphérique de l'œil du côté sain se rétrécit aussi concentriquement, pour la perception des couleurs. Ces faits nous paraissent complétement en opposition avec tous les autres caractères de la maladie; et si réellement l'auteur de ce travail a pu observer le phénomène indiqué, il ne faut le considérer que comme exception.

A l'ophthalmoscope on ne trouve, en général, absolument rien dans l'œil atteint d'amblyopie hystérique. Il n'existe aucune lésion de la papille ou des membranes internes de l'œil. Cependant j'ai deux observations personnelles d'hystérie bien caractérisée avec hémiplégie et amblyopie monoculaire, où chez l'une il y a eu, après un an, atrophie de papille. Chez l'autre, la vue était revenue, quoique restant un peu affaiblie; mais il y avait des échancrures dans le champ visuel périphérique de la perception des couleurs, et à l'ophthalmoscope on constatait une atrophie partielle de la papille. Depuis deux ans que j'observe cette maladie avec M. le docteur Guéneau de Mussy, la maladie est restée stationnaire.

(*A suivre.*)

(1) *Archives de physiologie*, 1875, page 649.

ANATOMIE

RECHERCHES SUR L'ORIGINE RÉELLE DES NERFS DE SENSIBILITÉ GÉNÉRALE, DANS LE BULBE RACHIDIEN ET LA MOELLE ÉPINIÈRE (1)

Par M. Aug. PIERRET.

Les mémorables expériences de Charles Bell et de Magendie, en démontrant l'opposition de fonctions des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens, ont amené les anatomistes à rechercher dans les cornes antérieures et postérieures de la substance grise médullaire des cellules motrices et des cellules sensitives. Pour les cellules motrices, le doute n'est plus permis : on sait exactement leur rôle et le point où elles sont situées.

Il n'en est pas de même pour les cellules sensitives. On a cru longtemps que les petites cellules de la substance gélatineuse de Rolando pouvaient être considérées comme représentant des ganglions d'origine des racines nerveuses postérieures. Aujourd'hui, il est démontré que ces éléments sont de nature conjonctive. Le problème est donc à résoudre. M. Pierret, partant de ce fait qu'il existe dans le bulbe, en un point peu éloigné de celui où s'enfonce le tronc du nerf trijumeau, des centres ganglionnaires bien définis, démontre la nécessité de rechercher dans la moelle épinière elle-même des noyaux sensitifs distincts, des noyaux moteurs (cornes antérieures), et recevant *la plupart* des fibres des racines postérieures spinales.

A l'aide de considérations tirées de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique et de la physiologie expérimentale, il fait voir :

1° Que, chez l'homme, il n'existe pas de cellules nerveuses dans la *tête* de la corne postérieure de la moelle épinière;

2° Que les fibres spinales postérieures ne se rendent qu'en partie dans la corne antérieure, et que *la plupart* d'entre elles remontent dans la partie la plus profonde des cordons latéraux jusqu'à leurs centres d'origine.

Rappelant ensuite les caractères *morphologiques* et *topographiques* des ganglions du trijumeau, il fait comprendre que les centres ganglionnaires des fibres spinales postérieures, lombaires, dorsales ou cervicales doivent présenter les mêmes caractères. Recherchant alors s'il existe dans la moelle des groupes cellulaires qui remplissent les conditions voulues, il arrive à démontrer que seules les colonnes de Clarke, formées de cellules nerveuses, possèdent les caractères exigés.

Si ces groupes cellulaires sont bien, comme le pense M. Pierret, les foyers d'origine des fibres sensitives formant les racines postérieures des nerfs rachidiens, on est conduit à admettre que les fibres sensitives lombaires ne trouvent leur centre d'origine qu'au-dessus du renflement lombaire lui-même, puisque les colonnes de Clarke n'existent, chez l'homme, que dans la région dorsale de la moelle épinière. D'autre part, les fibres des racines postérieures cervicales, après leur trajet ascendant vers le bulbe, doivent nécessairement rencontrer leurs cellules propres d'origine en un point rapproché du noyau dit du *trijumeau*. Ce point ne peut être que le ganglion restiforme qui, on le sait, n'est que le prolongement inférieur du *tuber cinereum*, et qui, représente, par conséquent aussi dans le bulbe, les amas cellulaires de la colonne de L. Clarke.

Par ses recherches, M. Pierret est conduit aux conclusions suivantes :

1° Les fibres sensitives des racines postérieures, des paires ner-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 27 novembre 1876.

veuses lombaires et dorsales se rendent en grande partie dans les colonnes de Clarke;

2° Les fibres sensitives des paires nerveuses cervicales se rendent dans une série de noyaux échelonnés dans le bulbe, au-dessus des noyaux vrais du trijumeau.

3° Ces deux chaînes ganglionnaires communiquent entre elles par des fibres ascendantes dont quelques-unes s'entre-croisent;

4° Ce système sensitif tout entier reste confiné dans l'aire des zones radiculaires postérieures.

Voulant contrôler ces données anatomiques par tous les moyens possibles, M. Pierret s'est adressé à l'anatomie pathologique.

S'attachant à une maladie nerveuse très-commune et dans laquelle les troubles de sensibilité sont, pour ainsi dire, prédominants, le *tabes dorsalis*, il a démontré que cette maladie peut à bon droit être considérée comme résultant de l'inflammation chronique du système sensitif dont il cherche aujourd'hui à établir l'anatomie.

Par une série d'études histologiques et cliniques, il a fait voir que cette inflammation évolue toujours dans le domaine des *zones radiculaires postérieures*. Il a pu, en effet, observer de nombreux cas de *tabes dorsalis*, dans lesquels il existait une sclérose des colonnes de Clarke, des ganglions restiformes ou des noyaux du trijumeau. L'existence d'une sclérose des noyaux d'origine des nerfs trijumeaux a été constatée récemment aussi, dans un cas du même genre, par M. Hayem.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, par lequel est approuvée l'élection de M. Jaccoud comme membre titulaire, en remplacement de M. Andral, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Jaccoud prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les lettres par lesquelles MM. les préfets de la Corrèze et de l'Yonne font connaître qu'aucune épidémie n'a été observée, en 1875, dans leurs départements.

2° Un rapport du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Tonnerre (Yonne), sur une épidémie de grippe, qui a sévi dans cet arrondissement, en 1875.

3° Le compte rendu des épidémies qui ont été observées, pendant l'année 1875, dans le département des Alpes-Maritimes. (Commission des épidémies.)

4° Les rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales de Cransac, de Sylvanes, de Cayla, de Prugues, de Bourbon-Lancy, de la Roche-Posay, de Lamalou, de Bagnols, du Vernet, pour l'année 1875; de Bains et Royat pour l'année 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Félix Guyon et Jules Rochard, pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Des lettres de remercîment de M. le docteur Bibard (de Pontoise), de M. le docteur Moncoq, de M. le docteur Doin, médecin major de première classe, lauréats de l'Académie.

3° Une note de M. le docteur Metzquer (de Montbozon) explicative des pièces anatomo-pathologiques que M. Jules Guérin a bien voulu présenter en son nom à la séance du 19 décembre dernier.

4° Une lettre de M. Baudemont, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Bordeaux, relative à l'invasion du phylloxera dans le Médoc.

PRÉSENTATIONS

M. Tarnier présente à l'Académie deux forceps qu'il a fait fabriquer par M. Collin.

es instruments ont sur le forceps ordinaire les trois avantages suivants :

1° De permettre à l'opérateur de pouvoir toujours tirer suivant l'axe du bassin, même lorsque la tête fœtale est arrêtée au niveau du détroit supérieur, et par conséquent d'épargner aux tissus maternels les compressions inutiles et dangereuses qu'ils subissent avec le forceps ordinaire.

2° De laisser à la tête du fœtus une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre la courbure de la filière pelvienne presque aussi librement que dans un accouchement naturel.

3° De présenter une aiguille indicatrice qui fonctionne automatiquement et montre à l'accoucheur dans quel sens il doit diriger ses tractions pour qu'elles soient irréprochables.

M. le président Bouley présente, au nom de M. le préfet de la Seine et des membres de la commission d'enquête pour l'assainissement de la Seine, trois volumes contenant les travaux de cette commission, ainsi que les documents relatifs à l'opération et à l'utilisation des eaux d'égout.

M. Bouley, à propos de l'accusation portée contre les eaux d'égout d'engendrer et de propager les maladies épidémiques, dit qu'il serait bon cependant de ne pas perdre de vue les faits d'observation suivants, qui lui sont communiqués et affirmés par M. Belgrand :

1° Les ouvriers égoutiers, qui forment une population nombreuse, sont généralement indemnes de maladies épidémiques;

2° Les promenades sur les eaux des égouts de la Seine ont toujours été sans inconvénients pour la santé des promeneurs et des promeneuses;

3° Enfin les nombreux ouvriers employés dans les dépotoirs de Bondy, loin d'être plus sujets que d'autres aux maladies épidémiques, forment, au contraire, une population remarquablement vigoureuse et saine.

RAPPORT

M. Depaul, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Hirtz et Jacquemier, lit un rapport sur un mémoire de M. le professeur Herrgott (de Nancy), intitulé : *Du spondylisème, ou affaiblissement vertébral, produit par le mal de Pott, cause nouvelle d'altération pelvienne, comparée à la spondylolisthésis ou glissement vertébral.*

Les conclusions de ce mémoire, approuvées par le rapporteur, sont les suivantes :

I. Les maladies de la colonne lombaire et du sacrum peuvent entraîner deux déformations essentiellement distinctes, selon que la carie atteint le *corps* ou l'axe de la vertèbre.

II. Dans la première, où est détruit le *corps* de la vertèbre, qui est le *soutien* de la colonne, celle-ci *s'affaisse* sur elle-même, et *s'incline*; cette inclinaison peut entraîner une projection en avant si considérable qu'elle *couvre* le détroit supérieur, et empêche l'engagement fœtal dans le canal; c'est cette lésion que nous avons avons appelée *spondylisème* (affaissement vertébral).

III. Dans la seconde, où est altéré *l'arc vertébral*, qui moyennant ses apophyses et ses surfaces articulaires *maintient* la colonne avec les ligaments et les muscles de la région, la colonne obéissant aux lois de la pesanteur, *glisse* en avant dans la cavité pelvienne *et elle l'obstrue*; c'est à cette lésion que Kilsan a donné le nom de *spondylolisthésie* (glissement vertébral).

IV. Dans le spondylisème, le diamètre sacro-pubien conserve sa longueur normale, il peut même être augmenté en raison de la diminution de la hauteur de la base du sacrum, mais le *détroit* à franchir par le fœtus est reporté plus haut, il est représenté par une ligne qui du pubis s'étend au corps d'une des vertèbres lombaires ou dorsales, rapprochées du pubis par l'inclinaison en avant de la colonne.

V. Dans la *spondylolisthésie*, le diamètre sacro-pubien est rétréci par l'interposition du corps des vertèbres lombaires entre le sacrum et le pubis, par suite de leur glissement dans le canal au-devant du sacrum.

VI. Les conséquences de ce dernier mode de lésion sont pour le bassin plus graves que celles du premier, mais les deux peuvent,

ainsi que le démontrent les faits, conduire aux nécessités les plus douloureuses de la médecine opératoire obstétricale.

M. le rapporteur analyse avec détails chacune des observations qui servent de base à ce travail, et dont la plupart sont empruntées à la littérature médicale étrangère; et il y ajoute un fait nouveau, récemment recueilli par lui, et qui concorde pleinement avec les données de M. Herrgott.

M. Depaul conclut en proposant d'adresser à M. Herrgott une lettre de remercîments et de classer ce distingué confrère, en première ligne, parmi les candidats au titre de correspondant national.

DISCUSSION

M. GUÉRIN demande à M. Depaul s'il s'est trompé en croyant comprendre que les deux espèces décrites rentrent également dans la classe des altérations qui résultent du mal de Pott.

M. DEPAUL répond affirmativement.

M. GUÉRIN reprend qu'alors il serait mieux de ne pas isoler, comme des altérations distinctes, deux des très-nombreuses déviations que le mal de Pott peut produire. Le bassin peut être déformé de mille manières, selon que la destruction porte sur le corps des vertèbres, sur l'arc vertébral, ou latéralement sur un des côtés, soit du corps, soit des apophyses. Il faudrait étudier également tous ces cas, et ne pas se borner à voir les deux premiers, en les nommant, l'un *spondylisème* et l'autre *spondylilisthésis*.

M. BLOT demande si la distinction entre le *spondylilisthésis* et le *spondylisème* conduit à quelque résultat pratique dans l'art des accouchements.

M. DEPAUL répond que le mémoire de M. Herrgott est d'un intérêt purement scientifique; mais n'en mérite pas moins l'attention, puisqu'il classe et fait bien connaître des faits qui jusqu'ici passaient inaperçus. S'il existe d'autres espèces de déviation également produites par le mal de Pott et pouvant avoir une influence considérable sur la parturition, ceux qui se trouvent en avoir observé des exemples feraient œuvre utile en les signalant.

M. GUÉRIN promet de faire des recherches sur ce sujet dans son musée particulier d'anatomie pathologique, et d'en communiquer bientôt les résultats à l'Académie.

Les conclusions du rapport de M. Depaul sont adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

383. Jacquey. Des complications des phlegmons de la région carotidienne.

384. Petit. Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes.

385. Mareau. Étude sur les calculs salivaires du canal de Warthon et de la glande sous-maxillaire.

386. Regard. Considérations critiques sur l'équilibre des liquides dans la cavité crânienne; application au sommeil naturel.

387. Regnault. Essai sur l'emploi de l'extension continue dans le traitement des fractures du fémur.

388. Boulanger. De la lymphorrhagie et en particulier de la lymphorrhagie consécutive aux plaies et aux inflammations suppurées des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

389. Piponnier. De l'angine rhumatismale.

390. Hermantier. De l'extirpation totale du larynx.

391. Richard. Du mode de formation des hernies ombilicales.

392. Guérin. Des kystes congénitaux du cou et de leur traitement.

393. Vaquier. Des abcès fétides.

394. Chopard. Contribution à l'étude du tétanos traité par le chloral.

395. Wertheimer. La douleur de la péricardite.

396. De Lagoanère. Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses.

397. Bertin. De l'insufflation pulmonaire chez l'enfant à l'état de mort apparente.

398. Gruget. De la fistule de la glande de Cowper.

399. Cousset. Contribution à l'étude d'éruptions cutanées dans les maladies chirurgicales.

400. Barré. Essai sur les ulcérations du col de l'utérus.

401. Drapier. Considérations sur l'hématocèle recto-utérine, consécutive à la pelvi-péritonite.

402. Pouget. De divers accidents liés aux maladies du foie, dont plusieurs intéressent la chirurgie.

403. Girardin. Des tumeurs des nerfs en général et des nerfs du creux poplité en particulier.

404. Richard. Des conditions dans lesquelles se développent les accidents secondaires de la syphilis.

405. Genevoix. Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie.

406. Faure-Lacaussade. Contribution à l'étude des formes cliniques de l'endocardite ulcéreuse.

407. Gavinzel. Étude sur la transfusion.

408. Chaboud. Essai sur l'urée.

409. Layrac. Contribution à l'étude de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire rétro-oculaire.

410. Recullard. Essai sur l'incontinence nocturne de l'urine chez les enfants.

411. Sabail. Contribution à l'étude des tumeurs syphilitiques des tendons et des aponévroses.

412. Peyronnet. Contribution à l'étude des phlegmons de la fosse iliaque, consécutifs à des perforations intestinales.

413. Mme Ribard. Du drainage de l'œil dans différentes affections de l'œil et particulièrement dans le décollement de la rétine.

414. Guenard. Des hémorrhagies alvéolaires à la suite d'extraction des dents; leur traitement.

414 *bis*. Bélière. Du traitement de l'éclampsie pendant la grossesse.

415. Fournet. De la température dans les fractures et luxations de la colonne cervicale.

416. Prengrueber. Physiologie des mucles de l'œil et leurs paralysies.

417. Coulliard. Contribution à l'étude des affections des glandes bulbo-uréthrales.

418. Iszenard. Études sur les parotidites.

419. Picqué. Essai de géographie médicale, contribution à l'étude de l'alcoolisme considéré sous le rapport de sa répartition sur les différents points du globe.

420. Hantz. Contribution à l'étude du cancer du foie.

421. Maunoir. De la contagion à l'hôpital des Enfants.

422. Arnulphy. Étude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure.

423. Brucy. Étude sur les kystes séreux des ganglions lymphatiques.

424. Deydé. Du mécanisme du raccourcissement apparent ou réel du membre, dans la coxalgie.

425. Letellier. Quelques considérations sur les climats chauds, et particulièrement l'Italie et la Sicile, dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

426. Peaucellier. Considérations sur la laryngite spasmodique des enfants dans ses diverses formes cliniques.

427. Eymery. Considérations sur le traitement des tumeurs blanches du genou chez les enfants.

428. Giberton-Dureuil. Considérations à propos de la température dans la pleurésie.

429. Caillet. De quelques cas d'ictère mécanique dus au cancer de la deuxième portion du duodénum.

430. Sigaud. Étude sur l'albuminurie dans l'érysipèle et la lymphangite.

431. Hugonneau. Étude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique.

432. Martin. Considérations sur la nature et le traitement de l'éclampsie puerpérale.

433. Marlier. Sur les abcès du creux poplité.

434. Boulay. De la réunion immédiate secondaire dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

435. Dudouyt. Essai sur l'importance du cercle ciliaire en pathologie oculaire.

La circulaire suivante vient d'être adressée aux membres de la *Société de médecine légale*. Nos lecteurs comprendront l'importance des documents que la savante compagnie se propose de recueillir et de mettre en ordre. Comme ces renseignements intéressent tout le corps médical, nous invitons nos confrères, même ceux qui ne font pas partie de la Société, à lui envoyer le texte des jugements ou arrêts qu'ils pourront se procurer sur toutes les questions afférentes à la médecine légale.

Paris, le 6 janvier 1877.

Monsieur et honoré collègue,

La Société de médecine légale vient de nommer une commission de jurisprudence, dont la mission est de réunir, en vue d'une publication méthodique, les décisions judiciaires qui se rattachent à la spécialité de la Société et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été l'objet d'aucun travail centralisé.

La commission fait appel à votre utile concours et vous prie de vouloir bien, autant que vos occupations et vos convenances personnelles vous le permettront, vous tenir au courant des débats qui pourraient se produire devant les tribunaux civils ou criminels et devant la cour dans le ressort desquels vous vous trouvez, et de lui faire parvenir les renseignements que vous aurez pu vous procurer.

Il importe surtout d'obtenir le texte exact des jugements et des arrêts rendus; d'indiquer, dans une notice sommaire, dans quelles circonstances de fait le procès s'est produit; de faire connaître autant que possible, les systèmes plaidés par les avocats, ainsi que les conclusions du ministère public. Dans le cas où l'on aurait fait usage soit de mémoires rédigés par les conseils des parties, soit de rapports d'experts ou de consultations d'avocats, ces pièces devront, s'il est possible, être réunies et adressés à la commission.

La commission n'attache aucun prix à ces résumés de jugements ou d'arrêts que les journaux politiques ou littéraires publient trop souvent et qui appartiennent bien plus au domaine de la fantaisie qu'à celui de la vérité. Elle vous demande, avant tout, le texte officiel des décisions rendues : vous pourrez utiliser à cet égard les journaux spéciaux et recourir à l'obligeance des avocats, des avoués et des greffiers. Nous pensons qu'une demande formulée avec discrétion et dans un but rigoureusement scientifique aura toujours les grandes chances d'être accueillie.

Il faut enfin indiquer à la suite des décisions le nom du tribunal ou de la cour qui a statué la date de la décision, les noms du président, du rapporteur si l'affaire a été jugée sur rapport, du magistrat du ministère public qui a conclu, des avocats ou des avoués plaidants.

Enfin, il serait utile de joindre à ces renseignements, lorsque cela sera possible, l'indication des précédents en jurisprudence et en doctrine qui ont quelque analogie avec la question résolue par la décision obtenue et peuvent être invoqués à l'occasion de cette question.

Il vous suffira d'ailleurs de jeter les yeux sur les recueils périodiques de jurisprudence générale pour apprécier l'esprit qui préside au travail de la commission et donner à votre collaboration tous les avantages pratiques qu'elle doit comporter.

Les communications devront être adressées au secrétaire de la commission : M. Émile Horteloup, avocat au conseil d'État et à la cour de cassation, rue d'Antin, 21.

Veuillez agréer, etc.

Pour la commission :

Le secrétaire,

E. Horteloup.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission chargée de l'examen du concours pour le prix de 50,000 francs, créé le 28 mars 1866, en faveur de l'auteur des applications les plus utiles de la pile de Volta, est composée ainsi qu'il suit :

Président, M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

MM. Becquerel, Bertholet, H. Sainte-Claire-Deville et Jamin (généralités et applications chimiques. — MM. Reynaud, Fremy et Rolland (lumière et chaleur). — MM. Paris, Morin, Hervé-Mangon et Rolland (mécanique). — MM. Vulpian, Cl. Bernard, Becquerel et Jamin (médecine et physiologie).—MM. Morin, Hervé-Mangon, Berthelot, Rolland et Jamin (télégraphie).— MM. Morin, Hervé-Mangon, Frémy, H. Sainte-Claire-Deville et Jamin (galvanoplastie et préservation des navires).

— *École de médecine de Clermont*. — M. de la Foulhoux est institué chef des travaux anatomiques pour une période de dix années.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Sirop de Rivière

ANTISCORBUTIQUE IODO-FERRÉ contre les affections lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques. 3 fr. J. Rivière, 68, Ch.-d'Antin, Paris.

Coton iodé préparé par **J. THOMAS,** *pharmacien de 1re classe, lauréat* (*médaille d'or*) *des hôpitaux*; *lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Glycérine, fer et quinquina.

Ces préparations utilisent les propriétés par nous découvertes à la *glycérine* de dissoudre la totalité des principes du *quinquina* et d'annihiler leur incompatibilité avec le *fer.* Quoique très-chargées de ces deux médicaments, elles combattent la **constipation** au lieu de la provoquer. Elles offrent un moyen agréable et sûr d'administrer la *glycérine pure* que les médecins anglais et américains emploient comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

Dito FERRUGINEUX (élixir) : quina, glycérine et fer (0.25 par cuill.) *troubles digestifs, fièvres intermittentes, typhoïde, chloro-anémie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES **Sirops du Docteur CHURCHILL** à *l'hypophosphite de soude ou de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

MALADIES DE LA GORGE, DES VOIES RESPIRATOIRES, ETC.

Eau minérale du Mont-Dore *arsenicale, bicarbonatée, ferrugineuse et gazeuse.* De 2 à 5 verres, en mangeant.

Agréable à boire. Ne décompose pas le vin.

L'établissement thermal du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), situé à 1046 mètres au-dessus du niveau de la mer, est ouvert du 1er juin au 1er octobre.

J. CHABAUD, concessionnaire.

Solution Coirre au

CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

24, rue du Regard, Paris, et pharmacies.

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR. 3, r. de la Monnaie, Paris.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Eaux arsenicales de LA BOURBOULE.

1° GRANDE SOURCE PERRIÈRE. La plus *arsenicale* connue, *chlorurée sodique* et *bicarbonatée sodique forte* : Lymphatisme, scrofule, maladies de la peau, fièvres intermittentes et rhumatisme (55°).

2° LA PLAGE. *Composition et propriétés analogues à celles de la source Perrière.*

3° SÉDAIGES. *Mêmes principes, mais à doses plus faibles que dans les sources précédentes.* S'emploie contre les mêmes affections chez les constitutions impressionnables et les tempéraments névropathiques.

4° FENESTRE N° 2, froide. *Minéralisation moyenne par l'arsenic, le chlorure de sodium et les bicarbonates, quantités notables de fer et de silice* : Chlorose, anémie, eczémas chroniques, syphilides invétérées.

5° FENESTRE N° 1, froide. *Mêmes principes chimiques, en quantité moindre, bicarbonate de magnésie en proportion sensible* : Gastralgies, dyspepsie, convalescence. Elle doit être utilisée comme *Eau de table* dans tous les cas où il s'agit de reconstituer un organisme affaibli.

Ces cinq Sources forment une série graduelle d'agents thérapeutiques que le médecin saura mettre à profit selon les circonstances.

Grâce à la fixité de leur composition, ces eaux se transportent sans subir aucune altération.

DÉTAIL : *Chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minérales.*

GROS : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses.*

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1877. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde.

Pendant que la question des bains froids, dans la fièvre typhoïde, continue à s'instruire et à se débattre à la Société médicale des hôpitaux, sur les faits recueillis dans les cliniques et les services hospitaliers de Paris et de Lyon, il nous arrive des échos de ce qui se fait aussi à cet égard sur d'autres points. Voici une thèse soutenue à Montpellier par M. Ulysse Galtier, sur des faits recueillis à l'hôpital de Nîmes, dans le service de M. Carcassonne. La manière très-scrupuleuse dont ces faits ont été étudiés et les conséquences très-réservées que l'observateur en a déduites nous ont paru de nature à inspirer une entière confiance et un réel intérêt.

M. U. Galtier a pu réunir vingt-quatre observations de fièvre typhoïde, traitées par la méthode réfrigérante, employée avec rigueur, sous toutes ses formes, bains, irrigations, lotions et lavements froids, à l'occasion, et en suivant strictement les règles établies. Il a constaté des succès et des insuccès et tout en admirant plus d'une fois la puissance du moyen, il n'en dissimule pas les dangers et les imperfections, et il a essayé, dans cette étude de déterminer les circonstances qui ne lui paraissent pas favorables à son emploi.

Dans ces vingt-quatre cas, sauf deux où l'application n'a pas été tout à fait rigoureuse, la méthode de Brand a été employée avec une scrupuleuse exactitude. Le résultat net a été celui-ci : sept décès sur vingt-quatre malades. Dans le plus grand nombre des cas, les bains froids ont remarquablement agi. Dans les formes d'intensité moyenne, l'amélioration a été immédiate et la guérison rapide ; dans les cas graves et très-graves, la méthode, dit M. Galtier, a révélé une puissance thérapeutique tout à fait incomparable. Sur les sept cas de décès, il y en a trois qui, dans son opinion, ne paraissent pas infirmer la formule de Brand. Mais pour quatre d'entre eux, non-seulement les bains froids n'ont pu efficacement combattre la maladie, mais les symptômes se sont aggravés (chez trois du moins) au moment de l'intervention hydrothérapique, et, dans ces cas, elle a été nuisible. D'où la nécessité à ses yeux, tout en conservant ce puissant moyen de guérison pour la plupart des cas graves, de chercher à se rendre compte des conditions qui en ont rendu l'application plus nuisible qu'utile dans certains cas, en un mot d'en étudier les contre-indications.

C'est de cette partie de la thèse de M. Galtier surtout, et des enseignements utiles qu'elles nous a paru contenir, que nous désirons entretenir un instant nos lecteurs. Un mot d'abord sur les circonstances auxquelles il a cru devoir attribuer l'issue malheureuse dans sept cas sur vingt-quatre.

D'abord de la lecture même des observations, il résulte cette première impression, que chez presque tous ces malades, dès le premier septénaire, l'appareil symptomatique se présentait avec un ensemble grave.

Une deuxième cause qui a contribué à élever le chiffre des décès a été un excès de régime, ce qui s'est produit notamment d'une manière très-évidente dans un cas.

Enfin une troisième cause que M. Galtier n'hésite pas à accuser d'avoir concouru à cette mortalité, c'est l'application trop rigoureuse de la méthode dans quelques cas de cette série. Quels sont ces cas, et qu'en doit-on induire pour l'avenir au point de vue des contre-indications? Voici, en résumé, quelles sont les contre-indications formulées par M. Galtier.

La première contre-indication se déduit du fait même du peu d'intensité de la maladie, se traduisant par une température peu élevée. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point.

Une deuxième contre-indication est dans les complications thoraciques. Mais à quel genre et à quel degré de ces complications commencera la contre-indication? Ici il y a à considérer, en effet, des cas très-différents.

En présence des râles bronchiques, on aura recours à l'eau froide, et même si ces râles sont nombreux, on ne devra pas se priver de compresses d'eau froide sur la poitrine, dans le cas où l'effet stimulant du bain ne suffirait pas à l'expulsion des mucosités bronchiques.

Si l'on a affaire à de l'engouement pulmonaire avec submatité, spécialement à la base, avec des râles sous-crépitants ou de gros râles crépitants, sans souffle, sans expectoration caractéristique, on emploiera encore des bains, si l'état du sujet l'exige d'ailleurs. Il n'y aura généralement pas là une contre-indication; mais, si la lésion pulmonaire paraissait changer de nature, si à un état passif succédait une pneumonie plus franchement inflammatoire, et que cette pneumonie parût s'aggraver au lieu de s'amender sous l'influence des bains froids, il faudrait suspendre la méthode, au moins dans ce qu'elle a de plus violent, le bain.

Cependant, si après cette suspension, la température continuait à rester très-élevée, l'état pulmonaire demeurant stationnaire, M. Galtier pense que, dans ce cas, on devrait réfrigérer par des bains à 25, 28, 30 degrés, mais alors plus prolongés.

Enfin si, cas beaucoup plus rare, il survient une complication de pneumonie franchement inflammatoire, de pneumonie fibrineuse, avec matité plus accusée que dans le cas précédent, avec de véritables râles crépitants fins, du souffle tubaire et une expectoration souillée ou sanguinolente, il faut s'abstenir des bains froids. Dans ce cas, si l'indication d'abaisser la température subsiste, on devra avoir recours aux bains tièdes, et aux toniques. — Cependant dans le seul fait de ce genre, qui s'est présenté à l'observation de l'auteur, le traitement par les bains a duré encore huit jours sans que l'état pulmonaire se soit aggravé, et le malade a guéri.

La même contre-indication a lieu chez les sujets faibles, à antécédents hémoptysiques, ce sera encore le cas de recourir aux bains tièdes, qu'on fera durer plus longtemps, si la chaleur résiste et que l'on secondera par une médication tonique active.

Les affections organiques du cœur sont une contre-indication formelle.

Les hémorrhagies intestinales sont-elles une contre-indication? Les observations faites par M. Galtier le portent à penser que le bain froid favorise les hémorrhagies internes. Elles ont été observées trois fois dans les vingt-quatre cas de la série, et chez l'un de ces malades les hémorrhagies ont recommencé à la reprise du bain. Il faudrait, dans les cas de ce genre, s'abstenir ou modifier la méthode.

A l'égard des complications cérébro-spinales, M. Galtier fait une distinction. Lorsque l'état cérébral se manifeste par du délire, sans qu'il y ait lieu de croire à un épanchement dans les ventricules ou à la base du cerveau, dans le début par exemple, non-seulement l'eau froide n'est pas contre-indiquée, mais elle est le plus sûr, le plus puissant sédatif. Deux observations en particulier en donnent la démonstration.

Mais lorsqu'il y a lieu de soupçonner un épanchement de l'encéphale, l'application de l'eau froide ne pourrait qu'augmenter l'hyperémie et, par suite, l'exhalation qui se fait dans le crâne. Dans les observations, il y a deux cas suivis d'autopsie, qui se sont comportés tous deux d'une manière différente, bien que l'issue ait été la même. Chez l'un de ces malades, les troubles nerveux s'amendaient pendant le bain et immédiatement après, pour recommencer ensuite; chez l'autre, les symptômes encéphaliques, toujours graves, augmentaient manifestement à chaque bain.

Il en est de même des symptômes dus aux complications spinales. Là encore, dans les cas de congestion vive et d'exhalation séreuse, les bains augmentent les symptômes. L'un des malades de la série a été dans ce cas.

Le collapsus est aussi, aux yeux de M. Galtier, un cas d'abstention.

Indépendamment des dangers qui commandent l'abstention, il y a aussi dans l'usage de la méthode réfrigérante un certain nombre d'inconvénients, qui ont été signalés.

En résumé, des faits observés et rapportés dans cette thèse par M. Galtier, il ressortirait les conclusions suivantes : que, pour les cas graves, aucune méthode n'égale en puissance la méthode réfrigérante; que, dans une foule de cas, il y a lieu de ne pas s'en tenir à ce seul ordre de moyens, qu'il est utile d'y joindre les toniques; enfin que cette méthode n'est pas utile dans tous les cas, et qu'il en est même dans lesquels elle peut être nuisible.

Prostatite phlegmoneuse. — Impossibilité du cathétérisme. Ponction hypogastrique. — Guérison.

M. le docteur Hobon (d'Alençon) nous transmet la relation suivante d'un cas, que nous croyons rare, d'une prostatite phlegmoneuse ayant donné lieu à une oblitération complète du canal de l'urèthre, au point de rendre le cathétérisme impossible et de nécessiter la ponction hypogastrique.

Voici le fait :

M. G... (d'Hauterives), ancien tailleur, âgé de soixante et onze ans, grand, maigre, névropathique, d'une vie exempte d'excès, est atteint de dysurie légère depuis trois ou quatre ans. Il ne se préoccupait pas trop de son état, quand, vers la fin d'octobre 1876, souffrant davantage, il alla consulter M. Hobon. Il lui apprit qu'il avait de fréquents et impérieux besoins d'uriner; que la miction était devenue très-douloureuse; qu'il urinait très-peu à la fois et éprouvait une pesanteur au périnée. Notre confrère ayant diagnostiqué une prostatite aiguë, prescrivit des boissons adoucissantes, du goudron, des bains de siége et l'application de quelques sangsues au périnée.

Le 1er novembre, le malade alla de nouveau voir M. Hobon, et, pour cela, il fit dix kilomètres à pied, la station assise étant douloureuse et provoquant les besoins d'uriner. Les symptômes étaient toujours les mêmes, seulement plus accentués. Dans le trajet, il fut obligé de s'arrêter très-fréquemment pour émettre quelques gouttes d'une urine claire, mais brûlante. La grosseur du jet avait sensiblement diminué de volume.

Le lendemain 2 novembre, M. Hobon fut appelé et constata une rétention d'urine. — Le malade n'avait pas uriné depuis la veille. — Il tenta de passer une sonde de moyen calibre, mais sans résultat. Il prescrivit des bains de siége, des cataplasmes sur le bas-ventre et une nouvelle application de sangsues au siége.

Le 3, la rétention d'urine continuait; la vessie remontait jusqu'à l'ombilic ; le malade commençait à souffrir cruellement. Nouvelle tentative prolongée de cathétérisme avec une sonde plus grosse; même résultat (même prescription).

Le 4, la vessie, un peu déviée à gauche, atteignait les fausses côtes; son globe se dessinait parfaitement sous les doigts chez cet homme maigre et de frêle musculature. État d'agitation extrême; souffrances atroces; facies exprimant la frayeur. Les tentatives de cathétérisme furent recommencées avec le plus de soin possible et avec des sondes de toutes les grosseurs. Mais, malgré tous les efforts, il ne fut pas possible d'y arriver. Le cas était pressant; le malade se désespérait et souffrait atrocement de la distension exagérée de la vessie; une rupture prochaine était à craindre. Il fallait prendre une détermination. M. Hobon enfonça à 3 centimètres au-dessus du pubis un trocart de moyen calibre, trocart à hydrocèle qu'il avait sous la main. La vessie fut vidée et, comme ce n'était là qu'un moyen palliatif, il retira la canule, ferma la plaie avec un morceau de sparadrap, et reprit, mais toujours en vain, ses tentatives : le canal restait imperméable.

Le 5, la vessie avait repris son volume de la veille; même impossibilité de passer un cathéter : la piqûre de la veille était cicatrisée. Il fallut en faire une nouvelle à peu près au même niveau, mais en laissant cette fois la canule à demeure, l'assujettissant avec quelques bandes de sparadrap, et en recommandant au malade de vider fréquemment la vessie.

Le 6, le malade avait un aspect souriant, qui contrastait avec la physionomie de la veille. Le moral était remonté. Pas de fièvre; pas de douleur à l'hypogastre. Les urines étaient légèrement sanguinolentes. Catéthérisme encore impossible. (Cataplasme laudanisé ; extrait de belladone.)

Les 7, 8 et 9 novembre, l'aspect sanguinolent de l'urine diminue de jour en jour; la fin de l'émission entraîne un peu de pus par la canule. L'état général est satisfaisant : l'appétit et la gaieté renaissent. Le soir, quelques légers frissons, qui disparaissent facilement sous l'influence de quelques doses de sulfate de quinine. Les jours suivants, le mieux général s'accentue. Le malade se lève quelques heures. Pendant tout ce temps, le cathétérisme est fait, prolongé et avec le plus de soin possible; la sonde arrivée à la profondeur de 0m15 à 0m16 s'arrête contre un obstacle infranchissable. Par le rectum, on sent une tumeur au niveau de la prostate. Ces tentatives de cathétérisme furent continuées tous les jours jusque dans les derniers jours de novembre, sans plus de résultat. A ce moment, ils furent cessés complétement, sur les instances même du malade qui s'accoutumait à sa canule.

Du reste, l'état général était excellent : pas de fièvre, pas de douleur dans le bas-ventre.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 25 décembre, jour où M. Hobon proposa d'essayer de nouveau le catéthérisme et introduisit sans trop grande difficulté une sonde n° 30, à bout olivaire. Arrivé à la portion membraneuse de la prostate, il éprouva une sensation de résistance, cette fois facilement vaincue. Il retira par la sonde une grande quantité de pus. La sonde fut laissée à demeure.

Le lendemain, 26 décembre, la canule fut enlevée, et la fistule hypogastrique fermée au moyen d'un carré de sparadrap. Une sonde n° 5 fut laissée deux jours à demeure. Pendant ce temps, les urines laissaient déposer une assez grande quantité de pus, et il s'en écoulait également entre les parois de la sonde et du canal, pour venir sourdre au méat : les parois de la sonde en étaient enduits.

Le 28, une sonde n° 7 passa sans grande difficulté et fut laissée, mais en prescrivant au malade de l'ôter quelques heures dans la journée. La fistule était complétement guérie.

A partir des premiers jours de janvier, le malade s'est sondé lui-même trois à quatre fois par jour.

Le 15 janvier, M. Hobon passe la sonde n° 7 sans aucune difficulté. L'urine ne dépose plus ; l'écoulement purulent n'a plus lieu ; le malade a repris son genre de vie habituel.

Ce fait est intéressant à un double point de vue ; comme exemple d'engorgement inflammatoire de la prostate oblitérant d'une manière complète le canal, au point de produire une rétention d'urine absolue et de rendre tout catéthérisme impossible ; et aussi commme exemple de l'innocuité de la ponction hypogastrique de la vessie, qui a permis d'arriver à la fin de la période inflammatoire, d'obvier à l'oblitération du canal et d'attendre la sortie du pus qui s'est faite par la vessie et par l'urèthre.

Quelques cas d'anévrysmes internes méconnus pendant la vie.

Voici quelques faits que nous relevons dans les derniers comptes rendus de la Société anatomique, et qui sont bien faits pour dérouter le diagnostic le plus sagace et le pronostic le plus prudent; ce sont des cas d'anévrysmes profonds presque impossibles à reconnaître où à soupçonner même, pendant la vie et dont la rupture spontanée par des voies diverses entraîne ordinairement une mort subite que rien ne pouvait faire prévoir ou quelquefoi donnent lieu pendant un temps plus ou moins long à une série de phènomènes bien faits pour dérouter le clinicien le plus habile. Il est très-utile de connaître ces faits dont la possibilité doit toujours rester présente à l'esprit du médecin, et qui, dans quelques circonstances peuvent être d'une très-grande importance au point de vue médico-légal.

Un homme de trente-neuf ans, entrait en septembre dernier dans le service de M. Lépine, à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres, pour une pleurésie gauche avec épanchement. Par l'exploration, on ne constate autre chose, en dehors de la pleurésie, que la difficulté très-grande que cet homme éprouve à se mettre sur son séant. Le traitement approprié à la pleurésie est institué. Le malade va un peu mieux dès le lendemain et les jours suivants, lorsque le sixième jour de son séjour à l'hôpital, après avoir éprouvé des douleurs dans le membre abdominal gauche, il se réveille brusquement dans la nuit, accusant une douleur vive dans l'abdomen; quelques instans après il était mort.

A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale gauche remplie de caillots sanguins, la rate et le sein de ce côté entourés d'une masse de caillots noirâtres, et, en soulevant les intestins, on tombe sur une vaste tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale, siégeant au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, et reposant sur la face antérieure et le côté gauche de la colonne vertébrale. Les corps des trois vertèbres en rapport avec l'anévrysme étaient usés ; mais le canal vertébral n'était point ouvert.

— A peu près à la même époque un homme mourait, dans le service de M. Potain, à Necker, à la suite d'hémoptysies très-abondantes et répétées. Les signes physiques indiquaient plutôt un ramollissement de foyers caséeux qu'une grande excavation au sommet gauche du poumon. A l'examen cadavérique on trouva une caverne qui n'avait guère plus que la grosseur d'une noisette ; mais cette caverne était en quelque sorte comme tapissée par les parois d'un anévrysme form aux dépens d'une petite branche de l'artère pulmonaire, qui s'était ouvert dans cette petite cavité.

— Mais un fait bien plus curieux encore, et qui a tenu longtemps en haleine les plus habiles cliniciens, est celui qui s'est passé, il y a déjà quelque temps, dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité et dans lequel des hémoptysies persistantes pendant plusieurs mois, dont on cherchait vainement la cause, s'étant terminées par une hémoptysie foudroyante, on reconnut à l'autopsie l'existence d'un anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches. Les détails de ce fait sont trop curieux pour nous borner à ce simple énoncé, mais trop longs pour que nous puissions les exposer aujourd'hui. Ce sera pour la revue prochaine.

Dr Brochin.

CARIES OSSEUSES, ABCES OSSIFLUENTS ET FISTULES CONSÉCUTIVES CHEZ DES SCROFULEUX; GUÉRISON RAPIDE PAR LE PHOSPHATE DE CHAUX

Par le docteur D. de Riols.

Les bons effets du phosphate de chaux dans les manifestations ordinaires de la scrofule sont trop connus, pour qu'il soit nécessaire d'en parler; mais il peut être intéressant de signaler son action dans les accidents graves qui accompagnent quelquefois cette diathèse. Ici la thérapeutique est souvent impuissante en effet, et l'on doit s'estimer heureux de rencontrer un médicament doué de quelque efficacité ; or, elle a été remarquable dans les deux cas que nous allons relater.

Fernand D..., âgé de dix-sept ans, a eu dans son enfance des ganglions suppurés dont il porte de nombreuses traces, et il y a quinze mois qu'il est atteint de la maladie pour laquelle il demande nos conseils.

Il a déjà fait une saison de Baréges, il a pris en quantité de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer; on

lui a fait de nombreuses injections de teinture d'iode, d'eau phéniquée et autres topiques qu'il ne peut nous indiquer, le tout sans résultats.

État actuel. — L'amaigrissement est extrême, la constitution profondément altérée. — La région tibiale gauche présente au tiers moyen un gonflement considérable; la peau, de couleur vineuse, est adhérente aux tissus sous-jacents. Une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords fongueux, se montre à la partie supérieure et donne issue à une secrétion séro-purulente fétide. Un stylet pénètre facilement à trois centimètres entre le tissu cellulaire et la substance osseuse, et on entend une crépitation caractéristique.

Comme traitement général, je prescris, à l'exclusion de tout autre médicament, quatre cuillerées par jour de solution de chlorhydro-phosphate de chaux, à prendre aux repas dans un peu de vin pur; régime aussi substantiel que possible. — Localement, je me borne à des irrigations d'eau alcoolisée et à l'application d'un gâteau de charpie imbibée d'eau chlorurée (hypochlorite de chaux).

Dès le dixième jour, l'état général s'était notablement amendé; un mois après, l'embonpoint était revenu, le gonflement avait disparu, l'ulcération s'était limitée et la secrétion purulente existait à peine. Enfin, deux mois après le début du traitement, la cicatrisation était complète, et l'état général excellent.

Le second cas ne m'appartient pas. Il m'a été communiqué par mon ami le docteur Dichary, qui a bien voulu me remettre à ce sujet une note sommaire; mais je connais la malade, je l'ai vue ces jours-ci, et depuis trois ans elle jouit d'une santé parfaite.

Mademoiselle C..., couturière, 14, rue de Lancry, est âgée de vingt ans. — Elle est anémique, délicate et présente les attributs du tempérament lymphatique.

Le 30 mai 1873, je fus appelé pour examiner son pied gauche qui depuis plusieurs jours présentait un gonflement douloureux. — Je trouvais à la face dorsale, plusieurs points fluctuants et je me bornais à prescrire des cataplasmes. — Bientôt il se fit plusieurs ouvertures spontanées qui furent suivies d'ulcérations assez étendues. Puis, à son tour, le talon devint le siége de violentes douleurs, d'abcès suivis de fistules, et on put facilement constater une carie du calcanéum.

Malgré un traitement général et local énergique, la situation resta la même jusqu'au 2 juillet. Ce jour-là, M. Demarquay appelé en consultation, engagea la malade à entrer à la maison municipale de santé. — Elle y fit un assez long séjour, mais ne voyant aucune amélioration, elle retourna chez ses parents.

Le pied était toujours très-gonflé, les fistules persistaient, et l'état général s'altérait de plus en plus, malgré un excellent régime et l'emploi des divers toniques, quinquina, fer, huile de foie de morue, etc. — C'est dans ces conditions que je lui conseillais la solution Coirre de chlorhydro-phosphate de chaux. — Une amélioration des plus sensibles eut lieu tout d'abord dans l'état général. Les joues se colorèrent, l'appétit et l'embonpoint revinrent; puis le pied diminua de volume, les fistules se tarirent, et la malade put faire facilement de longues promenades. — Après trois mois, la guérison était complète.

Quoique un peu écourtées, ces deux observations suffisent néanmoins pour montrer tout le parti que l'on peut tirer du phosphate de chaux et particulièrement du chlorhydro-phosphate de chaux dans le traitement des accidents graves de la scrofule, si longs en général à disparaître. Deux à trois mois ont, en effet, suffi pour obtenir une guérison définitive dans deux cas graves, déjà anciens, et chez lesquels toutes les ressources ordinaires avaient échoué.

Il nous semble, de plus, qu'on ne peut méconnaître l'action toute spéciale que le phosphate de chaux exerce dans ces cas, sur la réparation du tissu osseux, action dont on retrouve d'autres exemples dans le cas de fractures ou de blessures des os. — Une simple action reconstituante, comme celle qui a lieu dans l'anémie, la chlorose, la scrofule ordinaire, la phthisie, ne saurait suffire, en effet, pour expliquer des guérisons aussi rapides.

REVUE DE LA PRESSE

Valeur de l'otorrhagie dans la fracture du rocher. — On a généralement une certaine tendance à donner à l'otorrhagie une signification absolue dans le sens d'une fracture du rocher. M. le docteur Duplay a étudié, dans une leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, ce symptôme, et il a montré dans quelles circonstances on peut le rencontrer, sans cependant qu'il y ait une lésion aussi grave de la boîte osseuse. Non-seulement l'otorrhagie a lieu, dans le cas d'enfoncement de la paroi inférieure du conduit auditif externe par le condyle du maxillaire, non-seulement on l'observe dans le cas de fracture de l'apophyse mastoïde par un choc direct, mais elle peut encore reconnaître pour cause des lésions plus légères encore, telle que la simple déchirure de la membrane du tympan. Dans certains cas, le diagnostic est facile, mais il en est d'autres, surtout où l'otorrhagie s'accompagne de signes de commotion violente, de contusion, de compression du cerveau, dans lesquels on serait fortement porté à croire à une fracture du rocher. On diagnostiquera cette dernière d'abord par l'intensité de la commotion; une stupeur profonde et persistante indiquera un ébranlement considérable et pourra faire pencher vers l'idée d'une fracture. L'analyse chimique de l'écoulement séreux continuera ce diagnostic; si elle démontre qu'il est faiblement albumineux et qu'il renferme une proportion de chlorure de sodium assez notable, c'est que ce liquide n'est autre que le liquide céphalo-rachidien. De plus, l'otite séreuse ne s'établit qu'après quelques jours, tandis que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien est immédiat. De même, l'hémiplégie faciale, qui accompagne parfois la fracture du rocher, suit immédiatement le traumatisme et ne se prononce, au contraire, que tardivement dans l'otite moyenne. Enfin, la fonction auditive est complétement abolie dans le cas de fracture du rocher, tandis que la surdité relative qui suit la déchirure du tympan et l'otite moyenne n'apparaissent que tardivement. Cette déchirure de la membrane du tympan peut survenir par le refoulement brusque de la colonne d'air renfermée dans le conduit auditif, ou bien à la suite de violences traumatiques insuffisantes pour déterminer une fracture du crâne. — (*Prog. méd.*)

De la dyspepsie chez les nouveau-nés. — M. le docteur J. Simon indique, de la manière suivante, les signes de la dyspepsie chez les nouveau-nés et le moyen de la combattre.

Dès le début, l'enfant se plaint après chaque tetée, son ventre se ballonne et ses garde-robes s'altèrent. L'enfant devient grognon; il ne veut plus rester dans son berceau et souvent il est tourmenté par des hoquets. La respiration s'accélère, le sommeil fait défaut ou est troublé par la moindre cause. Parfois, des contractions passagères parcourent les muscles de la face. Le ventre est ballonné, résistant, sensible à la pression. Les garde-robes deviennent rares, fréquentes, granuleuses, composées de lait caillé blanc non digéré, de produits jaunes de la digestion, de glaires, de liquides bilieux, d'une odeur fade ou très-pénétrante. L'enfant réclame le sein à tout propos; la tetée est fréquemment interrompue par des coliques provoquées par l'ingestion du lait, sous l'influence desquelles il se tord dans les bras de sa nourrice. Le visage devient pâle, grimaçant, pendant que le pouls s'accélère et que les extrémités se refroidissent.

Ces signes, qui sont ceux du début, alors que la dyspepsie est encore limitée à l'estomac, ne sauraient être confondus avec un simple embarras gastrique. Dans cette affection, en effet, la langue est large, saburrale; le foie volumineux; les selles rares ou très-liquides, bilieuses, et l'état général présente un mouvement fébrile bien marqué. La gorge, la poitrine ou les fosses nasales présentent ordinairement une légère inflammation de la muqueuse. Enfin l'embarras gastrique, contrairement à l'état dyspeptique, se déclare rapidement et disparaît en quelques jours.

Enfin, on connaît les signes de l'entérite : coliques vives, diarrhée verdâtre, fièvre constante, altération plus profonde des traits, ventre très-tendu, chaud et très-sensible. Et à ces signes viennent se joindre des vomissements incessants de lait, de bile, de matières verdâtres, que l'on ne peut rattacher à une affection cérébrale. On a évidemment affaire à une gastro-entérite.

Mais la dyspepsie est elle intestinale, stomacale ou gastro-intestinale? Si les vomissements ou la lientérie prédominent, ils indiquent que l'affection porte ou sur l'estomac ou sur l'intestin. Si, au contraire, ces deux ordres de symptômes existent à la fois, leur association signifie l'extension de la maladie à tout le reste du tube digestif.

La cause la plus fréquente de la dyspepsie étant une alimentation vicieuse, nullement en rapport avec l'âge ou le développement de l'enfant, on s'appliquera d'abord à la faire disparaître, et pour cela, on s'assurera par des pesées de la quantité de lait puisé à chaque tetée. On examine également la qualité de cet aliment, s'il n'est pas trop riche en matières substantielles ou trop pauvres, et on y remédiera en soumettant la nourrice à une hygiène convenable. Pour faciliter la digestion, on couchera l'enfant sur le côté, particulièrement à droite; on remédiera à la constipation par des lavements et de la magnésie; on supprimera enfin les bains, qui sont une débilitation pour les petits malades.

Si la dyspepsie prend sa source dans l'état des organes abdominaux, on appliquera un bandage inguinal ou abdominal. Si, au contraire, elle est due à la lumière, aux parfums, au bruit, on calmera l'enfant avec de l'eau de fleurs d'oranger, de laurier-cerise, des bains de tilleul.

Enfin, contre la dyspepsie elle-même, on aura recours au carbonate de magnésie, à l'association du bismuth et de la magnésie calcinée, aux eaux de Vals, de Vichy, le bicarbonate de soude, l'eau de chaux, la potion de Rivière, etc. Contre la diarrhée, on se trouvera bien des lavements émollients amidonnés, cuits.

Une préparation dont M. Simon obtient, dans ces cas, d'excellents résultats, est la suivante:

Eau de gomme.	100	grammes.
Bismuth.	4	—
Eau de chaux.	10	—
Laudanum de Sydenham. . . .	1	goutte.
Sirop.	20	grammes.

Enfin, si ces moyens échouent, on pourra appliquer au creux de l'épigastre quelques petits vésicatoires volants et pratiquer journellement des fomentations chaudes d'alcool et de lavande sur les membres inférieurs. — (*Un. méd.*)

Du rôle du calomel dans le traitement de la dysenterie. — D'après M. le docteur Puglièse, de Tarare, l'agent le plus efficace, spécifique même, dans le traitement de la dysenterie, serait le calomel. C'est à ce sel de mercure que seraient dus tous les succès que l'on obtient avec ces diverses préparations préconisées par chacun de leurs auteurs, et dans la composition desquelles il entre toujours à dose plus ou moins élevée. Ceci serait si vrai, dit l'auteur, que jamais on n'aurait vanté l'emploi isolé de l'opium, du jalap, de l'ipéca, auxquels on associe le plus ordinairement le calomel et qui, loin d'ajouter à sa force, ne fait souvent qu'entraver son action. Aussi M. Puglièse emploie-t-il toujours le calomel seul, à doses divisées de 10 centigrammes par paquet, qu'il fait prendre d'heure en heure ou toutes les deux heures, suivant les cas, et cela jusqu'à 12 ou 15. Enfin, le poison dysentérique, appartenant à la classe des hyposthénisants M. Puglièse a recours en même temps aux excitants, tels que le café, les vins généreux, le quinquina, etc. — (*Lyon méd.*)

De la gravité des plaies du poumon par projectiles de guerre. — On s'accorde généralement à regarder comme mortelle toute plaie du poumon par arme à feu. Cependant de nombreux exemples, observés lors de notre dernière guerre, sembleraient témoigner qu'il n'en est pas toujours ainsi; et, récemment encore, M. le docteur Lemaistre a signalé un nouveau fait qui viendrait à l'appui de cette dernière opinion. Il est relatif à un individu, qui s'était tiré un coup de révolver dans l'abdomen, et chez lequel la balle, après avoir traversé le diaphragme, le poumon droit, la plèvre, les parois thoraciques, était allée se fixer sur le tendon huméral du grand dorsal. Chez ce malade tout s'est passé sans autre accident qu'une pleurésie, et, un mois et demi plus tard, la guérison était complète.

Cette bénignité relative, qui caractériserait actuellement les lésions du poumon par projectile de guerre, serait due, d'après M. Lemaistre, à la substitution des balles coniques aux balles rondes. Au lieu de détruire comme celle-ci, tout ce qu'elles rencontrent sur leurs passages, les premiers pénètreraient surtout en écartant, en refoulant ses parties, à la manière d'une aiguille. — (*Journ. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne.*)

Du psoriasis de la langue. — M. le professeur Trélat a récemment appelé l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie, sur une affection qu'il désigne sous le nom de psoriasis de la langue et qui, après avoir débuté le plus plus souvent par des taches blanches, pourrait revêtir la forme ulcéreuse et se transformer en tumeurs épithéliales et même en cancroïdes. Dans ces deux circonstances, l'ablation par l'instrument tranchant des parties malades pourrait seule amener la guérison.

M. le docteur Devergie a eu fréquemment l'occasion d'observer cette maladie, à laquelle il a donné le nom de psoriasis et qu'il regarde comme une affection bien moins grave que le prétend M. Trélat. Pour ce savant dermatologiste, elle consisterait au début dans l'existence d'une petite tache blanche opaline, siégeant dans l'épithélium de la muquense linguale, indolore, soit spontanément, soit au toucher, et enfin ne s'accompagnant d'aucun état inflammatoire, dans sa crconférence ni dans l'épaisseur des tissus. Cette affection, d'après E. Devergie, n'aurait donc rien de commun avec le psoriasis de la peau, maladie caractérisée par l'épaississement ou inflammation généralement chronique de la peau et par la production ou la secrétion d'un épiderme plus ou moins adhérent. En effet, non-seulement dans le soi-disant psoriasis de la langue, il ne se détacherait pas un atome d'épiderme, non-seulement on n'observerait pas cette inflammation qui accompagne toujours l'affection analogue de la peau, mais encore la première pourrait revêtir deux formes graves, qu'on ne rencontre jamais dans le psoriasis qui se développe à la surface des téguments, à savoir, la transformation de ces taches en tumeurs épithéliales et en cancroïdes.

Pour toutes ces raisons, M. Devergie préfère se borner à dire: taches blanches épithéliales de la langue.

Quant au traitement qui, d'après M. Trélat réclamerait l'intervention du bistouri, il consiste pour M. Devergie, dans la simple cautérisation des plaques laiteuses avec le caustique suivant:

Eau distillée.	8	grammes.
Protonitrate de mercure cristallisé.	4	»
Acide acétique.	2	»

(*Un. méd.*)

Des signes de la dilation cylindrique de l'aorte thoracique ascendante. — Un des caractères de la dilatation cylindrique de l'aorte thoracique ascendante serait, pour M. le docteur Guéneau de Mussy, la perception sur le trajet de ce vaisseau d'un souffle tympanique dû à la propagation du second bruit du cœur. Son maximum d'intensité correspondrait au trajet de la portion ascendante de l'aorte, mais souvent il retentirait au loin dans toute la partie antérieure du côté droit ou derrière le sternum, quelquefois à gauche et même en arrière, près du rachis. Son intensité serait en rapport de l'étendue de la dilatation et de la rigidité des parois vasculaires. Cette modification du second bruit pourrait être le seul signe de l'artériectasie; mais, dans certains cas, il existerait en même temps, derrière le sternum et le long de cet os, une matité qui lui serait parallèle et mesurerait l'élargissement du vaisseau. D'autre part, quand l'aorte déborde le sternum et quand la dilatation aortique remonte jusqu'à la crosse, on pourrait sentir, à la naissance de celle-ci, une impulsion vague et profonde, isochrone à la systole ventriculaire. Enfin ces caractères seraient plus ou moins modifiés, quand une tumeur viendrait s'ajouter à la dilatation cylindrique. On pourrait alors, ainsi que l'a fait M. Guéneau de Mussy, diagnostiquer l'association de ces deux lésions par la réunion des signes propres à l'une et à l'autre. — (*France méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. HOUEL, président sortant, invite M. Panas à prendre place au fauteuil.

M. PANAS exprime à ses collègues les sentiments que lui a inspirés l'unanimité de leurs suffrages, et, sur sa proposition, des remercîments sont votés à son prédécesseur et au bureau sortant.

CORRESPONDANCE

M. PAULET, secrétaire général, dépouille la correspondance qui comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une lettre de M. Cras (de Brest), membre correspondant, qui adresse une observation d'*anévrysme de l'artère radiale* suivie de réflexions venant à l'appui de l'observation lue par M. Cazin (de Boulogne), dans la séance du 10 janvier.

3° Une intéressante observation due à M. Kœberlé (de Strasbourg), membre correspondant, de *rétroversion irréductible de l'utérus ayant amené par la compression de l'intestin un arrêt complet des matières fécales accompagné des symptômes ordinaires de l'obstruction intestinale, guérie par la gastrotomie.* L'utérus fut redressé en passant le doigt par l'ouverture faite à la paroi abdominale, et les accidents cessèrent. Profitant de l'incision déjà faite, le chirurgien fixa un des ligaments dans la plaie, dans le but d'obtenir l'adhérence de l'utérus à la paroi, et obtint en effet la guérison complète. Il avait sacrifié un ovaire sain, mais il n'eut pas agi ainsi si l'ouverture du ventre n'avait été déjà faite pour une opération d'absolue nécessité. Il s'élèverait au contraire violemment contre une opération de ce genre faite d'emblée pour redresser un utérus infléchi.

4° Une lettre adressée par M. Péan, en réponse aux attaques dont il a été l'objet de la part de M. Kœberlé, dans une séance récente de la Société. Après quelques observations de MM. Perrin, Verneuil, Le Fort, Desprès et Guyon, une commission composée de MM. Le Fort, Perrin et Desprès, rapporteurs, est chargée de faire un rapport sur cette lettre qui soulève une question délicate de droit en même temps qu'une question importante de priorité.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente :

1° De la part de M. Reclus, aide d'anatomie, une observation d'*épithélioma terébrant du maxillaire supérieur ;*

2° Une thèse d'un de ses élèves sur le *traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale par la compression de l'aorte avec anesthésie ;*

3° Un travail de M. Longuet, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, intitulé : *de l'Influence des maladies du foie sur la marche des lésions traumatiques ;*

4° Une lettre de M. Albert (de Vienne), membre correspondant étranger, rappelant trois observations de *kyste huileux*, dont deux ont été publiées par lui dans un manuel de chirurgie et dont la troisième est due à un chirurgien de Prague. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un kyste huileux du cou ;

5° Au nom de M. Nicaise et des autres directeurs, le premier numéro d'une *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.*

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Dumesnil (de Rouen) et Gayet (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATIONS

De la commotion cérébrale. — M. DUMESNIL donne lecture d'un travail sur la *commotion cérébrale* qu'il considère comme entité morbide. Dans les autopsies de deux sujets emportés rapidement par la commotion cérébrale et dont l'un était un soldat qui avait sauté d'un quatrième étage lors de l'incendie du théâtre des Arts, et l'autre une petite fille de sept ans qui avait reçu sur la tête un corps lourd, M. Dumesnil ne constata aucune fracture. Les principales lésions étaient une exhalation de sang dans les mailles de la pie-mère, assez considérable pour donner à celle-ci une teinte rouge vif, l'aplatissement des circonvolutions, un piqueté de la substance cérébrale, lésions ayant amené une perturbation de l'innervation vaso-motrice et par suite une congestion pulmonaire qui semble avoir causé la mort. Le cœur était vide. L'auteur pense que, dans tous les cas de mort par commotion cérébrale, on doit retrouver ces lésions. Ceux dans lesquels on ne les trouverait pas ne doivent pas être rapportés à la commotion.

De l'emploi du cautère actuel dans le traitement des maladies de la cornée. — M. GAYET expose les résultats qu'il a obtenus de la *cautérisation ignée appliquée aux maladies de la cornée.* Des expériences faites sur des animaux avec un cautère très-fin, lui ont démontré que cette opération n'était pas suivie d'une très-grande réaction, comme on pourrait le craindre, et que la plaie produite guérissait rapidement et avec simplicité. Quoique l'auteur se propose d'étudier encore cette question, les résultats obtenus lui ont paru assez satisfaisants pour qu'il en fasse dès maintenant l'objet d'une communication. La première fois qu'il osa appliquer à l'homme ce nouveau moyen thérapeutique, il s'agissait d'un de ces ulcères atoniques profonds, en coup de burin, à fond blanc, pulpeux, qui occupait le centre de la cornée depuis cinq mois, et qui, loin de s'améliorer sous l'influence des traitements ordinaires, s'aggravait au contraire continuellement. Après une cautérisation faite avec une aiguille de Baer rougie, cet ulcère guérit en huit jours.

Dans un autre cas, un peu de même nature, mais plus grave, une kératite panneuse consécutive à l'ulcération des cartilages tarses et compliquée d'ectropion, un second succès vint encore encourager ces tentatives.

Le traitement, par cette méthode, des abcès profonds de la cornée offre de grands avantages. Les plaies se détergent beaucoup plus rapidement que par les autres traitements, mais, comme dans celui de Sœmisch, il faut quelquefois y revenir à plusieurs reprises. D'ailleurs cette cautérisation légère n'est pas douloureuse, et le malade, s'il n'est pas prévenu, ne se doute pas de ce qu'on lui fait, et M. Gayet s'est convaincu qu'elle n'est pas non plus dangereuse. Dans un cas tout récent, un fait curieux s'est produit ; il s'agissait d'un abcès occupant les deux tiers de la cornée et déjà pulpeux en un point. Ce point fut touché au fer rouge, et au même instant toute la bordure de l'abcès en rapport avec la cornée saine reprit tout à coup sa transparence sur une étendue de deux millimètres. Il a déjà été touché à plusieurs reprises et est en voie d'amélioration.

DISCUSSION

M. PERRIN. Les expériences très-intéressantes de M. Gayet montrent, une fois de plus, combien il y a de ressources dans la cornée comme puissance de réparation ; mais il y aurait danger à accepter la pratique qu'il propose au détriment de celle de Sœmisch, dont les résultats sont excellents et le procédé simple. La cicatrice linéaire qui résulte de l'opération de Sœmisch nuit peu à la vision, même dans les cas d'ulcération centrale de la cornée. Elle s'animait peu à peu. M. Perrin a été tellement satisfait des résultats qu'elle donne qu'après ne l'avoir appliquée d'abord qu'aux ulcères serpigineux, il en est venu à l'employer pour tous ceux qui résistent un peu longtemps à un traitement local et général. Jamais sur environ trente cas qu'il pourrait réunir, il n'a eu à combattre de synéchie antérieure, complication qu'on reproche à l'opération de Sœmisch. Peut-être fait-il une incision moins étendue que ce dernier.

M. GIRAUD-TEULON s'étonne de nombre d'opérations faites par M. Perrin pour un cas aussi bizarre.

M. PERRIN répond qu'il a étendu cette opération à des cas qui ne sont pas indiqués par Sœmisch, poussé par les excellents résultats qu'elle donne.

M. TERRIER. M. Gayet a cité trois faits dans lesquels il s'agit d'un ulcère atonique, d'un abcès de la cornée, d'une kératite panneuse. Cette dernière maladie s'accompagne fréquemment d'un hypopion, on l'a même appelée *ulcère à hypopion.* L'incision, large, permet de réduire l'hypopion et donne d'ailleurs une cicatrice peu gênante, tandis que la cautérisation produit un leucome qui est persistant.

M. Gayet répond à M. Terrier qu'il n'en est encore qu'à la période d'expérience, et à M. Giraud-Teulon, qu'il a déjà réuni douze observations d'opérations de Sœmisch, dont dix pratiquées pour des abcès très-graves, de grande dimension, menaçants, qui ont même quelquefois résisté à ce traitement, malgré la précaution de déterger la plaie deux fois par jour, comme il l'a observé dans l'ulcère des moissonneurs, qui se termine si souvent par synéchie et leucome.

M. Trélat vient d'examiner les cautères dont se sert M. Gayet, et dont quelques-uns lui paraissent très-volumineux pour certaines opérations très-délicates. Dans certains cas, comme le trichiasis rebelle, une anse très-mince de galvano-cautère, dont on peut régler la température avec le doigt, lui a été très-utile pour faire de petites cautérisations.

COMMUNICATIONS

Corps étranger de la vessie. — Hernie ombilicale étranglée. — **M. Nicaise** a extrait de la vessie d'un homme de soixante-dix ans une tige de blé vert qui y avait été introduite dix jours auparavant. Ce corps étranger avait déterminé du ténesme et de la cystite. L'extraction fut faite sans difficulté avec le lithotriteur à cuiller. Cette tige avait 17 centimètres de long; elle avait conservé sa consistance et sa couleur, et était déjà recouverte par places de petites incrustations phosphatiques. Le malade sortait guéri trois jours après.

La seconde communication de M. Nicaise a trait à une hernie ombilicale étranglée qu'il a eue à opérer dans les circonstances suivantes : une femme de cinquante-quatre ans, marchande des quatre saisons, obligée par sa profession de faire de violents efforts de voix, portait depuis l'âge de trente-quatre ans une hernie ombilicale qu'elle réduisait d'abord facilement. Un bandage fut appliqué, mais depuis douze ans elle ne s'en servait plus. Lorsqu'on apporta cette femme dans son service, la hernie était étranglée depuis cinquante-huit heures, aucun taxis n'avait été fait que par la malade elle-même. M. Nicaise fit une incision en T et découvrit une masse peu volumineuse, résistante, jaunâtre, vasculaire, comme graisseuse, qui était le sac. Les parois avaient 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Il n'y avait pas de péritonite herniaire ni de lésion grave de l'intestin. Après l'ouverture du sac la réduction fut facile, et la guérison fut le résultat de cette grave opération.

Cette observation est à ajouter à celles mentionnées l'année dernière par MM. Desprès, Perrin, A. Guérin, Verneuil, et répond aux objections faites contre toute intervention chirurgicale dans les cas d'hernie ombilicale étranglée, d'un certain volume.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. de Saint-Germain présente un appareil qu'il a fait fabriquer et qu'il se propose d'appliquer aux coxalgiques de son service.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. Anger présente un enchondrome de la glande sous-maxillaire dont il a fait l'extraction dans son service. Ces cas sont rares. L'observation qu'il résume sera la quatrième publiée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 janvier 1877, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine à la Martinique.

Au grade de chevalier : M. Merlaux, dit Ponty, médecin de première classe de la marine.

— Dans sa séance du 23 janvier, le conseil municipal de Paris a adopté le projet d'agrandissement de l'École de médecine, dans la limite d'une dépense de 3,992,413 francs. Il a été décidé que le plan de la façade qui doit s'élever sur le boulevard Saint-Germain sera mis au concours.

— *Ophthalmoscopie médicale et cérébroscopie.* — M. Bouchut commencera le mardi 30 janvier, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses leçons d'ophthalmoscopie médicale à l'aide de projections lumineuses oxhydriques.

— L'Association des médecins de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle le dimanche 28 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Barth.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1876 par le secrétaire général. — 2° Ratification des décisions adoptées par la commission générale dans sa séance du 5 mai 1876 : *a*). Désormais, en exécution de l'article 6 des statuts, les noms des membres sortants de la commission générale ne seront plus placés dans l'urne lors du tirage au sort des membres appelés à les remplacer. — *b*.) Tout membre nouvellement admis sera convoqué pendant l'année courante aux séances de la commission générale, et y assistera avec voix consultative. — 3° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un trésorier. Candidats proposés : président, M. Barth; vice-présidents : MM. Béclard et Noël Guéneau de Mussy; trésorier, M. Genouville. Ces propositions de la commission générale sont de simples indications.— 4° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 12 — MARDI 30 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 30 JANVIER 1877. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

UNE CHAIRE NOUVELLE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

II

La condition fondamentale d'admissibilité au professorat de la Faculté de médecine est d'avoir fait, pendant deux ans au moins, un cours public « complet » sur la matière que l'on demande à enseigner. En dehors de M. Baillarger, dont le nom ferait bien vite disparaître l'incompatibilité, quels sont les médecins qui rempliraient les conditions exigées?

1° M. Lasègue. — Se refuse jusqu'à présent à inaugurer l'enseignement nouveau, il est cependant le seul qui puisse remplir cette tâche, avec une incontestable supériorité, au grand amphithéâtre et au lit du malade. Si ses collègues insistent davantage encore, font appel à tout son dévouement et arrivent enfin à vaincre sa répugnance, il conserverait sa position actuelle et y serait suppléé par un agrégé, puis il serait délégué pendant trois ans à la chaire nouvelle, rentrerait dans l'étude de l'aliénation mentale et prierait son excellent ami, M. Jules Falret, de devenir modestement son chef de clinique. Il réclamerait également la nomination d'un directeur de laboratoire. Au bout de trois ans, M. Lasègue serait mis en demeure d'opter : il reprendrait sa chaire de clinique à l'hôpital de la Pitié ou serait définitivement institué professeur de médecine mentale.

Cette combinaison réussira-t-elle? Elle rencontre de très-chauds partisans et serait acceptée par les élèves avec un véritable enthousiasme.

Si M. Lasègue persistait néanmoins dans son refus, on songerait à prier M. Charcot de vouloir bien se charger de la fondation, à l'hospice de la Salpêtrière, d'un grand enseignement clinique des « maladies cérébrales, mentales et nerveuses », et l'on annexerait à son service actuel, déjà si considérable cependant, les bâtiments de l'ancien service de M. Trélat père.

La Faculté, d'accord avec l'administration, ferait arriver dans ces bâtiments un certain nombre de femmes hystériques, épileptiques, paralytiques, aliénées, etc. On pressent aisément que la Salpêtrière, sous la lumineuse inspiration et la féconde impulsion d'un maître tel que M. Charcot, deviendrait la première école d'anatomie pathologique du monde. Dans cette hypothèse, la chaire d'anatomie pathologique à l'École serait déclarée vacante.

De sérieuses objections sont faites à ce projet. Les Chambres ont voté une chaire de médecine mentale, la Faculté a le désir d'instituer un enseignement à la fois théorique et clinique, et l'on déférerait à tant de vœux par une grande création scientifique à côté de la question? On répond à cela que M. Charcot est un véritable chef d'école, qu'il est très-suivi à la Salpêtrière, très-sympathique aux élèves, que nul ne connaît mieux que lui le système nerveux, qu'il n'est point du tout étranger à la pathologie de l'intelligence, qu'il a été autrefois l'un des auditeurs les plus assidus de M. Baillarger, qu'il a eu de fréquentes occasions de voir et d'observer des aliénés de très-près; et que, d'ailleurs, il ne manquerait pas de prendre pour chef de clinique un aliéniste très-exercé et capable de faire au besoin des conférences complémentaires et officieuses sur les manifestations délirantes des malades du service.

Si le droit de vote était dévolu aux élèves, il arriverait certainement ceci : la masse compacte des étudiants élirait M. Lasègue, mais le corps de l'internat se prononcerait en faveur de M. Charcot. La nuance entre les deux professeurs et les deux enseignements est là tout entière.

2° M. Cavalier. — Professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Montpellier et chargé du cours complémentaire sur les maladies mentales, médecin en chef de l'asile des aliénés de l'Hérault. Il a peu écrit, mais est réputé dans le midi de la France. On s'accorde généralement à lui reconnaître du talent. Se déciderait-il à venir à Paris?

3° M. Dagonet. — Professeur agrégé à l'ex-Faculté de médecine de Strasbourg, ancien professeur complémentaire de maladies mentales, près cette même Faculté, ex-médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin) et aujourd'hui médecin en chef du service des hommes à l'asile de Sainte-Anne, à Paris. M. Dagonet est un aliéniste compétent, expérimenté, instruit et modeste. Il ferait de très-bonnes leçons et imprimerait aux élèves une sage direction scientifique. Il est un peu froid, mais il fait consciencieusement sa visite et est réellement apprécié. Il a récemment publié un « Traité des maladies mentales », et, dans l'enseignement clinique qui avait été commencé, il y a quelques années, à l'asile Sainte-Anne, il avait été de beaucoup le plus remarqué des médecins de cet établissement.

4° M. Legrand du Saulle. — Pathologiste profond, clinicien habile, médecin légiste perspicace, il excelle dans l'art

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 janvier.

d'interroger les malades, les aliénés et les criminels. Il est doué de rares aptitudes oratoires. Sa parole magistrale fait autorité devant les tribunaux; ses leçons sont traduites dans plusieurs langues et ses ouvrages sont couronnés par la Faculté de médecine et par l'Institut. Très-recherché dans la pratique pour la précision de ses diagnostics et la sûreté de ses conseils, il est devenu l'une des notabilités scientifiques de l'époque. A Bicêtre et à l'infirmerie spéciale de la Préfecture, il ne prend point de congés, ne se repose jamais et travaille sans cesse. En ce moment encore, il a entrepris des travaux considérables sur la médecine légale et la folie. Très-indépendant de caractère, droit dans ses allures, simple dans ses goûts, il vit éloigné de toutes les agitations mondaines, consacre invariablement ses veilles à l'étude, n'est candidat nulle part et ne semble pas se douter qu'il réussirait partout. Il aime passionément la science, ne se souvient plus d'avoir donné pendant la Commune un exemple unique de bravoure professionnelle, se trouve satisfait de ce qu'il a et n'ambitionne ni la robe rouge ni les 13,000 francs qui aideront à en supporter le poids. Il n'a été faire antichambre chez personne et se réserve pour l'éventualité de la mise au concours de la chaire nouvelle. M. Legrand du Saulle, c'est quelqu'un.

5° M. Aug. Voisin. — Ancien chef de clinique de la Faculté, médecin de la Salpêtrière, directeur des secours publics de la Ville de Paris, membre du conseil de salubrité, il est à la fois candidat à l'Académie et à la Faculté. Laborieux, persévérant, zélé et ardent, il est anatomiste convaincu et thérapeutiste osé. Il a une grande force de volonté, a confiance en lui, et paraît désireux de s'élever de plus en plus. Son activité est incomparable. Il travaille beaucoup, s'occupe de ses élèves, fait prendre toutes les observations des malades, passe plusieurs heures par jour dans son service, expérimente sur les animaux, se tient très au courant des idées et des tendances du jour et a néanmoins une vaste pratique urbaine. Il a publié un ouvrage important sur « l'hématocèle rétro-utérine » et a rédigé d'une façon très-distinguée plusieurs articles de pathologie nerveuse ou mentale dans le « Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie ». Bien qu'il ait l'élocution un peu pénible, il professe cependant avec succès. S'il était choisi par l'École, il remplirait certainement sa tâche avec l'entrain le plus méritoire et la foi la plus robuste.

III.

Nous venons de passer en revue les hommes méritants qui, à la Faculté ou en dehors d'elle, remplissent la première des conditions exigées, celle du stage professoral préalable. Lorsque M. Germain Sée, — pour ne parler que des vivants, — a été nommé professeur, sans avoir passé par l'agrégation, il avait non-seulement rendu de grands services à la science, mais il avait remporté des succès signalés dans son enseignement particulier. Or, à l'occasion de la chaire de médecine mentale, l'École usera de son droit et recherchera les mêmes services, les mêmes aptitudes. Que penserait-on d'elle, si elle désignait un homme inhabile dans l'art de la parole et qui inaugurerait par une syncope sa série de leçons théoriques, au grand amphithéâtre?

Pour remplir la double obligation professorale imposée, tout candidat devra donc être clinicien et orateur.

Ce qui a fait autrefois le grand succès de M. Lasègue dans l'enseignement complémentaire des maladies mentales, c'est qu'il faisait (1) à la fois deux leçons théoriques par semaine à l'École et une leçon clinique à la Salpêtrière, dans le service de Falret père. Il montrait à ses auditeurs du dimanche matin, des malades répondant aux délires et aux types décrits par lui dans les leçons faites au grand amphithéâtre. Ce mode d'enseignement a paru alors si utile, si profitable et si précieux, que la chaire nouvelle sera formellement édifiée sur cette base.

(1) Chaque *année* et non chaque *mois*, comme nous le fait dire une faute typographique, dans notre précédent article.

Et maintenant quel sera l'élu?

Si la Faculté n'arrive pas à décider M. Lasègue ou M. Charcot, elle déléguera pour trois ans l'enseignement des maladies mentales à l'un de ses agrégés, soit à M. Ollivier, soit à M. Bouchard, soit à M. Benjamin Ball, soit enfin à un ancien agrégé de Strasbourg, M. Dagonet, mais simplement avec le titre de « chargé de cours ».

Si toutes ces combinaisons échouent et si la Faculté ne parvient pas à grouper une majorité autour du nom d'un médecin aliéniste, pris en dehors de l'enseignement officiel, ne devrait-elle pas ajourner à trois ans sa résolution définitive et utiliser les 13,000 francs, dont elle dispose déjà depuis un mois, en subventions de quelques cours libres? Nous n'avons d'autres soucis que les besoins pressants de l'enseignement et les véritables intérêts des élèves, et ce que nous désirons par-dessus tout, c'est que l'on fasse de la science et que l'on travaille. L'École de médecine de Paris ne jouira d'une grande prépondérance scientifique en Europe, qu'autant qu'elle réunira autour d'elle un certain nombre d'auxiliaires, pour combler toutes les lacunes actuelles de son enseignement. Qu'elle autorise, qu'elle encourage et qu'elle fasse rémunérer les cours utiles et indispensables qu'elle ne fait point elle-même; qu'elle se complète officieusement; qu'elle ne s'arrête à aucune considération mesquine; qu'elle ne redoute aucune rivalité; qu'elle distribue la science à pleines mains, et elle sera vraiment une grande école libérale.

Pour ne point sortir du sujet qui nous occupe, qu'elle organise, surveille et subventionne, pendant trois ans, des cours publics sur les maladies mentales; qu'elle désigne M. Aug. Voisin pour la Salpêtrière; M. Legrand du Saulle, pour le grand amphithéâtre de la Faculté; M. Jules Falret, pour Bicêtre; M. Dagonet, M. Bouchereau ou M. Magnan, pour l'asile Sainte-Anne, et elle créera une émulation énorme, suscitera des recherches constantes, des travaux nombreux, des thèses remarquables et un mouvement scientifique réel dans un ordre d'idées que l'on ne suivait plus depuis longtemps. Les Chambres ont demandé un professeur et ont voté pour lui un gros traitement; eh bien, sans déplacer personne dans le service médical des aliénés de Paris, nous venons d'en trouver quatre et nous sommes sûr qu'ils accepteraient parfaitement chacun le quart de la somme inscrite de ce chef au budget de la France.

Après ce stage de trois ans, la Faculté instituerait définitivement le professeur le plus digne.

Nous proposons là, il est vrai, quelque chose comme un concours déguisé; mais, dans l'espèce, et en face des difficultés pendantes et des perplexités actuelles d'un certain nombre des membres de la Faculté, notre combinaison ne serait-elle pas l'épreuve la plus pratique et la plus probante à imposer aux candidats?

En résumé, que l'École choisisse l'un des siens. Si elle n'y parvient pas, qu'elle se garde bien d'improviser une « étoile ». Qu'elle temporise et juge les hommes à l'œuvre. Dans trois ans, la lumière vraie se sera faite.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. De la fistule à l'anus chez les tuberculeux. — II. Orchito-épidydimite consécutive au cathétérisme. — III. Rétention d'urine avec mixtion par regorgement chez les accouchées et les hystériques.

I. — Il n'est pas rare de voir les malades rapporter la douleur qu'ils éprouvent à toute autre cause que celle qui la fait naître en réalité.

Nous avons en ce moment, au n° 24 de la salle des hommes, un jeune homme qui présente tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire à un degré très-avancé, caractérisée par l'existence de cavernes au sommet des deux poumons, par des râles humides, du souffle amphorique, etc.

La raison pour laquelle il est entré à l'hôpital est une fistule de l'anus qui, au dire du malade, serait extrêmement douloureuse. En examinant cette région, on constate en effet, à droite de l'orifice anal, une petite ouverture qui conduit dans un trajet très-long, situé immédiatement sous les téguments et qui aboutit à l'intérieur de l'intestin. Mais, en même temps, on remarque qu'il existe du côté opposé, à gauche, une hémorrhoïde externe, bleuâtre, volumineuse, congestionnée, qui est évidemment seule la cause réelle de la douleur. Aussi, quand sous l'influence du repos, de cataplasmes de fécule, d'amidon, cette hémorrhoïde aura cessé d'être congestionnée, il est vraisemblable que le malade ne souffrira plus.

Nous pourrions ici nous poser la question de savoir s'il n'y a pas lieu de délivrer ce garçon, par une petite opération chirurgicale très-simple, de sa fistule à l'anus. Je n'y suis pas disposé pour deux raisons. La première, c'est qu'une opération, si simple qu'elle fût, pourrait être suivie d'accidents d'autant plus sérieux, que nous avons affaire à une constitution minée, épuisée par la phthisie.

La deuxième, c'est que la cicatrisation des plaies de la région anale est souvent très-lente, très-difficile à obtenir, et que, pour les raisons encore que je viens de vous indiquer, la guérison serait infiniment plus longue à obtenir chez un sujet tuberculeux.

Je ne veux pas dire que la tuberculose soit une contre-indication absolue du traitement, par une opération chirurgicale, de la fistule à l'anus. Non, car si la maladie est peu avancée ; si elle n'en est encore qu'à cette période où il existe simplement quelques masses, quelques granulations tuberculeuses dans le poumon, avec des signes physiques très-peu prononcés ; si, en un mot, la constitution n'est pas affaiblie d'une manière sensible, il est possible que l'on ne voie pas survenir d'accidents plus fâcheux que ceux qui peuvent se produire chez des gens robustes et que la cicatrisation se fasse assez rapidement. Je veux dire seulement que notre malade qui est extrêmement amaigri, qui tousse, qui crache énormément, qui tous les soirs enfin présente un léger état fébrile, n'offre pas un état général assez satisfaisant pour que je croie à propos d'intervenir par une opération contre une fistule qui, malgré le dire du malade, ne provoque aucune douleur.

Mais, d'un autre côté, il est une variété de fistule, extrêmement douloureuse, dont le trajet est ordinairement court, qui est située à une certaine distance de la peau et qui enfin, s'accompagne de callosités. Celle-là, au contraire, on peut l'opérer malgré la tuberculose, pourvu toutefois que cette dernière ne soit pas à un degré par trop avancé, d'autant plus qu'elle est extrêmement gênante et entrave les mouvements.

II. — J'ai quelquefois appelé votre attention sur des sujets qui présentaient des orchites uréthrales non pas blennorrhagiques, mais simplement consécutives au cathétérisme. Je vous ai dit que ce fait se rencontrait particulièrement chez des adultes et que, en raison de leur âge, de la constitution des malades, la résolution de l'épidydimite, de la vaginalite commençante avec épidydimite, était non-seulement plus lente à se produire que chez les jeunes gens, mais encore que l'inflammation avait tendance à la terminaison par suppuration.

Nous avons en ce moment, aux numéros 41 et 43 de la salle Sainte-Vierge, deux malades qui présentent des faits de ce genre.

Celui du n° 43 est un individu de quarante-deux ans dont l'affection, qui date d'une quinzaine de jours environ, s'est manifestée à la suite d'une opération de cathétérisme dirigée contre un rétrécissement assez étroit, indolent, qui n'avait jamais été traité, et dont la durée remonte à quinze ans. Très-peu de temps après cette petite opération, il a vu survenir une épidydimite, qui, bien que la résolution ne marche pas très-vite, est actuellement en voie de guérison et ne menace pas de se terminer par suppuration.

Le second malade a soixante-deux ans. C'est un individu qui présentait une rétention d'urine absolue et chez lequel j'ai pratiqué, après avoir vainement essayé d'introduire une sonde dans l'urèthre, la ponction de la vessie. Peu de jours après, ce malade a présenté une tuméfaction extrêmement douloureuse du testicule droit, dont l'origine remonte évidemment aux tentatives de cathétérisme auxquelles je me suis livré.

Il offre ceci de particulier que l'épidydimite est extrêmement douloureuse, que le moindre mouvement, soit pour marcher, soit pour s'asseoir, retentit d'une façon très-pénible sur la région scrotale, et qu'enfin cette épidydimite qui fut la suite d'une uréthrite traumatique et non blennhorragique est en voie de suppuration.

III. — J'arrêterai maintenant, un instant, votre attention sur une femme qui, bien que le diagnostic de l'affection dont elle est atteinte soit plutôt médical que chirurgical et que je ne sois même pas encore très-fixé sur la partie de son état maladif qui touche à la chirurgie, mérite cependant de vous être signalée.

Il s'agit d'une blanchisseuse, couchée au n° 6 de la salle. Elle est âgée de vingt-six ans et a eu deux enfants. Elle déclare qu'elle a assez facilement des attaques de nerfs. Ces crises nerveuses, que nous avons vues d'ailleurs se manifester sous nos yeux, nous autorisent à croire que nous avons affaire à une hystérique. La malade est entrée à l'hôpital, se plaignant d'un gonflement de ventre et de douleurs vagues dans cette région. Quand elle est restée debout pendant un certain temps, elle éprouve une sensation de pesanteur, de tiraillement, qui la forcent bientôt à s'asseoir. Cet état, qui dure depuis environ un mois, six semaines, et qui la gêne beaucoup pour l'exercice de sa profession, l'inquiète assez elle-même pour qu'elle se soit crue obligée de venir nous trouver.

Voulant m'assurer si ces symptômes coïncidaient avec quelques troubles gastriques, je lui ai d'abord demandé si elle vomissait, si elle ne présentait pas quelques phénomènes qui permissent de croire à une grossesse. Elle nous a déclaré qu'elle avait bien, le matin, quelques renvois de matières glaireuses, mais qu'elle présentait ce phénomène depuis longtemps déjà et qu'il existait indépendamment de la gestation. D'autre part, les règles sont régulières, et ne viennent jamais en retard ; la malade n'a ni leucorrhée, ni métrorrhagie, et enfin ni l'appétit ni les digestions ne sont troublées.

Il s'agissait donc, par l'étude des caractères physiques, de trouver l'explication de ce gonflement, de cette distension du ventre, ainsi que de la sensation de gêne et de pesanteur que la malade éprouvait dans la station verticale.

Pour cela, j'ai d'abord pratiqué le palper abdominal. Le ventre était assez souple; cependant, au dire de la malade, il est ordinairement bien plus gros et bien plus tendu.

A la percussion, on constata de la sonorité dans la région sus-ombilicale de l'abdomen et dans une certaine partie de la région située au-dessous de l'ombilic; mais, à mi-chemin de l'ombilic et du pubis, ce symptôme fait place à un certain degré de matité. De plus, au niveau de la région hypogastrique, c'est-à-dire à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la percussion provoque des douleurs assez vives en même temps qu'on constate la diminution de sonorité. Ces phénomènes appellent tout de suite mon attention du côté de la vessie, et je consulte les commémoratifs. Les réponses de la malade sont assez vagues, souvent même contradictoires, néanmoins, il n'est pas douteux, d'après ce qu'elle raconte, qu'elle a des envies d'uriner plus fréquentes que les femmes n'en ont ordinairement, car toutes les heures, toutes les demi-heures, elle éprouve le besoin de vider sa vessie. Ce besoin est si pressant, que, si elle essaye de se retenir, elle perd ses urines involontairement. Eh bien, une femme qui, comme celle-ci, éprouve des besoins fréquents d'uriner; qui, quand elle ne les satisfait pas, est impuissante à retenir ses urines, est évidemment une femme qui présente quelque trouble particulier du côté de la vessie, et chez laquelle il y a lieu de croire que le réservoir urinaire ne se vide pas complétement après chaque miction. Ces symptômes appartiennent à la rétention incomplète d'urine, ils appartiennent à la miction par regorgement.

J'ai donc sondé cette malade et bien qu'il y eut une heure à peine qu'elle avait uriné, elle a rendu une quantité assez notable (400 grammes environ), d'une urine très-claire, très-limpide, comme en rendent les individus nerveux.

Je crois donc que cette femme a une maladie du ventre qui tient à ce qu'elle ne vide pas complétement sa vessie, et c'est d'ailleurs ce qu'expliquent très-bien la matité que donne la percussion à la région hypogastrique et les douleurs que la malade perçoit en ce même endroit.

Il faut savoir, en effet, que la rétention incomplète d'urine par regorgement est un phénomène bien plus fréquent qu'on ne le croit, chez les femmes qui viennent d'accoucher d'abord, puis chez les hystériques.

Après les couches, en effet, il arrive souvent que les femmes n'urinent que quelques gouttes. Dans ces cas, le ventre se gonfle et devient très-douloureux, soit spontanément, soit à la pression, et apparaissent les symptômes de la rétention d'urine avec miction par regorgement, et caractérisé surtout par des envies fréquentes d'uriner, par du ténesme, qui tiennent simplement à ce que la vessie ne se rétractant pas, par inertie de ses fibres musculaires, elle ne se débarrasse qu'incomplétement du liquide qu'elle contient. Or, si dans ces cas, vous ne trouvez pas de symptômes de cystite, si vous ne trouvez pas de pus dans les urines, défiez-vous : vous avez peut être tout simplement affaire à une rétention d'urine avec miction par regorgement.

Cette affection n'est pas propre seulement aux femmes qui viennent d'accoucher, elle s'observe encore chez les hystériques : et c'est précisément parce que notre malade a souvent des attaques de nerfs, que j'ai penché chez elle à la maladie que je viens de vous décrire. Le seul traitement, auquel nous devons la soumettre, consiste dès lors dans le repos, dans l'administration des antispasmodiques, et enfin dans le cathétérisme répété deux ou trois fois par jour.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. Besnier.

La fièvre typhoïde, après avoir subi à la fin de juillet, à l'époque régulière de son accroissement saisonnier annuel, une exacerbation exceptionnelle, a atteint son paroxysme au mois de novembre. A partir de cette époque, elle a subi un affaissement brusque. Ainsi on compte 84 décès en juillet, 306 en août, 265 en septembre, 188 en octobre, 551 en novembre, 253 en décembre. Maladie permanente, la fièvre typhoïde subit avant tout, dans la succession de ses phases très-régulières, l'influence saisonnière. M. Besnier s'efforce de donner la démonstration de cette loi, qui permet de prévoir avec sécurité l'apaisement prochain de la maladie, alors même qu'elle semble s'accroître. Il rappelle qu'il a pu ainsi annoncer la déchéance actuelle de la fièvre typhoïde. D'après la même loi, il croit pouvoir annoncer que la décroissance habituellement lente de la maladie maintiendra jusqu'au printemps l'épidémie à un degré supérieur à la moyenne normale. Le moment n'est donc pas venu de fermer les services supplémentaires et de suspendre les services prophylactiques.

Pendant le second semestre de l'année 1876, le total des décès causés à Paris par la fièvre typhoïde a été de 1,645, chiffre près de trois fois plus élevé que le chiffre moyen de la mortalité propre à cette maladie, avant ce semestre, lequel oscille entre 500 et 600. Il est impossible, avec l'organisation municipale actuelle, de savoir quel a été le nombre de typhoïdiques correspondant à ces 1,645 décès. Mais, prenant pour moyenne de la léthalité générale de cette épidémie 20 pour 100, on arrive au total probable de 8 à 9,000 sujets atteints, soit 1 sur 200 habitants.

M. Besnier donne ensuite un aperçu sommaire sur la fièvre typhoïde en Europe pendant le deuxième semestre de l'année 1876. Les conditions saisonnières restant les mêmes, la fièvre typhoïde subit, dans ses oscillations, des variations absolument locales; il était donc intéressant de comparer ce qui s'était produit dans les autres pays d'Europe. A défaut, dans notre système administratif pourtant si luxuriant, d'un bureau ou observatoire central international où l'on pût recueillir et distribuer les documents de la statistique médicale courante, M. Besnier a dû avoir avoir recours à l'obligeance de M. le docteur Pietra Santa, qui a bien voulu solliciter, en tous lieux, la réponse à cette question, à savoir si la fièvre typhoïde avait été dans les autres pays plus ou moins fréquente, plus ou moins grave que dans la période correspondante des années antérieures.

Voici un aperçu sur ces documents qui, montrant ce que peut l'initiative individuelle et privée, fera comprendre ce que pourrait et ce que devrait l'action générale et publique.

En *Angleterre*, il est très-difficile dans l'état actuel de la statistique anglaise de comparer le mouvement de la fièvre typhoïde dans les deux pays de France et d'Angleterre. En effet, à côté de l'affection désignée sous le nom de *enteric* (*or typhoid*) *fever*, qui représente assez bien la fièvre typhoïde se trouvent, sur les colonnes mortuaires, les noms de *simple continue fever* et de *diarrhœa*, qui inspirent des doutes sérieux. Toutefois, M. Besnier a pu arriver à cette conclusion, qu'il avait surtout pour but, à savoir que, pendant que la fièvre typhoïde régnait à Paris avec tant d'intensité, le *registre général* démontre la diminution régulière de cette lamentable affection, et il attribue ces heureux résultats à l'extension des mesures de prophylaxie. Cependant, quelques villes du Royaume-Uni ont fait exception à cette bénignité générale.

A *Bruxelles*, pendant la même période, la fièvre typhoïde a été d'une bénignité excessive et toute exceptionnelle.

Dans les *Pays-Bas*, à Rotterdam, épidémie estivo-automnale supérieure à celle de l'époque correspondante des années antérieures.

En *Hongrie*, mortalité typhoïde inférieure à celle de la période correspondante des deux années précédentes.

En *Russie*, à Saint-Pétersbourg, épidémie estivo-automnale plus intense que dans les années précédentes.

En *Suède*, à Stockholm, épidémie typhoïde supérieure à la moyenne.

En *Suisse*, à Zurich, la fièvre typhoïde a sensiblement diminué depuis les travaux d'assainissement et, ajoute le docteur Friedr. Goll, grâce au traitement par la méthode expectante et les bains frais. Cependant, en 1876, elle a dépassé la moyenne mortuaire des quatre années précédentes.

En *Italie*, dans la plupart des villes, l'année 1876 a été bénigne au point de vue de la fièvre typhoïde. A Gènes seulement, paroxysme épidémique assez intense pendant le troisième semestre.

En *Espagne*, bien que la fièvre typhoïde soit habituellement peu fréquente dans la capitale et ses environs, jamais les médecins n'ont rencontré moins de fièvres typhoïdes que pendant ces six derniers mois.

En *Afrique*, à Alger, chiffre des décès par la fièvre typhoïde inférieur à celui des années précédentes.

Ainsi, en Europe, comme en France, existe une inégalité manifeste entre les diverses régions d'une même contrée, ou les différentes villes d'une même région sous le rapport de l'intensité de la fièvre typhoïde pendant une même période donnée. Nulle part elle ne paraît avoir atteint le degré relatif d'intensité qui a été constatée à Paris. Dans les pays où la fièvre typhoïde est constante, comme dans le nôtre, c'est la période estivo-automnale qui produit le plus de typhoïdiques. Dans les pays à typhus, le paroxysme de la fièvre typhoïde semble quelquefois reporté à une période hivernale, mais c'est le résultat de la confusion des deux dénominations, l'hiver étant pour le typhus ce que la période estivo-automnale est pour la fièvre typhoïde.

M. Besnier étudie ensuite l'influence du sexe, des professions et de l'acclimatement sur le développement des épidémies typhoïdes. Si l'on s'en rapporte à la proportion des décès suivant le sexe, on trouve, en moyenne, 51,66 pour les hommes et 48,34 pour les femmes.

Mais la maladie peut être plus meurtrière dans un sexe que dans l'autre, et c'est précisément ce qui a lieu pour la fièvre typhoïde.

En effet, calculant sur le nombre des malades atteints dans les hôpitaux, pendant quatre années consécutives, on trouve sur 5,766 sujets adultes, 3,990 hommes, soit 66,65 pour 100 et 1,876 femmes seulement. Sur 742 enfants traités pendant la même période, pour la même maladie, il y a 395 garçons contre 347 filles, c'est-à-dire 52,23 pour 100 d'une part et 46,77 de l'autre. Dans l'épidémie actuelle, les femmes ont été frappées en plus grand nombre que d'habitude. M. Besnier montre, en outre, par des chiffres, que la mortalité typhoïde est d'une façon générale plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

En résumé, la fièvre typhoïde atteint un nombre d'hommes notablement plus élevé que celui des femmes, de garçons que de filles, mais la mortalité relative de la maladie étant plus élevée chez les femmes et les filles, le tribut définitif payé par ces deux sexes à la maladie devient, en réalité, sensiblement égal.

L'influence des professions proprement dites est peu accentuée et très-difficile d'alleurs à déterminer. Cependant M. Besnier a réuni un grand nombre de documents qui lui permettent de donner à ce sujet les renseignements suivants : les terrassiers, que l'on avait supposé être plus exposés, ne comptent que pour un nombre insignifiant, pas plus que les tourneurs et les passementières, qui sont cotés aux mêmes taux. Le premier rang de la liste est occupé par les domestiques. L'âge des malades, leur origine étrangère à la ville, et surtout leur nombre toujours croissant expliquent cette surcharge. Viennent ensuite les journaliers, c'est-à-dire la catégorie la plus nombreuse et la plus malheureuse, puis les ouvrières à l'aiguille, qui constituent aussi une classe nombreuse et malheureuse ; puis ceux que l'on pourrait désigner sous le nom d'ouvriers à la plume, c'est-à-dire les professeurs, les écrivains, auxquels on pourrait joindre les artistes. Au-dessous, aucune catégorie professionnelle ne se chiffre plus par centaines et n'intervient évidemment qu'au prorata de son nombre absolu.

Toutefois les étudiants en pharmacie paraissent avoir été frappés relativement en assez grand nombre. Cela tient probablement à ce que ces étudiants sont généralement dans une position peu fortunée et demeurent dans l'hôpital. Quant aux infirmiers et aux infirmières que l'on pourrait croire plus exposés à la transmissibilité, la statistique montre qu'ils ne figurent que pour 11 sur le total général de 2,315 malades, chiffre égal à celui de la première profession venue, les doreurs, par exemple. M. Besnier fait remarquer également l'absence, sur le tableau qu'il a dressé, des élèves en médecine ; d'autre part, M. Archambault fait remarquer qu'à l'hôpital des Enfants la contagion et même la transmission individuelle de la fièvre typhoïde a été absolument nulle. On peut donc en conclure que la transmissibilité directe de la fièvre typhoïde est, sinon nulle, au moins exceptionnelle.

Suivant M. Besnier il faut être extrêmement réservé sur l'emploi du mot contagion, relativement à la fièvre typhoïde, alors que les sujets atteints sont placés les uns et les autres dans les mêmes conditions, et soumis à respirer le même air, à boire les mêmes eaux et à digérer les mêmes aliments. Lorsqu'un typhoïde arrive dans un hameau vierge de la maladie et que ses déjections sont jetées dans l'unique ruisseau qui sert à la fois d'égout et de fontaine, on voit souvent les habitations placées en aval être atteintes, tandis que celles qui sont en amont sont respectées. Ce sont là des questions qu'on a tort de vouloir résoudre. Chaque médecin doit savoir que la fièvre typhoïde peut être contagieuse, que les déjections des malades sont une cause manifeste de transmission ; mais on sait aussi que l'origine réelle, commune, habituelle est très-souvent fort obscure.

M. Besnier se livre ensuite à une étude comparative de la fièvre typhoïde dans les divers arrondissements et quartiers de Paris, de l'influence de l'altitude, de la situation de la densité de la population, des eaux potables, etc.

Grâce à l'assistance si active de l'administration préfectorale dirigée par M. Pelletier, M. Besnier a pu réunir un grand nombre de documents, sans lesquels il lui eût été impossible d'éclairer les questions importantes que nous venons d'indiquer. C'est, non pas dans les arrondissements, mais bien dans les quatre-vingts quartiers de Paris que M. Besnier a étudié chacune de ces questions.

Pour les quartiers, comme dans les arrondissements, il faut chercher ailleurs que dans le nombre des habitants ou même de leur agglomération une cause active de propagation typhoïde. Assurément le nombre et la densité de la population ne sont pas tout à fait sans action, mais les quartiers les plus frappés sont souvent médiocrement peuplés et nullement compactes. Le quartier le plus frappé dans l'épidémie actuelle est celui du Gros-Caillou ; or, il n'est que le trente-troisième sur l'échelle de population absolue et le cinquante-troisième sur l'échelle de densité. Le quartier de la Sorbonne qui est le neuvième sur l'échelle de densité n'est que le quarante-cinquième pour la maladie typhoïde. Ce qui est frappant c'est que la situation centrale et basse semble favorable au développement de la maladie, tandis que la position périphérique et élevée, paraît limiter considérablement son action. L'altitude moyenne des quartiers les plus frappés est considérablement inférieure à l'altitude moyenne des quartiers les plus épargnés.

M. Besnier a aussi étudié la question des eaux de boissons, bien qu'il se croie en mesure de démontrer ultérieurement qu'elle n'a pas toute la valeur qu'on lui a accordée. Tout d'abord il fait observer : 1° que les neuf dixièmes des habitants boivent aujourd'hui d'autre eau que de l'eau de Seine et que la canalisation des eaux de bassin les met à l'abri des mélanges infectieux ; 2° qu'il est extrêmement difficile de préciser l'origine exacte de l'eau de boisson. Si l'on ajoute à cela qu'un grand nombre d'habitants ne s'alimentent pas là où ils sont domiciliés, que d'autres boivent des eaux de puits, on comprendra, dit M. Besnier, combien cette question est complexe et avec quelle prudence il faut l'aborder.

M. Besnier remet la suite de ces importantes études à un autre rapport.

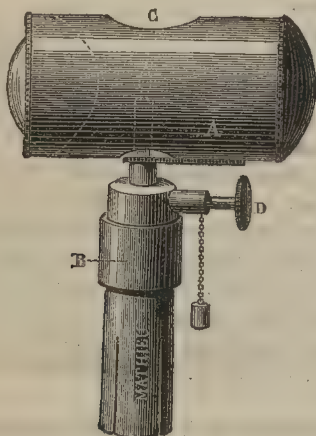
SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

Laryngoscope. — M. LIBERMANN présente le réflecteur laryngien dont il se sert pour l'examen laryngoscopique des malades dans leur lit. Cet instrument se compose d'un cylindre creux en cuivre noirci, portant à une de ses extrémités un miroir réflecteur concave et à l'autre une lentille biconvexe à foyer très-court. La partie inférieure est percée d'un trou surmonté d'un tube fendu formant pince et destiné à recevoir le bec d'une lampe à essence minérale, dont la lumière se trouve placée au centre du miroir et au



foyer de la lentille, de façon à donner des rayons parallèles. La lampe porte à son extrémité inférieure un tube fendu servant de manche, et sur le côté une clef destinée à lever ou abaisser la mèche qu'on imbibe d'essence minérale, au moyen d'une éponge placée dans le corps de la lampe, et qu'on allume par le trou pratiqué à la partie supérieure du cylindre. Quand les malades peuvent tirer eux-mêmes la langue hors de la bouche, on tient le réflecteur de la main gauche, le miroir laryngien de la main droite, et l'on peut ainsi éclairer le larynx et recevoir l'image laryngienne sans le secours de personne. Si, au contraire, le malade est trop abattu ou trop faible, on le fait soulever par un infirmier, de la main gauche on tire sa langue, et de la droite on tient le miroir laryngien pendant qu'un aide éclaire la cavité buccale avec le réflecteur. Il faut avant l'examen avoir soin de nettoyer les fuliginosités qui tapissent l'arrière-gorge, au moyen d'un pinceau de charpie imbibé d'eau vinaigrée. Quand le malade est dans le collapsus, l'examen est naturellement impossible. Dans les autres cas, avec un peu d'habitude, on obtiendra presque toujours une image très-nette ; il faut cependant profiter de toutes les circonstances favorables pour apercevoir la glotte et se contenter souvent d'une image fugitive pour ne pas fatiguer le patient.

Le réflecteur laryngien qui a été construit et inventé en 1869 par notre habile fabricant d'instruments M. Raoul Mathieu est une modification ingénieuse du grand appareil d'éclairage de Mandl. M. Libermann l'a toujours employé avec le plus grand avantage. Il se servait auparavant du laryngoscope de Moura, monté sur une lampe et tenu par un aide ; mais l'examen est des plus incommodes avec ce système.

Le réflecteur laryngien peut également servir à éclairer l'oreille et les fosses nasales.

RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LES MALADIES RÉGNANTES

M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

La mortalité générale de l'année 1876 dans les hôpitaux a été notablement supérieure à celle des années précédentes ; ce qui tient à deux causes : 1° l'aggravation de la constitution médicale générale depuis 1872 ; 2° l'accroissement régulier de la population.

Les *affections des voies respiratoires*, pendant le dernier trimestre de l'année, ont été nombreuses et graves, malgré les conditions favorables de l'atmosphère.

La *diphthérie* subit à Paris un accroissement incessant d'année en année. Les médecins des hôpitaux d'enfants constatent toujours ce fait déplorable d'enfants entrant dans leurs services pour des affections parfaitement guérissables et mourant du croup contracté dans les salles. Sur les réclamations de ces médecins, un projet de salles d'isolement avait été accepté et allait être exécuté, lorsqu'un nouveau plan a surgi des bureaux de la ville, plan très-remarquable, dit-on, auquel il ne manque pour être parfait que d'être exécuté, dit M. Bergeron.

Pour la *fièvre typhoïde* (voir plus haut).

DISCUSSION

MM. BOURDON, BUCQUOY et MOUTARD-MARTIN signalent à M. Besnier plusieurs internes ou externes des hôpitaux qui, à leur connaissance, ont été atteints par la fièvre typhoïde.

M. HERVIEUX, à l'appui de ce qu'à dit M. Besnier, fait observer qu'à la Maternité se trouvent cent élèves sages-femmes de dix-huit à vingt-cinq ans, récemment arrivées, pour la plupart, de la province, se livrant à un travail relativement excessif, subissant de grandes fatigues, en un mot, se trouvant dans les conditions les plus favorables pour contracter la fièvre typhoïde. Eh bien, depuis le commencement de l'épidémie, aucune de ces jeunes filles, aucune des infirmières ni aucune malade n'a été atteinte. Cela confirme entièrement ce qu'a dit M. Besnier relativement à l'influence des quartiers.

M. BUCQUOY, à la maternité de Cochin, n'a eu qu'une seule élève qui ait été atteinte par la fièvre typhoïde. La Maternité et l'hôpital Cochin, se trouvant dans le même quartier, n'ont, pour ainsi dire, aucunement souffert de l'épidémie.

M. DELASIAUVE, pendant vingt ans qu'il a exercé la médecine à Bicêtre et dans les environs, n'y a jamais vu de fièvre typhoïde.

M. LIBERMANN dit que plusieurs infirmiers de l'hôpital du Gros-Caillou ont été atteints. Il en fera connaître ultérieurement le nombre exact.

M. LAVERAN dit qu'au Val-de-Grâce aucun élève n'a été atteint par la fièvre typhoïde, et que très-peu d'infirmiers l'ont eue.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. PETER continue l'argumentation commencée dans la dernière séance. Comparant la méthode, dite de Brand, avec l'idée qui a dominé M. Bouillaud dans la pratique des saignées répétées dans la fièvre typhoïde, il fait remarquer que l'idée de M. Bouillaud était essentiellement médicale, tandis que celle de Brand ne l'est nullement. En effet, dans une maladie comme la fièvre typhoïde où tout est congestion, une médication dérivatrice et antiphlogistique a parfaitement sa raison d'être ; on ne pouvait certes pas l'accuser de favoriser, par cette médication, les hémorrhagies. La méthode de Brand, au contraire, repose sur une idée purement iatro-chimique, nullement médicale ; pour lui, tout réside dans l'hyperthermie ; c'est là une idée peu en rapport avec les exigences de la bonne et saine clinique.

M. Peter continue à passer en revue les accidents qui, suivant lui, peuvent être la conséquence des bains froids. Parmi ces accidents, il en est qu'il croit devoir qualifier de catastrophes, tels, par exemple, que la mort subite dans et par le bain. Si l'on consulte les auteurs qui ont le plus écrit sur la fièvre typhoïde, Louis, Chomel, Trousseau, on ne trouve dans leurs travaux aucune mention de mort subite. Or, il n'en est plus ainsi depuis l'emploi des bains froids, et M. Peter rapporte les faits suivants arrivés à des médecins dont il désire taire les noms.

Un médecin de Lyon, chargé d'un service où l'emploi méthodique des bains froids était rigoureusement suivi, vit de ses propres yeux une jeune femme de trente-cinq ans, arrivée au quinzième jour de la fièvre typhoïde, être prise après un bain froid d'une syncope, dont elle ne se releva pas. Ce médecin est lui-même absolument convaincu que cette malade est morte par le bain. Autre fait : dans une ville où les bains froids sont en faveur, un jeune médecin, récem-

ment installé, est appelé dans une famille où se trouvait une jeune fille atteinte de la fièvre typhoïde. Il rassure cette famille, en lui apprenant qu'on possède aujourd'hui un moyen de traitement souverain contre cette maladie; il ordonne de mettre la jeune malade dans un bain à 23 degrés et de l'y laisser pendant un quart d'heure, puis promit de revenir dans la soirée. Il tint sa promesse, mais ne retrouva plus qu'un cadavre. Cette jeune fille était morte par syncope dans le premier bain. Dans les remarquables leçons professées à Lariboisière par M. Maurice Raynaud sur l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, M. Peter puise un autre exemple où il s'agit d'un malade, mort après vingt-quatre heures de collapsus consécutif à une syncope qu'il avait eue dans un bain froid. M. Raynaud lui-même déclare attribuer, dans ce cas, la syncope au bain froid.

M. Peter aborde ensuite la question des hémorrhagies intestinales. Celles-ci peuvent être formidables, dit-il, et à l'appui de cette assertion, il cite l'opinion de Birmer, professeur à la Faculté de Zurich, très-chaud partisan des bains froids avec lesquels la mortalité par la fièvre typhoïde n'était plus que de 15 pour 100, alors qu'elle était auparavant de 22 pour 100; mais ce médecin ajoute qu'il a constaté que, traitées par cette méthode, les fièvres typhoïdes s'accompagnaient bien plus fréquemment d'hémorrhagies intestinales, et que c'est à ces accidents que la mort devait être attribuée dans la plupart des cas. M. Peter cite, en outre, un fait observé à Lyon, dans lequel une hémorrhagie intestinale apparut tout à coup dans le bain même. M. Hutinel, qui l'année dernière était l'interne de M. Féréol et qui est, cette année, celui de M. Peter lui a révélé le fait d'une jeune femme traitée par M. Féréol avec les bains froids et qui, après chaque bain, était prise d'épistaxis.

M. FÉRÉOL fait observer que ce fait a été rapporté dans sa communication, et que M. Peter aurait bien pu le citer lui-même au lieu de citer son interne.

M. PETER répond que ce fait lui a échappé dans le travail de M. Féréol.

Il aborde ensuite les phlegmasies qui peuvent être la conséquence des bains froids. M. Proust, qui avait d'abord obtenu de grands succès avec les bains froids, a eu à déplorer deux fois de suite, après l'emploi de ces bains, la mort de malades qui ont succombé à des pneumonies lobaires. Dès lors, M. Proust s'est déclaré dégoûté pour jamais des bains froids. On a aussi constaté chez des malades traités par la méthode de Brand des pleurésies, même doubles, et des vomiques.

On observe encore à la suite de cette médication, des accidents absolument étrangers, ce sont des douleurs atroces dans les membres, c'est-à-dire des troubles nerveux de la périphérie évidemment attribuables à la réfrigération. M. Mollière (de Lyon), a même signalé, à la suite de ces douleurs aux extrémités, des phlegmasies locales, des panaris, suivis de nécrose et, dans un cas, compliqués de phlegmons du bras. Il n'est pas jusqu'aux abcès multiples, plutôt rares dans la fièvre typhoïde, qui deviennent fréquents avec l'emploi de cette méthode.

M. FÉRÉOL, sur trente-six malades traités dans son service par les bains froids, n'a pas eu à constater un seul cas d'abcès.

M. PETER discute l'importance de l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde. C'est elle qui, suivant Brand, fait tout le mal. Or un malade peut atteindre 40 et même 41 degrés de température, sans avoir les phénomènes nerveux observés dans la fièvre typhoïde. M. Peter cite le cas d'un jeune homme qui a dû subir l'amputation de la jambe. A la suite de cette opération, sa température s'éleva à 42 degrès, mais jamais il n'eut ni délire, ni soubresauts des tendons et ce malade guérit parfaitement. M. Krishaber s'est livré sur lui-même, aux bains turco-romains, à l'expérience suivante: il est entré dans une étuve dont la température était de plus de 80 degrés; il porta ainsi sa propre température à 41 degrés et son pouls à 148, puis une seconde fois sa température à 41 4/10 et dès lors son pouls était devenu incomptable. Il resta dans cet état une grande partie de la journée et il fallut encore toute la nuit pour que sa température et son pouls redevinssent absolument normaux.

Or, pendant tout ce temps, son intelligence n'avait pas cessé d'être entièrement intacte, toutes ses fonctions s'exécutaient régulièrement et il a pu se livrer à un excellent repas dans l'établissement même. L'hyperthermie n'est donc pas un symptôme aussi effrayant que semble le croire Brand et les partisans de sa méthode, et M. Raynaud lui-même exagère de beaucoup son importance quand il dit, dans ses leçons sur la fièvre typhoïde: « Qu'y a-t-il de nuisible dans cette maladie? Une température de 40° ou 41°; qu'y a-t-il de salutaire? un température de 38°. Cherchez donc à maintenir autant que possible la température des typhoïsants à ce dernier chiffre. » Suivant M. Peter, c'est la thermométrie qui a conduit à attacher autant d'importance à l'élévation de la température, et on ne fait pas assez attention à ce fait, que c'est non pas parce qu'on a une température de 41° qu'on est très-malade, mais bien parce qu'on est très-malade qu'on a une température de 41°.

M. MAURICE RAYNAUD fait observer que la citation faite par M. Peter est aussi mal choisie que possible; il a voulu parler de températures constantes et non d'une élévation transitoire.

M. PETER répond qu'il a cité textuellement et, vu l'heure avancée, remet à la séance prochaine la fin de sa communication; il se résume en disant que, suivant les partisans de la méthode de Brand, la refrigération fait beaucoup de bien dans la fièvre typhoïde, tandis que suivant lui, elle ne fait pas encore autant de mal qu'elle pourrait en faire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés bibliothécaire de la Faculté, M. A. Chereau. — Bibliothécaires-adjoints, MM. Hahn et Corlieu. — Sous-bibliothécaires, MM. Petit et Thomas.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Truchot, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Aubergier, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont institués suppléants des chaires de sciences naturelles, pour une période de dix années: MM. Bouisson, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles; et Caillol, pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques.

— *Société clinique de Paris. Constitution, but et composition de la Société.* — Art. 1. — La Société clinique de Paris, fondée le 19 janvier 1877, a pour but l'étude des maladies, au point de vue de la pathogénie, des lésions organiques, de la séméiologie et du traitement, en s'inspirant des grandes traditions médicales, et en s'astreignant à la rigueur des procédés scientifiques contemporains.

Art. 2. — La Société se compose de membres honoraires, de membres titulaires et de membres correspondants.

Art. 3. — Le nombres des membres honoraires est de 20, celui des membres titulaires est de 60.

Art. 4. — Le nombre des membres correspondants est illimité.

Composition du Bureau et du Comité. — Art. 5. — Le bureau est composé:

1° D'un président d'honneur, M. Barth.

2° D'un président, M. Peter.

3° De deux vice-présidents: MM. Bucquoy et Ledentu.

4° D'un secrétaire général, M. Dieulafoy.

5° De deux secrétaires des séances: MM. Labadie-Lagrave et Huchard.

6° D'un trésorier, M. Carrière.

7° D'un archiviste, M. Krishaber.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — M. Caubet est attaché à l'Hôtel-Dieu comme médecin-adjoint. — M. Jougla, à l'hospice de La Grave, comme médecin-adjoint. — M. Bonneau, à l'hospice de La Grave, comme chirurgien-adjoint. — M. Fontaguères, à l'Hôtel-Dieu, comme chirurgien-adjoint chargé du service des syphilitiques.

Le Directeur: Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 13 — JEUDI 1er FÉVRIER 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 1er FÉVRIER 1877. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

GIRALDÈS

ÉLOGE PRONONCÉ DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, LE 17 JANVIER 1877 (1)

Par M. Félix GUYON, secrétaire général.

Messieurs,

Joachim-Albin Cardozo Cazado Giraldès, est né à Porto, royaume de Portugal, le 24 avril 1808. A cette époque, son père, Joachim-Pierre Cardozo Cazado Giraldès, était colonel au service de Sa Majesté très-fidèle. Sa mère, Maria-Albina-Maxima Nogueira, appartenait, comme son mari, à une noble famille portugaise.

Le colonel Giraldès était à la fois un militaire distingué et un homme de science, auteur d'un traité complet de cosmographie et de géographie historique.

Chargé par son gouvernement d'une mission scientifique qui nécessitait un assez long séjour à Madère, il y emmena sa famille, et plaça ses trois fils dans un collége militaire.

C'est là que notre futur collègue commença son éducation ; les études qu'il fit dans cette première étape de la vie sérieuse furent solides, son aptitude et son application remarquées de ses maîtres.

Dès cette époque, l'écolier militaire justifiait, par son ardeur dans l'étude, la maxime favorite qu'il aimait à répéter, qui lui a servi de guide et qui pourrait le caractériser :

« Le savoir, disait-il souvent, le savoir ne tient pas de place. »

Aussi, son jeune cerveau ne refusait-il pas asile aux sciences mathématiques, et les cultiva-t-il de manière à ne leur jamais laisser perdre droit de domicile. Elles eurent sans doute l'utilité que leur reconnaît Descartes (2) : d'accoutumer l'esprit à se repaître de vérités et ne se contenter point de fausses raisons. Toujours est-il que bien d'autres points de la science devaient être successivement abordés, consciencieusement étudiés et discutés, par cette ardente intelligence toujours avide d'acquisitions nouvelles et qui, jusqu'au dernier moment, ne connut pas plus la fatigue que la satiété.

Après quelques années passées à Madère, le colonel Giraldès fut nommé consul au Havre. C'est à cette époque qu'il envoya ses trois fils à Paris pour y compléter leurs études ; il les recommandait à Portal qui les accueillit avec la plus grande bonté.

L'aîné, José, étudia la médecine, et se rendit au Brésil dès qu'il eut obtenu le titre de docteur, pour y exercer son art. Il mourut avant d'avoir atteint l'âge de trente ans. Le second fils, Antoine, se fit militaire, il avait déjà un grade élevé dans l'armée portugaise lorsqu'il mourut encore fort jeune.

Le troisième fils suivit l'exemple de l'aîné, et choisit aussi la carrière médicale. Il me serait difficile de dire comment notre collègue se détermina ainsi à fixer son avenir. Mais il est permis d'admettre que les conseils de Portal ne furent pas étrangers à cette décision. Joachim Giraldès était alors maître de ses actions. Mme Giraldès, dont la santé avait toujours été chancelante, était morte au Havre, et M. Giraldès père s'était remarié. Ses fils étaient dignes de sa confiance, il voulait qu'ils eussent une carrière, et leur donnait les moyens de l'assurer ; mais il leur avait laissé toute liberté pour choisir leur destinée.

De l'instruction première reçue à Madère, Joachim Giraldès avait, il est vrai, conservé un penchant très-vif pour tout ce qui était art militaire ; ceux qui ont vécu dans son intimité savent qu'il parlait avec compétence sur les questions relatives à l'artillerie. Mais il avait avant tout, le goût de l'étude et l'amour de la science ; en embrassant la carrière médicale, il leur assurait les plus complètes satisfactions.

Abordant à Paris l'étude de la médecine, il pouvait encore se laisser séduire par la solide variété des études, par l'éclat du renom des maîtres, par la laborieuse émulation des élèves que sollicite et soutient sans relâche la libérale institution des concours.

Notre profession est largement ouverte, les hommes de bonne volonté peuvent l'aborder avec confiance, ils y rencontrent la considération, car le travail soutenu est la seule force qui permette de figurer, avec honneur, dans les rangs de ceux qu'elle a mis en évidence.

Giraldès devait trouver dans la carrière médicale plus encore qu'un avenir honorable, il lui a dû une patrie nouvelle.

Le sol de la France est, il est vrai, particulièrement favorable à l'acclimatation. L'étranger y est aussi bien accueilli par les habitants que par le climat. Tout l'attire et tout le convie, on semble même s'appliquer quelquefois à lui démontrer qu'il a fait erreur en naissant sur un autre point de notre globe terrestre. Mais ceux-là seuls deviennent véritablement nôtres qui subissent les épreuves qui nous sont imposées, et conquèrent par le labeur de chaque jour la situation qu'ils méritent.

Giraldès fut bien de ceux qui savent se donner tout entier ; le strict accomplissement de ses devoirs scientifiques et professionels, le dévouement absolu pendant les périodes tourmentées et douloureuses dont il fut le témoin, l'avaient si bien assimilé à tout ce qui est notre patrie, que vous devez presque être surpris de m'entendre aujourd'hui rappeler l'origine étrangère de notre collègue.

La mère-patrie ne perd cependant jamais ses droits. Le Portugal allait être le théâtre d'un fléau qui souvent ravage la partie la plus voisine de la péninsule Ibérique. La guerre civile y était menaçante et fut bientôt inévitable. Dona Maria revendiquait la couronne de Portugal, et venait soutenir contre son oncle don Miguel des droits qu'il avait méconnus, malgré sa double qualité de régent du royaume et de fiancé de la reine. Dona Maria trouva le gouvernement français favorable à sa cause. Il lui fut permis de lever en France, comme on le faisait en Angleterre, des volontaires disposés à se ranger sous sa bannière, et sous celle de don Pedro qui avait quitté le Brésil pour soutenir les droits de sa fille.

Ces événements se passaient en 1831. Giraldès était alors interne

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 janvier 1877.
(2) *Discours sur la méthode.*

des hôpitaux, il avait conquis ce titre l'année précédente, et le concours lui avait donné le huitième rang. Abandonner à ce moment ses études médicales pouvait gravement compromettre son avenir. Rien ne prévalut, cependant, contre ce qu'il considérait être son devoir de patriote. Il s'enrôla et bientôt figurait dans les rangs de l'armée des prétendants avec la qualité de cadet d'artillerie. Sa naissance et son éducation militaire lui donnaient droit à cette prérogative, et il allait d'ailleurs combattre sous les ordres d'un général qui était son oncle paternel.

Le courage ne fit pas défaut au jeune volontaire, il prit la part la plus active à la lutte et ne sut pas toujours se mettre à l'abri des périls les plus menaçants. Le dévouement de notre collègue à une cause qu'il avait faite sienne, parce qu'il la croyait juste, fut récompensé par le triomphe de son parti. Giraldès ne songea dès lors qu'à revenir prendre à l'hôpital et en France la place qu'il ne devait plus quitter.

Du temps passé au service de son pays, il garda toujours le réconfortant souvenir. Bien des fois, le récit des aventures de sa jeunesse guerrière vint colorer de ses chauds rayons les graves réalités, que toujours apporte la succession des années et les inévitables déceptions de la vie. Heureux encore, ceux qui ont le droit de reposer et de rasséréner leur esprit, en évoquant une jeunesse tout au travail, généreusement sacrifiée aux intérêts de famille ou au service du pays, et qui se rappellent qu'ils envisageaient alors l'avenir avec confiance, puisqu'ils lui donnaient pour gage l'accomplissement de tous les devoirs.

Giraldès allait désormais combattre pour assurer cet avenir auquel lui permettaient de prétendre les ressources de son intelligence et son aptitude au travail. La chirurgie l'avait déjà attiré. Il avait été externe de Dupuytren, et les leçons de Roux, de Dubois, de Boyer, n'avaient pas d'auditeur plus assidu. Sa physionomie originale lui avait valu de ce dernier, le surnom de petit Piccolo, sous lequel on désignait, à la clinique de la Charité, le jeune étudiant portugais. Mais son goût l'entraînait plus encore vers les sciences naturelles ; les éloquentes leçons d'anatomie comparée et de zoologie professées à la Faculté des sciences par de Blainville l'avaient entièrement séduit.

L'anatomie de l'homme était d'ailleurs, dès cette époque, sa science de prédilection. Aussi, lorsqu'il fut devenu prosecteur de l'École d'anatomie des hôpitaux en 1834, se mit-il à l'œuvre afin de consacrer par un travail original le résultat de ses études.

Sous le titre d'*études anatomiques*, ou *recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et dans quelques animaux*, Giraldès se proposa de vérifier par lui-même, le scalpel à la main, ce qui était enseigné et publié sur l'anatomie si délicate de l'organe de la vision. Mais il ne voulait pas borner son étude à l'œil humain. Partisan déclaré de Blainville, il regardait comme prouvée la série animale niée par Cuvier et si brillamment démontrée par son maître. Il considérait que, pour éclairer l'étude de la physiologie et de l'anatomie humaine, il fallait examiner et étudier les animaux ; pour lui, comme pour son maître, la série animale forme un ensemble continu, depuis l'homme jusqu'aux animaux les plus inférieurs. Ayant d'ailleurs pour principe, qu'on ne sait jamais bien que ce qu'on fait soi-même, il tint à donner dans son mémoire le résultat de ses recherches personnelles.

Ce travail publié en 1836, lui donna le titre de docteur en médecine. Il fut remarqué et méritait de l'être ; il reflétait les tendances scientifiques de l'époque et les affirmait, donnait une description étendue et aussi complète qu'elle pouvait l'être alors de l'organe de la vision, indiquait des faits nouveaux que l'observation ultérieure a confirmés.

La continuité de la sclérotique avec la cornée qui ne forme qu'une seule et même membrane, la nature réelle des fibres de l'iris, sont affirmées dans le travail de Giraldès. Il soutient que les fibres de l'iris sont de nature musculaire malgré leur ressemblance avec les fibres du tissu cellulaire, et il ajoute : « C'est là un fait important en anatomie, en ce qu'il dévoile la force de l'organisme et le rôle que le tissu cellulaire est chargé de remplir. Il fallait des mouvements, le tissu cellulaire est devenu contractile. Ce fait et beaucoup d'autres nous montrent qu'il n'y a dans l'organisme qu'un seul tissu, c'est le tissu cellulaire ; tous les autres sont des modifications dépendantes de l'usage qu'ils sont appelés à remplir. » Sans discuter cet aperçu original et sa lointaine ressemblance avec les théories qu'a remuées l'histologie moderne, nous nous contenterons de dire que, grâce à elle, le fait particulier avancé par Giraldès, touchant la nature des fibres contractiles de l'iris, est entièrement confirmé. Dans la membrane de Jacob, notre auteur ne voit qu'une dépendance de la rétine, ce qui est encore conforme aux notions actuelles.

Nous avons insisté sur ce premier travail de Giraldès, non-seulement en raison de son importance, mais parce que c'est peut-être celui qui reflète le mieux les tendances et les véritables aptitudes de son intelligence. La voie anatomique où il n'a cessé de marcher, et dans laquelle les circonstances l'ont empêché de se complétement maintenir, était celle qu'il aurait le plus amplement fécondée. La nature particulière de son esprit original et ardent, passionné pour les recherches, amoureux des découvertes, convenait bien à l'étude d'une science que l'on est toujours tenté de croire parfaite, et qui ne cesse de livrer à ses adeptes de nouveaux et précieux secrets. Il reporta plus tard sur l'érudition ce besoin de poursuivre la vérité, qu'il ne put continuer à satisfaire, dans l'amphithéâtre et dans le laboratoire, lorsque l'état de sa santé l'empêcha de se définitivement consacrer à l'anatomie.

Dans ce même travail se retrouve aussi le mathématicien. « Il faut, s'écrie-t-il en cherchant à définir la tâche de l'anatomiste, il faut qu'il mette l'organisme en équation et qu'il en dégage les inconnues... » Il s'arrête d'ailleurs à temps dans cette voie qui avait conduit Capuron à démontrer, mathématiquement, que la rupture centrale du périnée pendant l'accouchement devait être impossible, et se range dans le camp des naturalistes. Mais, il veut pour la science, une marche philosophique telle, que l'anatomie et la physiologie arrivent à un degré de supériorité qui les place à côté des plus belles théories de la physique et de l'astronomie.

Il invoque, à l'appui des opinions qu'il embrasse, l'opinion de Laplace qui, avec Lavoisier, a donné à la physiologie moderne l'indispensable appui des sciences physico-chimiques. Les mains puissantes de Magendie et du plus illustre de ses continuateurs (1) ont su relier à l'anatomie et à la médecine elle-même ces forces scientifiques, et fournir à l'édifice, que veulent élever la médecine et la chirurgie modernes, le terrain où devra se réaliser le parfait accord de la physiologie normale et de la physiologie pathologique.

En s'engageant dans la voie si large que l'anatomie et la physiologie ouvrent à la science moderne, Giraldès ne pouvait négliger ce que nous apporte le résultat de l'expérience de nos devanciers et de notre propre pratique. Il admet même, avec Kant, que nulle connaissance réelle ne précède en nous l'expérience, et que tout commence avec elle.

Aussi, se préoccupait-il, dès cette époque, de perfectionner les connaissances cliniques à l'aide desquelles il pourrait aborder les concours des hôpitaux. Il trouvait à cet égard ample satisfaction près des maîtres de la chirurgie et suivait en particulier l'enseignement de Gerdy et de Velpeau.

Poursuivant néanmoins ses travaux anatomiques, il donnait, en 1839, au *Bulletin de la Société anatomique* un mémoire sur la *terminaison des bronches*, faisait insérer dans les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1841 des recherches sur l'*existence des glandes tégumentaires chargées de sécréter la sueur*. Le procédé anatomique imaginé par Giraldès facilitait l'étude de ces glandes, il permettait de rendre évidente leur présence souvent contestée malgré la découverte de Breschet. Il commençait en 1838 les études qu'il devait si complétement poursuivre sur *le sinus maxillaire*. L'Académie des sciences récompensait par un prix Monthyon ce mémoire qui déterminait avec précision plusieurs points mal définis de l'anatomie de cette région : telle que l'ouverture de communication du sinus avec les fosses nasales et la structure de la membrane muqueuse qui le tapisse. Il donnait à la Société philomatique le résultat de différentes recherches anatomiques et entre autres sur la *disposition croisée des fibres de la rétine chez les céphalopodes et en particulier chez le sépia officinalis* (1845).

(1) Claude Bernard.

Il prenait part, en 1846, au concours pour la place de professeur d'anatomie à la Faculté de médecine, il écrivait à cette occasion une thèse intitulée : *du Degré d'utilité de l'étude de l'anatomie comparée, dans l'étude de l'anatomie humaine.*

En 1847, c'était un concours pour la place de chef des travaux anatomiques qui le faisait encore entrer dans la lice.

Ces luttes n'étaient pas les seules auxquelles Giraldès avait pris part. En 1844, il devenait agrégé en chirurgie, et, en décembre 1848, il obtenait la place de chirurgien du bureau central des hôpitaux. Il était de ceux qui n'ont jamais désespéré du concours, et nous le voyons, en 1851, figurer au nombre des compétiteurs pour la place de professeur de clinique chirurgicale, qui devait échoir à Nélaton.

Giraldès n'aurait même pas renoncé à une nouvelle compétition, s'il n'avait pas été victime d'un accident grave qui l'atteignit au moment même où la place de chef des travaux anatomiques était de nouveau vacante en 1854.

Il remplaçait à la Charité le professeur Gerdy et faisait l'autopsie d'un sujet qui présentait une ossification du larynx. L'élève chargé d'inciser le cartilage thyroïde cherchait à le diviser avec des ciseaux. Tout à coup, une des branches de l'instrument se rompt, et vient frapper avec force l'œil droit du chef de service. Les soins les plus assidus ne devaient point remédier à cette blessure, et les complications qui en furent le résultat entraînèrent la perte de l'œil.

Pendant la longue durée de la période inflammatoire, Giraldès eut à son chevet l'un de ses élèves, dont le dévouement ne se démentit pas un instant; toujours présent, infatigable dans ses soins, il multipliait les moyens qui pouvaient conjurer le mal ou atténuer la douleur. Cet élève, qui venait ainsi remplir les modestes fonctions de garde-malade, était l'un des plus brillants internes de cette période. Étranger à la France, il était déjà l'un des nôtres. Il nous était venu de l'autre extrémité de l'Europe, était de nationalité russe et s'appelait Axenfeld.

Quel est celui de nous qui ne se sent profondément ému en entendant nommer cet homme de bien, en se rappelant ce caractère aussi élevé que droit; inflexible dans le devoir, incapable de transaction, ce cœur aimant et généreux, dévoué jusqu'à l'abnégation; ce savant dont l'esprit était sérieux et orné, brillant et enjoué, la mémoire impeccable; qui a été l'honneur de notre faculté et auquel il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire.

Un semblable malheur entrava longtemps la carrière de Giraldès, mais il n'ébranla pas son amour du travail. Il ne s'arrêta même pas devant les douleurs sympathiques et menaçantes qui souvent retentirent dans l'œil gauche. Il fit moins d'anatomie; mais se garda bien d'abandonner toutes ses recherches, il ne renonça pas davantage à l'exercice de la chirurgie et se livra plus que jamais à la bibliographie.

Il nous suffira de rappeler, pour l'anatomie, ses *recherches sur le corps innominé* qu'il publia en 1861 dans le *Journal de physiologie de l'homme et des animaux*, et qui furent couronnés par l'Institut. Ce mémoire est consacré à l'étude d'un organe jusqu'alors inconnu et que l'on trouve dans l'épaisseur du cordon spermatique à toutes les époques de la vie. Son analogie avec le corps de Rosenmuller formé comme lui par les restes du corps de Wolf, était démontrée par l'auteur, qui explique par la dilatation des tubes qui le constituent l'origine des hydrocèles enkystées du cordon.

Les travaux que Giraldès a consacré à la chirurgie et à la thérapeutique chirurgicale sont tout aussi nombreux que ceux dont nous venons de fournir l'incomplète énumération. Nous ne pourrons tous les citer, mais l'on nous permettra de rappeler les principaux d'entre eux.

Les uns procèdent directement de l'anatomie normale et pathologique, d'autres ont eu pour base l'expérimentation; un plus grand nombre sont purement cliniques; il en est peu de dogmatiques; tous portent la marque de l'esprit chercheur et érudit de leur auteur.

Vous avez publié dans le tome II de vos *Mémoires* un mémoire de Giraldès sur *quelques points de l'anatomie chirurgicale de la région mammaire.* Ce travail fait connaître en particulier le ligament suspenseur de la glande mammaire qui n'avait pas encore été décrit; il montre aussi quelle peut être l'influence de la capsule fibreuse sur la marche des maladies chirurgicales de cette glande. C'est encore dans vos *Mémoires* (t. III) qu'a pris place le beau travail de notre collègue sur les *kystes muqueux du sinus maxillaire.* La connaissance exacte de ces tumeurs est due à Giraldès, et, devant ses recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, s'est complétement évanouie l'histoire des hydropisies du sinus maxillaire, si chère à nos devanciers.

Dès 1851, lors des recherches qu'il faisait pour une thèse de concours sur les maladies du sinus, il avait rencontré sur quelques sujets de nombreux petits kystes miliaires, transparents, faisant saillie dans la cavité maxillaire. Williams Adams avait auparavant déposé dans un des musées de Londres quelques exemples de kystes muqueux du sinus, mais il n'avait rien publié sur ce point. Bérard, faisant, à la demande de Giraldès, l'examen des sinus maxillaires sur les cadavres qu'il avait entre les mains à l'École pratique, découvrit sur trois sujets différents des kystes muqueux du sinus à divers degrés de développement. En 1852, reprenant cette question avec les éléments nouveaux qu'il possédait, Giraldès faisait l'histoire complète des kystes muqueux du sinus. Luschka, en 1855, décrit la disposition histologique des glandes de la muqueuse, mais n'ajoute aucun point important à l'étude du chirurgien français. Enfin, en 1860, Giraldès donne une seconde édition de son mémoire avec quelques développements nouveaux. C'est à cette édition que l'Académie des sciences accorda un prix Monthyon. C'était la troisième fois que les travaux de notre collègue recevaient cette haute sanction de l'illustre compagnie savante.

Déjà, nous avons rappelé les travaux anatomiques fort originaux de Giraldès sur ce même sinus maxillaire; si nous y ajoutions la description des polypes muqueux de cette cavité et l'exposé des opinions qu'il a défendues devant vous (*Société de chirurgie*, 18 mai 1860, — 24 janvier 1872), sur la pathogénie des exostoses qui s'y développent, nous pourrions conclure, que l'*antre d'Hygmore* avait livré à notre collègue ses plus ténébreux secrets.

A côté de ces travaux procédant si directement de l'anatomie, nous devons citer, comme type de ce travail expérimental, le *Mémoire sur les injections de perchlorure de fer dans les artères.* Ce travail fut fait à Alfort avec la collaboration du professeur Goubaux, et l'on peut dire que c'est aux expériences de ces deux savants que sont dues les notions précises que la science possède, aujourd'hui, sur l'action du perchlorure de fer sur les artères et sur le sang. Le dosage de la densité du liquide mal déterminé à l'origine avait failli compromettre la méthode. L'étude rigoureuse des effets de la solution, selon le titre auquel elle est employée, permit de donner droit de domicile dans la thérapeutique à cet agent précieux. Le résumé fort étendu consacré au travail de Giraldès, par l'un de nos plus éminents collègues (1), dans son beau *Traité des anévrysmes*, permettait à lui seul d'en affirmer la valeur.

L'expérimentation ainsi pratiquée, n'est qu'une des formes de l'enseignement clinique. Après s'être adonné tout entier à l'étude de l'anatomie et des sciences naturelles, Giraldès ne s'était pas livré avec moins de passion à la pratique de la chirurgie. Il ne surgissait pas une question nouvelle, il ne paraissait pas un agent de thérapeutique nouveau digne du titre de médicament, que notre collègue ne s'empressât d'étudier ou d'expérimenter.

En 1857, l'amylène, nouvel agent anesthésique, venait d'être conseillé comme succédané du chloroforme; Giraldès s'empressait d'étudier les propriétés de cette substance et établissait, dans une lecture à l'Académie, que l'amylène pur, bouillant, à 29 ou 30 degrés à l'aréomètre de Baumé, est un très-bon anesthésique dans les circonstances où l'on n'a besoin que d'une insensibilité fugace.

Les précieux effets du chloral venaient à peine d'être signalés que déjà Giraldès, après s'en être fait expédier de Berlin, cherchait à démontrer les puissantes propriétés hypnotiques de ce médicament.

Les comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1863, les actes du congrès médico-chirurgical tenu à Rouen dans la même année, témoignent que le premier en France, Giraldès fit connaître les propriétés thérapeutiques de la fève de Calabar et la graine de cette

(1) M. Paul Broca.

légumineuse. Les expériences qu'il a entreprises, confirmaient les résultats de celles de MM. Frager et Arg. Robertson.

Les résections des grandes articulations ne constituent pas à proprement parler, un mode thérapeutique nouveau dans la pratique chirurgicale. Mais cette ressource hardie est aujourd'hui revenue à l'ordre du jour de la pratique française. Elle y est revenue comme toutes les questions qu'étudie notre chirurgie, avec le plus brillant ensemble de travaux expérimentaux, de recherches d'érudition et de statistique, d'observations cliniques.

Giraldès a pris activement part à cette partie importante du mouvement chirurgical contemporain. Devant la Société de chirurgie et dans ses leçons cliniques, notre collègue a traité en détail la question des résections du genou et de la hanche, et cherché à bien préciser les avantages que présentent ces opérations, et les résultats que la statistique a permis de formuler.

La résection est encore l'une des ressources que la chirurgie met en œuvre contre la redoutable affection que l'École française a si remarquablement étudiée sous le titre de *périostite phlegmoneuse diffuse*. C'est la résection prématurée des os dénudés par suite de périostite phlegmoneuse diffuse, que Giraldès est venu défendre devant l'Académie de médecine au mois de janvier 1875, après l'avoir préconisée au congrès de Lille l'été précédent. C'est ce même point de thérapeutique chirurgicale qu'il défendait encore dans cette enceinte, quelques semaines à peine avant sa mort. Giraldès ne faisait, dans cette circonstance, qu'affirmer par des exemples cliniques, la conduite chirurgicale conseillée par le professeur Holmes, de l'hôpital Saint-Georges de Londres. Il continuait, en l'apportant sur ce terrain particulier, l'étude d'une question à laquelle son enseignement hospitalier avait, depuis plusieurs années, fourni d'importantes contributions.

Les questions nouvelles, ou les questions importées de l'étranger, n'attiraient pas seules l'attention de Giraldès. Sans insister plus longtemps sur ses travaux de détail, il nous suffit, pour le montrer, de rappeler un instant à votre attention les leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, professées par notre collègue à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfance paye largement tribut à la science chirurgicale. Le champ de l'observation est, hélas! aussi vaste et souvent plus fécond, dans ces premières années de la vie, qui ne devraient, ce semble, n'être employées qu'au régulier développement de l'être humain, que dans les années plus lointaines qui préparent sa décadence.

La carrière hospitalière de Giraldès s'est entièrement partagée, entre l'hôpital des Enfants-Assistés et l'hôpital des Enfants-Malades. C'est dans ce dernier asile qu'il reprit, en l'élargissant, l'enseignement que l'un de nos plus anciens collègues, Paul Guersant, y avait inauguré. Fermement convaincu que la pathologie infantile mérite une étude distinctive, et que d'ailleurs, en anatomie comme en pathologie, tous les degrés de la série naturelle doivent être étudiés et approfondis avec le même soin, pour constituer à la science les assises sur lesquelles elle s'édifie, le chirurgien de l'hôpital des Enfants voulut passer en revue, dans ses leçons, l'ensemble des affections chirurgicales du jeune âge.

Le livre important qui résume son enseignement présente un tableau fort instructif. Le lecteur, toujours conduit vers le côté pratique, est cependant tenu par l'auteur au courant du progrès scientifique et des travaux les plus modernes; il en signale le caractère original et nouveau, il recherche surtout leur signification et leur valeur pratique.

La libre allure de l'enseignement clinique convenait à l'esprit de Giraldès, beaucoup plus disposé à réviser ce qui avait été dit, à le critiquer au besoin, à chercher à introduire dans les questions qu'il abordait de nouveaux aperçus, qu'à traduire sous forme dogmatique un enseignement déjà constitué.

Une courte collaboration au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* lui a cependant donné l'occasion de montrer, par d'importants et très-savants articles, que son esprit et sa vaste érudition savaient au besoin accepter les limites et la régulière ordonnance des articles destinés à l'éducation classique.

Mieux encore que l'hôpital, les sociétés savantes permirent à Giraldès de complétement affirmer les tendances et la nature de sa personnalité scientifique. Dans ces réunions, où toutes les questions afférentes au but qu'elles poursuivent sont constamment à l'ordre du jour, où l'intérêt des travaux gît à la fois dans leur importance et dans leur imprévu, où il faut connaître de toutes les questions, être prêt aussi bien à donner son avis sur un point de pratique, que sur un fait purement scientifique, où l'érudition peut toujours trouver place, notre collègue vivait dans le milieu le plus approprié.

Aussi, dans toutes les périodes de sa carrière, Giraldès fut-il constamment fidèle aux sociétés savantes auxquelles il appartenait. Les sociétés anatomique, de biologie, philomatique, l'ont compté au nombre de leurs membres les plus actifs. Devenu membre de l'Académie de médecine, il apporta aux réunions de la célèbre compagnie l'assiduité dont il avait coutume, et continua à donner les mêmes soins aux réunions où se posent et se discutent chaque jour les questions relatives à nos études.

La Société de chirurgie fut entre toutes l'objet de sa prédilection. Il fut appelé à y siéger dès l'année 1848, par les suffrages unanimes de nos membres fondateurs.

Sa personnalité était déjà affirmée. Son ardeur pour la lutte, son goût de la science exacte, son amour de l'érudition, s'étaient bien des fois révélés. A cette nature tout en dehors, que nous avons toujours connue ardente, passionnée dans la discussion, la prudence qu'enseigne la vie apporta peu de modification. Pendant vingt-sept années, il n'a cessé de prendre part aux travaux de la Société, sans que jamais un litige, qui avait la science pour objet, le laissât indifférent, ou qu'une contradiction le trouvât résigné. C'est bien dans cette enceinte, où il a vécu une si grande part de sa vie chirurgicale, où il a tant de fois exprimé son opinion et ses jugements, qu'il convenait de rendre hommage à sa mémoire.

J'ai eu déjà l'occasion de rappeler les principaux travaux dont il a enrichi nos recueils; les discussions importantes et nombreuses auxquelles il a pris si activement part, mériteraient d'être rappelées. Je ne puis me laisser entraîner aussi loin, mais je ne saurais passer sous silence les services qu'il nous a souvent rendus en qualité de rapporteur. C'était toujours pour notre collègue l'occasion de réunir tous les documents relatifs à la question. Sa préoccupation principale était de vous donner le tableau des faits passés inaperçus jusqu'alors, de les grouper autour de ceux qui faisaient l'objet du travail qui avait été soumis à son appréciation. C'est ainsi qu'il procédait en particulier, lorsqu'il s'agissait d'un point encore peu étudié.

C'est, en effet, la recherche bibliographique qui l'attirait le plus vivement. C'est là qu'il a excellé, et c'est à cette tendance qu'il a tout naturellement obéi lorsqu'il a écrit ou parlé dans cette enceinte.

Toujours tourmenté par le désir d'apprendre, il partageait de plus en plus sa vie entre les bibliothèques et les sociétés savantes. L'âge de la retraite l'avait contraint à quitter le service hospitalier, mais son activité et son zèle scientifique ne s'étaient pas un instant ralentis.

L'érudit prend d'ailleurs place à part, il acquiert une autorité véritable que légitiment les ressources étendues qu'il doit à son persévérant labeur. Il est riche à sa manière et il exerce le prestige de ceux qui possèdent. La situation que lui crée un savoir applicable à toutes les choses relevant de l'objet de ses études, l'impitoyable exactitude de ses renseignements, l'appellent à exercer une sorte de magistrature. Dans la controverse, son opinion a presque la valeur d'un arrêt. Il juge en dernier ressort les questions de priorité, qui ne sont après tout que des questions de priorité scientifique. Il est constitué d'office le défenseur de la vérité dans la science.

Au sein d'une société savante, il est l'objet d'un respect et d'une crainte qu'éprouvent quelquefois ceux qui écrivent, mais plus souvent encore ceux que possède l'envie de parler.

Il a la bonne fortune de venir en aide aux jeunes talents qui modestement produisent, et n'oseraient, sans son contrôle, rapporter à eux-mêmes le fruit de leurs méditations et de leurs recherches. Mais, plus souvent encore il est conduit, par la force des choses, à donner aux amours-propres qu'une notion imparfaite de la science écrite, égare au delà des limites de leurs propriétés intellectuelles, la réelle et juste mesure de leur avoir scientifique.

Est-ce pour cela, qu'il est assez généralement admis, que le caractère d'un érudit laisse parfois à désirer? L'indulgence ne fait pas, dit-on, partie de ses qualités habituelles. Ce n'est pas chez lui qu'il faut chercher cette bienveillance un peu banale, si facilement, si chaudement témoignée à chacun, par ceux dont le succès est bien plutôt le résultat de la connaissance exacte des hommes, que de la connaissance approfondie des livres.

Il y a peut-être une part de vérité dans l'opinion que l'on se fait du caractère de l'érudit. Mais les amis auxquels on peut toujours se confier, sans jamais éprouver dans leur commerce l'apparence même d'un froissement, élèvent et fortifient les belles qualités de l'âme. Et ce même homme qui vit près de ses livres d'affection et apporte à la discussion la même ardeur, la même âpreté, qu'il met au service de la recherche savante, dans ses studieuses poursuites dont l'ardeur ne s'éteint ni le jour ni la nuit; ce même homme, lorsqu'il a quitté son champ de bataille scientifique, devient le plus confiant et le plus abandonné dans ses relations amicales.

Il a choisi ses amitiés avec la scrupuleuse attention qu'il met à découvrir un fait ou un texte peu connu. Il ne saurait avoir un instant l'idée d'un retour, et il se donne avec le même abandon à ses amis et à ses livres.

Il a en particulier le culte du maître, de celui qui lui a appris les premières choses qu'il a bien sues et lui a fourni le point de départ à l'aide duquel la science a pu lui parler un intelligible langage.

N'est-ce pas ainsi qu'a pensé et vécu notre regretté collègue? N'est-ce pas ainsi qu'il s'est donné tout entier aux de Blainville, aux Rayer, aux Velpeau? n'est-ce pas ainsi qu'il s'identifiait avec son ami et condisciple Gratiolet, quand il venait, devant la Société anatomique, retracer ses luttes et ses souffrances avec une passion si peu contenue, que son éloge ne put prendre place dans les recueils de la jeune et laborieuse compagnie.

Ce ne furent pas seulement les sociétés savantes de Paris qui se partagèrent le temps et les communications scientifiques de Giraldès. Il prenait activement part à ces congrès scientifiques dont l'habitude se fortifie dans notre pays, et qui appellent souvent aussi, dans les grandes villes de l'étranger, les savants de diveress nationalités.

Giraldès avait d'ailleurs pour la science étrangère un penchant que l'on a pu trouver trop accusé.

L'Angleterre l'attirait surtout. Nous sommes loin du temps où les voyages des savants français en pays étrangers prenaient presque les proportions d'un événement scientifique; nous nous renfermons moins dans nos limites, et nous avons surtout pris l'habitude des excursions journalières dans les littératures voisines.

Ce n'est pas parmi nous que se trouveront des opposants à la recherche et à la mise en lumière de la science étrangère, mais c'est également dans cette enceinte, que doivent être conservées et profondément respectées les richesses accumulées par la science française.

Dans ses nombreux voyages en Angleterre, Giraldès était reçu avec la plus grande déférence par nos confrères, et c'est avec la plus cordiale libéralité qu'étaient mises à sa disposition les nombreuses et riches collections scientifiques des musées et des bibliothèques que l'initiative privée a pu, si largement et si librement, multiplier chez nos voisins.

Ces excursions scientifiques dans nos grandes villes, ces voyages à l'étranger consacrés à l'étude, des réunions intimes, et avant tout la vie de famille dans toute sa plénitude, tels étaient les délassements favoris de notre collègue. Son esprit facile et souvent enjoué abordait les sujets de conversation les plus divers : l'on s'étonnait souvent de lui entendre discuter avec compétence les sujets les plus littéraires et les questions d'art les plus élevées.

De ses compétitions successives pour la chaire des beaux-arts, il avait retenu le goût de leur étude, et se consolait de ne pas professer à l'École en étudiant les chefs-d'œuvre qui servent à l'éducation des artistes.

Le titre d'académicien et la dignité à laquelle vous l'avez élevé, en l'appelant à la présidence de la Société de chirurgie, furent les distinctions auxquelles il attacha le plus de prix. Son dévouement aux blessés de 1848 et à ceux, bien plus nombreux encore, de 1870, furent les raisons déterminantes qui lui valurent les nominations de chevalier et d'officier de la Légion d'honneur.

La vie modeste était celle qui convenait le mieux à ses goûts studieux, chacun des moments qu'elle laissait à sa libre disposition servit à augmenter sa richesse scientifique. Il jouissait pleinement de l'activité de corps et d'esprit qui le caractérisait, et que lui conservait l'habitude du travail, lorsque commença sa dernière journée.

C'était le vendredi, 27 novembre 1875.

L'Académie de médecine l'avait écouté avec un vif intérêt le mardi précédent. La discussion sur la myopie lui avait fourni le sujet d'un discours rempli de science et d'esprit. Notre séance du mercredi l'avait trouvé à la place qu'il occupait toujours, et le vendredi ne pouvait s'écouler sans qu'il vînt participer, comme il le faisait fidèlement depuis 1830, aux travaux de la Société anatomique. Il avait pris la parole, et comme toujours avait été écouté par ses jeunes collègues avec la déférence qu'ils aimaient à lui témoigner. Dans la soirée, il s'entretenait gaiement avec les siens, puis il se rendait à la bibliothèque de l'École de médecine, à laquelle il avait coutume de demander les renseignements que ne pouvaient lui fournir ses propres livres.

Il venait de terminer ses recherches, il avait à peine franchi le seuil de la Faculté, lorsqu'un malaise subit l'oblige à demander secours. On s'empresse, on lui vient activement en aide, mais quelques instants après la mort avait fait son œuvre.

C'est ainsi qu'au soir d'une journée bien remplie, se termina la laborieuse existence de M. Giraldès.

Messieurs, lorsque nous avons retracé devant vous la vie de nos collègues, nous avons toujours été amené à faire l'éloge du *travail*. Nous l'avons vu plus d'une fois conduire les nôtres à tous les honneurs de la profession et même à la fortune. Il peut bien plus encore, il suffit à remplir la vie tout entière. Il console de ce qu'il ne fait pas obtenir en élevant l'esprit, en ornant l'intelligence, en donnant le *savoir*. Le savoir qui, en effet, « ne tient pas de place », car il grandit sans cesse les facultés intellectuelles et morales de ceux qui consacrent leur vie au travail et ne désespèrent jamais de son bienfaisant pouvoir.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait été chargée, par M. le ministre Waddington, de rédiger des instructions pour des recherches scientifiques à faire au Japon, particulièrement en ce qui touche l'hydrologie et la géologie.

Deux jeunes Français, anciens élèves de l'École normale supérieure et actuellement directeurs d'une école normale japonaise, qu'ils avaient eu à organiser sur le modèle de la nôtre et qui, paraît-il, fonctionne à merveille, avaient demandé ces instructions pour occuper leurs loisirs.

C'était une tâche assez délicate pour le rapporteur, M. J. Lefort, qui ne possédait par lui-même aucune notion préliminaire sur le pays dont il s'agissait. Heureusement, un ancien chirurgien de marine, qui a longtemps séjourné au Japon et en connaît très-bien la langue, est venu spontanément fournir des renseignements circonstanciés sur la constitution géologique des îles japonaises, leurs eaux minérales les plus en vogue, etc. L'Académie a adopté à l'unanimité le projet d'instructions dont ces documents étaient la base. Mais, sur l'avis de MM. Larrey, Leroy de Méricourt, Gubler et Bouley, elle a pensé qu'il était juste de saisir cette occasion pour recommander au ministre, comme pouvant être chargé plus utilement que tout autre de la mission d'étudier au Japon tout ce qui a trait à la médecine, le médecin distingué qui avait ainsi fait preuve de sa compétence et de son zèle pour les recherches scientifiques.

Dr Victor REVILLOUT.

DE L'HYGIÈNE

DANS LES LÉSIONS ORGANIQUES DU CŒUR COMPENSÉES (1)

Par le docteur A. Baudin.

Conclusion. — Quand une lésion organique du cœur est compensée, c'est-à-dire quand, malgré un cœur atteint dans sa structure ces deux forces dont il est le centre, la tension artérielle et la tension veineuse, se font parfaitement équilibre, une foule des circonstances, la plupart extérieures, peuvent, en agissant directement sur l'économie, détruire l'harmonie de la compensation, au détriment ou au profit de l'une ou de l'autre de ces forces.

L'hygiène indique les moyens les plus propres à retarder le plus longtemps possible la rupture de la compensation. Ces moyens que nous avons développés dans notre travail ne sont pas, dans une égale mesure, aussi facilement applicables à tous; ils le sont plus aux riches qu'aux pauvres, et celui qui en fait le meilleur emploi a le plus de chances de longévité.

Ce résultat, il est vrai, ne peut s'obtenir qu'en menant une vie exclusivement calme et rangée et même, disons-le, pleines de sacrifices et de privations. Mais, comme l'a dit Sénèque avec raison : « Nullum sine auctoramento malum est. » Il n'y a pas de maux sans compensation. Et nous pensons que le malade du cœur pourra trouver dans l'étude, l'amitié, les joies de la famille et la pratique des vertus domestiques et sociales, des compensations assez larges pour lui faire encore aimer la vie et lui donner le désir d'en prolonger la durée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques dans les départements de l'Aisne et des Deux-Sèvres pendant l'année 1876. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Digne pour la saison de 1874, et le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux d'Evaux pour la saison de 1875. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres de candidature de MM. les docteurs Desprès et Desormeaux pour la section de médecine opératoire.

2° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Ballet, Morvaux, Olivier et Pise, lauréats de l'Académie.

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Martel, de Saint-Malo. (Accepté.)

4° Une observation adressée par Mme veuve Vermeil, sage-femme à Varedde (Seine-et-Marne), relative à une grossesse exceptionnelle.

5° Une lettre de M. Chevallier, qui offre à l'Académie pour sa bibliothèque un volume contenant quarante-quatre mémoires sur divers travaux scientifiques.

6° Un mémoire de M. le professeur Michel (de Nancy), intitulé : *Six Cas d'extirpation de grenouillette aiguë et chronique faites avec succès, avec pièces anatomo-pathologiques à l'appui.* (Commission : MM. Gosselin, Verneuil, Alphonse Guérin, rapporteur.)

7° Un mémoire de M. Jorel, médecin-major de deuxième classe, intitulé : *Analyse d'une épidémie d'oreillons survenue au 2e bataillon de chasseurs à pied, et recherches sur la température fébrile dans l'orchite symptomatique des oreillons.* (Commission des épidémies.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique à l'Académie une note relative à l'inventaire de la bibliothèque, inventaire qui vient d'être terminé par les soins de MM. les bibliothécaires et qui comprend un total de quatre-vingt-douze mille volumes ou brochures.

M. LE PRÉSIDENT adresse, au nom de l'Académie, des remercîments à MM. les bibliothécaires pour le zèle avec lequel ils se sont acquittés de ce travail considérable.

DISCUSSION SUR LES DÉFORMATIONS DU BASSIN DUES AU MAL DE POTT.

M. GUÉRIN, revenant sur les observations qu'il avait présentées, dans la dernière séance, sur le rapport de M. Depaul et le travail de M. Herrgott, met sous les yeux de l'Académie une série de planches représentant les déformations du bassin et de la colonne lombaire, qu'il a observées dans le mal de Pott. Ces planches sont déjà anciennes et elles montrent combien variées peuvent être les altérations de forme dépendant de la carie ou de tuberculose.

M. Jules Guérin ajoute que l'ensemble de ces faits constitue un genre d'altération comprenant, comme espèces ou variétés, les exemples dont il a été question dans le travail de M. Herrgott et dans le rapport de M. Depaul. Il y a déjà quarante ans que M. Jules Guérin a décrit ces faits pour la première fois, et il a été agréablement surpris de voir que dans un travail beaucoup plus récent, signalé par M. Depaul, dans la thèse de M. Chantreuil, ses idées étaient adoptées et reproduites dans des termes à peu de chose près équivalents.

M. DEPAUL répond à M. Jules Guérin que, ne parlant pas une même langue, il est difficile de s'entendre. En effet, M. Jules Guérin parle anatomie pathologique générale et M. Depaul obstétrique tout simplement. Pour ce dernier, les altérations de la colonne vertébrale ne sont intéressantes qu'autant qu'elles peuvent mettre obstacle à la parturition. Ce qu'il recherche dans les observations c'est la diminution des différents diamètres de la cavité pelvienne et des détroits. M. Jules Guérin, au contraire néglige ce côté de la question.

M. JULES GUÉRIN croit que la pratique doit être toujours subordonnée à la science pure et s'en éclairer.

M. DEPAUL s'écrie que l'obstétrique est une science et que les questions, pour être surtout considérées au point de vue obstétrical, n'en perdent en aucune manière leur caractère scientifique.

M. JULES GUÉRIN déclare avoir voulu seulement montrer que les altérations décrites par MM. Herrgott et Depaul rentrent dans un genre qu'il a décrit il y a plus de quarante ans.

INSTRUCTIONS POUR DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES AU JAPON

M. LEFORT, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de ces instructions. (Voir plus haut l'article : *Séance de l'Académie de médecine.*)

La séance est levée à cinq heures.

SANTÉ PUBLIQUE.

Paris (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 25 janvier 1877, il a été déclaré 988 décès, soit 27.7 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 10. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 30. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 59. — Diarrhée chlériforme des jeunes enfants, 3. — Angine couenneuse, 34. — Croup, 35. — Dysenterie, 2. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 244. — Affections chroniques, 436, dont 168 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 41. — Causes accidentelles, 13.

— Londres (3,533,484 hab.) — Décès du 14 au 20 janvier 1877, 1,491, soit 21.9 par 1,000 hab. et pour l'année.

— New-York (1,060,000 hab.). — Décès du 23 décembre au 13 janvier, 436 décès, soit 21.3 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 21. — Scarlatine, 20.

— Berlin (994,343 hab.) — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 498, soit 26,0 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 19.

(1) In-8°. — Prix 2 fr. Paris, V. A. Delahaye et Ce.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 414, soit 30.0 par 1,000 hab. et pour l'année.

— MUNICH (209,000 hab.). — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 137, soit 34,0 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 4.

— NAPLES (452,100 hab.). — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 313, soit 36.1 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 6. — Variole, 4.

— BRUXELLES (188,609 hab.) — Décès du 7 au 13 janvier 1877, 79, soit 21.9 par 1,000 hab. et pour l'année. — Variole, 7.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours, pour trois places de médecin au bureau central, s'ouvrira le lundi 26 mars 1877 à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert du jeudi 22 février au samedi 10 mars, à trois heures.

— M. le docteur Andrieu ayant adressé au Sénat une pétition concernant l'exercice de la profession de dentiste et l'enseignement de cet art, sa pétition a eu les honneurs du renvoi aux ministres de l'intérieur et de l'intruction publique. Voici, du reste, le texte officiel du rapport :

« Pétition n° 428. — M. le docteur Andrieu, chirurgien-dentiste des hôpitaux à Paris, demande qu'une loi spéciale dispose que nul ne puisse à l'avenir exercer la profession de dentiste s'il n'est reçu docteur en médecine, ou tout au moins officier de santé.

Il réclame, en outre, la création à l'École de médecine d'une chaire spéciale des maladies de la bouche.

La lecture attentive de la pétition du docteur Andrieu et des pièces justificatives dont elle est accompagnée a prouvé à la commission que la question soulevée par lui est extrêmement sérieuse et mérite d'être prise en considération.

Le docteur Andrieu démontre que la pratique de l'art dentaire demande autant d'études préalables que toute autre branche de la chirurgie ou de la médecine ; or, ces connaissances nécessaires, où peuvent-elles s'acquérir, sinon dans les amphithéâtres d'anatomie et dans les hôpitaux? Comment saura-t-on que les dentistes les possèdent, sinon en leur faisant passer des examens?

Le pétitionnaire, dans sa brochure justificative, cite plusieurs accidents mortels survenus par suite de l'ignorance ou de l'impéritie de dentistes impudents. Il s'appuie sur les opinions conformes à la sienne émises par les médecins français les plus célèbres, tels que MM. Orfila, Marjolin, Réveillé-Parise, Roux, Velpeau, etc.

La 4e commission des pétitions, trouvant juste que tous les membres du corps médical, à quelque spécialité qu'ils appartiennent, soient soumis aux mêmes études, et offrent les mêmes garanties, propose le renvoi de la pétition du docteur Andrieu et de son projet de loi aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique. — (Envoi aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique). »

— M. le docteur Badal demande des aides de clinique ophthalmologique, qui auront toutes facilités pour s'exercer à la pratique de l'optométrie et de l'ophthalmoscopie, — S'adresser à la clinique, de midi à deux heures, 83, rue de La Condamine (Batignolles).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Traité d'anatomie pathologique, par le docteur LANCEREAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier, 2e partie. — Anatomie pathologique générale (gratis pour les souscripteurs). — Prix du tome Ier complet, 1 fort beau vol. in-8° avec 267 figures intercalées dans le texte : 20 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal, comprenant la glande lacrymale et les voies d'excrétion des larmes, professées par S. PANAS, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, etc. Rédigées et publiées par le docteur CHAMOIN, ancien externe des hôpitaux de Paris. Revues par le professeur. — 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Recherches historiques et critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, par le docteur Noël GUÉNEAU DE MUSSY. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'hygiène dans les lésions organiques du cœur compensées, par le docteur BAUDIN. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 14. — SAMEDI 3 FÉVRIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 3 FÉVRIER 1877. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture du cours de pathologie à la Faculté.

De la clinique à la pathologie, il n'y a que la distance, souvent imperceptible, qui sépare le précepte de l'application, l'abstrait du concret. C'est à peine un pas à franchir, tant leurs limites respectives se touchent et se confondent même en une ligne ondulente et fictive. On ne trouvera donc pas mauvais que nous franchissions cette frontière de convention et qu'au lieu de faire parcourir aux lecteurs de cette revue les salles d'un service d'hôpital, nous les conduisions un instant avec nous dans le grand amphithéâtre de la Faculté. L'ouverture du cours de pathologie médicale était annoncée pour trois heures. Dès deux heures, l'amphithéâtre était plein ; à deux heures et demie, les assistants refluaient dans les vomitoires et jusque dans la cour de l'École. Arrivé un peu après deux heures et demie, celui qui vous parle n'a pu parvenir à se glisser presque subrepticement dans l'un des couloirs de l'enceinte qu'à trois heures et demie, c'est-à-dire une demi-heure après que le cours était commencé. Quelle était donc la cause de cette affluence et de cet empressement ?

On allait entendre pour la première fois, dans cet amphithéâtre, l'un des deux nouveaux professeurs de pathologie médicale, que des ouvrages nombreux et importants ont déjà classé au premier rang de nos pathologistes et dont la réputation comme orateur didactique et argumentateur, déjà formée dans les concours et dans le cercle plus modeste de l'enseignement libre des hôpitaux, avait devancé son entrée à la Faculté. L'attente de cette foule empressée et sympathique d'élèves et de médecins, venus pour saluer son avénement, n'a point été trompée. M. Jaccoud réunit en effet toutes les qualités du professeur : savoir profond et étendu, esprit net, lucide, ouvert au sens scientifique, élocution d'une merveilleuse facilité, sans recherche, sans surcharge, mais d'une irréprochable correction et de cette clarté limpide, qui est le plus bel ornement et la qualité la plus désirable du style didactique. Joignez à cela un organe agréable, une intonation toujours juste et des inflexions de voix musicales qui rompent la monotonie du débit.

Dans cette première leçon dont, à notre grand regret, nous n'avons pu entendre que la seconde moitié, ce qui a suffi toutefois pour nous faire apprécier toutes ces heureuses facultés, le nouveau professeur de pathologie a esquissé, dans un court aperçu historique, la marche rapidement ascendante qu'a suivie la médecine depuis son affranchissement des langes de l'ancienne scolastique; et il a tracé un magnifique tableau des progrès modernes, dont la France a eu la glorieuse initiative, et qui, sous cette heureuse impulsion, se continuent de nos jours par le concours des savants de tous les pays, sans qu'il y ait à se préoccuper autrement de leur provenance et sans qu'aucune nationalité puisse prétendre désormais, à cet égard, à une suprématie qui n'appartenant plus exclusivement à aucune, peut justement être revendiquée par la grande famille collective des savants de toute origine.

De cet exposé des progrès réalisés de nos jours dans presque toutes les branches des sciences médicales, en anatomie, en physiologie, en anatomie pathologique, et qui les ont toutes fait entrer dans le grand cercle encyclopédique des sciences positives, M. Jaccoud a été conduit à réclamer la même place et le même honneur pour la médecine elle-même, qui en est le but et l'aboutissant naturel, trouvant, non sans raison, étrange qu'on voulût refuser au tout ce qu'on a accordé à chacune de ses parties.

Né sur la terre classique du libre examen, presque compatriote de cet homme au génie bizarre, inégal, mais puissant, qui ouvrit le premier la lutte contre l'autorité et fut comme le précurseur de la philosophie cartésienne, c'est au libre examen de ses élèves qu'il a fait appel en terminant, pour qu'ils aient à vérifier et à contrôler, à l'occasion, ce que leurs maîtres leur enseignent, nul n'étant infaillible et tous sachant plus qu'un seul. C'est sous bénéfice d'inventaire et non de par l'autorité, a-t-il dit, que vous devez accepter la parole de ceux qui n'ont acquis le droit de vous enseigner que parce qu'ils ont vécu plus que vous, vu plus de choses que vous, et acquis plus d'expérience.

Tel est, en substance, le sens de la dernière partie de cette leçon, laquelle a été accueillie par une triple salve d'applaudissements et de bravos, qui ont suivi le professeur jusque sur la place de l'Ecole, où il lui a été fait encore une nouvelle ovation.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches.

En rapportant dans la dernière revue quelques exemples d'anévrysmes internes dont il n'avait pas été possible de faire le diagnostic, nous avons signalé l'un des faits les plus curieux de ce genre, promettant de revenir aujourd'hui sur quelques-uns de ses principaux détails. Voici l'historique très-abrégé de

ce fait, mais suffisant toutefois pour en faire apprécier l'intérêt :

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Sée, remplacé alors par M. Damaschino, pour des crachements de sang. D'après les renseignements qu'elle donne sur sa santé antérieure, elle n'aurait jamais eu de maladie grave, elle ne s'était jamais plaint de palpitation, ni d'oppression, elle n'avait jamais eu d'œdème des membres inférieurs, rien, en un mot, qui pût donner l'idée d'une affection cardiaque. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital elle avait eu une bronchite qui l'avait tenue trois semaines au lit. Depuis cette époque, sa santé avait commencé à s'altérer, elle avait maigri, perdu ses forces et continuait à tousser, rendant parfois des crachats striés de sang, dormant mal et ayant des transpirations toutes les nuits. Mais ce n'était que depuis quelques jours qu'elle avait eu à plusieurs reprises des crachements abondants et même, disait-elle, des vomissements de sang, suivis de selles noires, manifestement sanglantes.

Voici ce que l'on constata à son entrée : à l'examen de la poitrine, on voyait un réseau veineux assez développé à la partie supérieure du thorax du côté gauche, et quelques veines un peu dilatées à droite.

La percussion de la poitrine n'offrait rien d'anormal à droite. Mais à gauche, en avant, on trouvait une matité très-prononcée et très-étendue, avec résistance au doigt, et une diminution des vibrations thoraciques. En arrière, il existait une matité absolue dans toute la hauteur du thorax à gauche.

A l'auscultation, on entendait en avant un souffle bronchique très-net, surtout dans l'expiration, et quelques râles dans l'inspiration. En arrière, le murmure vésiculaire s'entendait à peine dans toute la hauteur du côté gauche, et au sommet on percevait un souffle lointain. Il y avait du retentissement de la voix, mais pas de pectoriloquie du côté droit; en avant comme en arrière, rien d'anormal.

A l'auscultation du cœur, souffle systolique rude à la pointe. Pouls fort, vibrant et régulier.

En présence de ces phénomènes et de l'état d'amaigrissement de la malade et de la teinte légèrement cachectique de la peau, M. Damaschino posant la question de diagnostic entre les hypothèses d'une induration pulmonaire simple, d'une induration tuberculeuse, d'une apoplexie pulmonaire ou d'un cancer intrathoracique, avec un épanchement pleural, dont les signes étaient évidents, se rattacha à cette dernière.

La malade resta à peu près dans le même état pendant trois mois, avec de très-légères alternatives de mieux et de pis, continuant à avoir de temps en temps des hémoptysies plus ou moins abondantes, lorsqu'un jour une hémorrhagie plus abondante que les autres détermina la mort.

Voici ce que l'autopsie, faite avec un soin particulier par M. Cornil, fit reconnaître : une grande quantité de liquide citrin dans la plèvre gauche, avec des fausses membranes fibrineuses à la surface de la membrane pleurale; une tuméfaction du poumon droit, emphysémateux et gorgé de sang à la base de ses lobes surtout.

Dans le côté gauche, à la voûte supérieure du thorax, entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure de la poitrine, existait une tumeur considérable, à peu près du volume des deux poings réunis, constituée par un anévrysme de la crosse de l'aorte. L'aorte à son origine, au-dessus des valvules sigmoïdes, qui étaient normales, était dilatée et présentait dans toute sa portion ascendante des plaques d'athérome avec des points calcifiés et une surface irrégulière. L'origine des vaisseaux du cou et de la sous-clavière était libre; mais aussitôt après la naissance de cette dernière, l'aorte présentait une dilatation plus considérable et elle était tapissée par des couches épaisses de lamelles de fibrine décolorée, d'une grande épaisseur. La cavité interne de la dilatation anévrysmale était régulière. Mais il n'en était pas de même de la surface extérieure. Celle-ci montrait plusieurs bosselures, dont deux surtout assez considérables siégeaient, l'une en avant et à la partie supérieure de la tumeur, l'autre en arrière et à la partie inférieure, où elle se mettait en rapport avec le bronche gauche, avec laquelle elle communiquait par une perforation ouverte dans la deuxième division de ce conduit. La perforation était ovoïde, mesurant dans son grand diamètre 1 centimètre. Les bords étaient formés par un tissu fibreux dense. L'ouverture était obturée complétement par des caillots fibrineux épais, formant là une couche de 1 centimètre au moins.

L'aspect et la structure du bord de la perte de substance, ainsi que son étendue assez considérable, témoignaient de son ancienneté.

Il devenait évident, d'après cela, que les hémoptysies répétées auxquelles cette femme était en proie depuis plusieurs mois provenaient de cette perforation du sac anévrysmatique de l'aorte s'ouvrant dans la bronche; les couches épaisses de fibrine qui tapissaient tout l'intérieur du sac, en ce point plus particulièrement, expliquaient suffisamment comment ces hémorrhagies avaient toujours été peu abondantes jusqu'à la dernière, et comment la malade avait pu vivre encore plusieurs mois avec une pareille lésion. Enfin, ce qui, dans ce cas, rendait le diagnostic plus particulièrement difficile et pouvait faire croire à toute autre lésion qu'un anévrysme de l'aorte, c'était cette double circonstance de la situation profonde de la tumeur à la partie postérieure du thorax et de la constitution même de ses parois, doublées de couches de fibrine d'une très-grande épaisseur, qui ne permettaient pas d'en percevoir les battements; enfin l'absence de tout symptôme secondaire qui eût pu résulter d'une compression d'organes importants, qui n'existait point dans cette circonstance.

Ce fait n'est pas sans précédent, et l'on trouve dans les annales de la science, notamment dans le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte,* de W. Stokes, des exemples de vastes anévrysmes de l'aorte qui ont été également méconnus. On a rapporté aussi des exemples d'anévrysmes de l'aorte communiquant, par des ouvertures fistuleuses, avec l'œsophage et donnant lieu à des hématémèses intermittentes, comme l'étaient les hémoptysies dans ce cas-ci, sans qu'on en eût soupçonné l'existence pendant sa vie. Mais malheureusement la connaissance de ces faits, bonne tout au plus pour faire songer, dans des cas difficiles, à la possibilité d'un fait semblable, ne jette que très-peu de lumière en réalité sur les difficultés du diagnostic dans de pareilles conditions.

Iléus guéri par l'insufflation.

Dans le n° du 19 août 1875, M. le docteur Gilée (de Nantes), nous communiquait un travail très-intéressant sur l'utilité de l'insufflation dans l'invagination intestinale, et il rapportait à l'appui deux exemples de guérison obtenue par cette méthode. Bien que cette méthode ne fût pas nouvelle alors, et qu'elle eût déjà été préconisée et appliquée par plusieurs médecins depuis un assez grand nombre d'années, elle n'avait pas été assez vulgarisée encore, pour que la communication de notre confrère ne fût pas remarquée et ne tînt pas l'attention des praticiens en éveil. C'est ce qui a eu lieu en effet.

M. le docteur Roger (de Hédé), qui avait déjà eu dans sa

clientèle plusieurs cas malheureux de cette affection, ayant eu connaissance par la *Gazette* de la note de M. Gilée, s'était bien promis, à la première occasion qui s'en présenterait, d'appliquer cette méthode. Cette occasion s'est présentée, il l'a saisie avec empressement, et n'a eu, paraît-il qu'à s'en louer. Voici la relation que nous adresse, à ce sujet, notre confrère.

Dans la nuit du 21 décembre dernier, M. Roger fut appelé auprès d'un malade nommé F..., âgé de trente-cinq ans, d'un bon tempérament, demeurant à trois lieues de Hédé, et qui venait d'être pris de coliques vives. Il se rendit chez lui le 22, vers neuf heures du matin, et le trouva, bien que plus calme que la nuit, souffrant toujours du ventre. La douleur siégeait du côté gauche, entre le milieu de la dernière fausse côte et la crête iliaque. On sentait dans ce point une tumeur bosselée paraissant tenir à des matières arrêtées dans l'intestin. F... raconta qu'après un repas dans lequel il avait mangé un mets mal préparé, il avait été pris de dégoût, puis de coliques et de vomissements. Il n'était pas allé à la selle, le pouls n'était pas fréquent, la bouche était mauvaise, la langue blanche. Croyant à une indigestion, M. Roger ordonna une once d'huile de ricin, puis, si les selles ne venaient pas, un lavement le soir avec du miel de mercuriale,

Le lendemain matin, 23, le malade n'était pas mieux et il n'était pas allé à la selle. Commençant à craindre qu'il y eût obstacle au cours des matières, M. Roger prescrivit une potion avec deux gouttes d'huile de croton et deux lavements de séné et de sulfate de soude, à deux heures d'intervalle. Le soir, il n'y avait pas eu encore de selles, la douleur était toujours vive, surtout par moments et à la pression. Le malade ne pouvait se tenir sur le côté gauche; on sentait toujours la tumeur bosselée, plus dure que la veille. Le ventre était ballonné à la partie supérieure; pouls lent, soif vive, face rouge, hoquets et nausées (nouveaux lavements avec séné et sulfate de soude, extrait de belladone sur la partie douloureuse).

Le 24, pas de résultat, même état que la veille. Les éructations sont moins fréquentes; pouls lent, 70 pulsations; pas d'appétit, soif toujours vive, langue très-blanche. Le malade est assoupi, le ballonnement du ventre a un peu augmenté (pilules de calomel, jalap et extrait de belladone, une toutes les deux heures).

Le soir encore même état. C'est alors que notre confrère essaya l'insufflation par l'anus au moyen d'un soufflet et d'une canule en gomme à injection pour femme qu'il introduit aussi profondément que possible. Ici nous le laissons parler : « Je souffle, dit-il, modérément, m'arrêtant de temps en temps et je donne en tout une quarantaine de coups de soufflet. (Ce dernier est petit et ne souffle pas très-fort). Le malade ressent une légère douleur dans le côté gauche, mais en même temps dit qu'il éprouve un certain soulagement. La canule s'engage dans des matières demi-molles. On continue les lavements purgatifs et les pilules le lendemain, il ne reste plus que deux de ces dernières. Il n'y a eu aucun effet de produit. Cependant les lavements ont nettoyé la partie inférieure de l'intestin. Nouvelle insufflation plus forte. Je ne cesse les coups de soufflet plus précipités que lorsque le malade se plaint. Il y a une forte envie d'aller à la selle, on place F sur le vase, je crois à un succès, mais il y a seulement sortie de gaz très-sonores. Je redouble l'insufflation, le malade se plaint beaucoup et pendant quelques minutes il y a de vives coliques, puis nouvelle sortie de gaz bruyants. Le malade étant ennuyé des remèdes, je les cesse tous, excepté les deux pilules qui restent.

« Le lendemain quand j'arrive, on m'annonce une grande amélioration. Il y a eu trois selles, la fièvre a eu lieu trois heures environ après mon départ, ces selles sont claires et peu abondantes, elle sentent très-fort et sont verdâtres. Le ventre est encore ballonné, il y a toujours un peu de douleur. J'électrise alors l'abdomen et je prescris un lavement de mercuriale salé. Il survient alors une selle abondante un peu sanglante.

« Le lendemain, j'ordonne encore un verre d'huile de ricin. Il y a alors trois selles jaunâtres, les deux premières sanguinolentes.

« Le 28, le malade se trouve bien, il a de l'appétit. Je prescris une alimentation douce et le repos pendant deux jours. Au bout de ce temps, le malade qui est très-bien, se lève, mange avec plaisir et dit qu'il ne se sent plus que faible. Depuis ce temps l'amélioration a continué et F... est très-bien portant. »

— Nous avons reçu, à l'occasion de la note de M. le docteur Hobon, insérée dans notre dernière revue, sur un cas de prostatite phlegmoneuse, etc., une lettre de notre confrère M. le docteur Dubuc, que son étendue ne nous a pas permis d'insérer aujourd'hui; nous en ferons connaître le contenu à nos lecteurs dans la prochaine revue. Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT

M. Desprès donne lecture d'un rapport sur la communication adressée par M. Péan dans la dernière séance. M. Péan, n'étant pas membre de la Société de chirurgie, ne peut prétendre au droit de réponse quelles que soient les attaques qui sont dirigées contre lui. Les bulletins de la Société ne peuvent être assimilés à un journal ordinaire, où ce droit est de rigueur. Quant à la question de priorité, M. Desprès ne se sent pas assez éclairé pour pouvoir la trancher. Tels sont les arguments que fait valoir aujourd'hui M. le rapporteur, qui conclut au dépôt dans les archives de la lettre de M. Péan.

Ces conclusions sont adoptées.

COMMUNICATIONS

M. Le Fort présente une femme atteinte d'un cancer du sein et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale active en présence des désordres considérables qui se sont produits à la suite de manœuvres antérieures dont elle a été la victime. M. Le Fort s'élève contre la facilité avec laquelle on autorise des médecins étrangers à pratiquer la médecine en France, et demande que la Société de chirurgie fasse une nouvelle tentative auprès du gouvernement pour obtenir la suppression de ces abus, qui coûtent la vie à tant de nos compatriotes.

La proposition de M. Le Fort est vivement appuyée, et la Société vote à l'unanimité, sur la proposition de MM. Trélat, Desprès et Le Fort, l'ordre du jour suivant :

La Société de chirurgie, espérant qu'une loi nouvelle mettra fin aux abus que rend possibles la loi de ventôse, an XI, et dont les faits rapportés par M. Le Fort donnent un nouvel et si triste exemple, vote le tirage à part de son travail et son envoi aux ministres compétents et à la réunion des médecins législateurs.

M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente une femme, âgée de quarante-huit ans, atteinte de dégénérescence épithéliomateuse des glandes sébacées, dont il a pu suivre la marche depuis dix ans et dont le diagnostic a présenté de véritables difficultés. Dans son enfance, cette malade avait eu quelques manifestations scrofuleuses et une variole confluente. A l'âge de trente-deux ans, il survint sur la racine du nez une ulcération de 2 centimètres de large, qui finit par se cicatriser après diverses alternative

d'ulcération et de guérison. Une autre ulcération, siégeant sous la paupière inférieure droite, nécessita une autoplastie, qui fut pratiquée à Reims, en 1860, par M. Décès. Peu après, une tumeur se montra sur la nuque, et fut considérée par M. Féréol comme syphilitique, mais le traitement institué resta sans effet. M. Bazin, dans la même opinion, fit suivre un traitement par l'iodure de potassium, mais sans résultat; l'ulcération du nez fut seulement améliorée.

Lorsqu'elle entra dans le service de M. Lailler, en 1866, elle ne présentait aucune trace de syphilis. En 1867, la tumeur de la nuque se présentait sous forme de saillie offrant une consistance fibreuse très-résistante; et une tumeur élastique se produisait à l'angle de l'œil gauche. En 1872, la malade revint à Saint-Louis avec une récidive de l'ulcération du nez. La tumeur de la nuque, également ulcérée, avait grandi et ressemblait à un macaron incrusté dans l'épaisseur de la peau qui restait mobile. L'examen histologique fit reconnaître qu'elle était composée de cellules épidermiques. En même temps survenait à la pommette une tumeur qui avait l'aspect d'une gomme. L'iodure de potassium fut donné de nouveau, mais bientôt la tumeur, qui n'était qu'un abcès, s'ouvrit par la bouche. M. Bazin porta alors le diagnostic : cancer de la nuque, cancroïde de la face. M. Tillaux, qui la vit à la même époque, émit l'opinion de syphilis. En réalité, il résulte d'un examen fait par M. Malassez qu'il s'agit d'une production de petites tumeurs épithéliomateuses développées dans les glandes sébacées. M. Lailler, qui observe cette malade depuis dix années, a tenu à la présenter à la Société de chirurgie comme un exemple de dégénérescence épithéliomateuse des glandes sébacées, disparaissant spontanément et reparaissant ailleurs, parce qu'il est rare de pouvoir suivre pendant plusieurs années cette affection.

M. LE DENTU s'explique les dissidences d'opinions émises au sujet de cette malade par la forme d'épithélioma dont elle offre l'exemple et qui est très-difficile à caractériser cliniquement. Il a pu lui-même suivre pendant plusieurs années un jeune homme qui, depuis l'âge de douze ans, portait sur les parties découvertes du corps de petites tumeurs ressemblant à une généralisation de molluscum. Vers quinze ans, plusieurs s'ulcérèrent; un grand nombre disparurent spontanément, quelques-unes sous l'influence de cautérisations. Trois ans plus tard, la maladie entra dans une phase nouvelle; le nez s'ulcéra et commença à tomber, les paupières furent envahies, puis la joue droite. Puis certaines parties se guérirent; il y eut même cicatrisation complète du nez, qui était en partie tombé. Mais longtemps après le mal reprit sa marche; l'ulcération de la joue droite, d'abord petite, augmenta d'étendue et s'indura sans disparaître jamais, et prit enfin tous les caractères d'un épithélioma. Tous les os de la face furent successivement envahis, et le malade finit par succomber après une agonie prolongée, et dans un état d'amaigrissement extrême, causé par la difficulté de l'alimentation. Il était très-curieux de suivre les différents aspects du mal, ressemblant d'abord à un molluscum simple, puis à une syphilis congénitale, à la scrofule et enfin à un épithélioma vrai. M. Le Dentu pense qu'au commencement la maladie était localisée dans les glandes sébacées.

M. VERNEUIL, dans son *Étude sur les tumeurs chirurgicales de la peau*, parle de ces hypertrophies des glandes sébacées, qui ont fait l'objet d'un remarquable mémoire, avec planches, de Luigi Porta il y a une douzaine d'années. Il existe un épithélioma sébacé, mais, en raison de l'épaississement considérable que prennent les parois sébacées sous l'influence de cette maladie, l'infiltration est difficile et rare. Pendant longtemps il est possible d'éliminer la glande avec un instrument mousse. Il n'est pas rare de voir des épithéliomes sudoripares de la tempe, du front, etc., guéris par l'application de cataplasmes ou d'autres topiques aussi simples. M. Cazenave a appelé cette variété *acné sébacé partiel*.

M. TRÉLAT hésite à caractériser, aussi nettement que les orateurs précédents, l'affection que présente cette malade. Elle fait songer à la parenté des tumeurs étudiées par Virchow, et semble devoir être rangée sur les confins de plusieurs classes. M. Trélat a vu deux cas qui peuvent se rapprocher de celui de M. Lailler. Un lupus semblerait mieux expliquer qu'un cancroïde, la longue durée de l'affection et l'absence d'infiltration.

Sur la demande de MM. Marjolin, Larrey, Perrin et Terrier, la Société se forme d'urgence en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 janvier 1877. — Présidence de M. POUCHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Application des métaux sur les parties anesthésiées. — M. CHARCOT continue à tenir la Société au courant des expériences qui se font dans son service à ce sujet; il rappelle que, dans la dernière séance, M. Rabuteau a dit qu'on n'obtiendrait pas les mêmes effets avec de l'or pur qu'avec des alliages. M. Burq a expérimenté avec une lame d'or pur, ou du moins donné comme tel, et on a constaté les mêmes effets, seulement un peu plus tardifs. On sait, ajoute M. Charcot, que dans les cas d'hémianesthésie organique, dépendant d'une lésion cérébrale, les sens spéciaux sont altérés de même que la sensibilité générale; il était intéressant de savoir si cette altération des sens spéciaux était modifiée également par les applications métalliques; or l'expérience a été des plus concluantes dans le sens de l'affirmative. Une femme dont la moitié de la langue est habituellement insensible aux substances les plus amères, sous l'influence de l'application sur sa langue d'une plaque de fer (cette femme est sensible au fer) sent parfaitement après trois ou quatre minutes les substances amères placées sur cette moitié de la langue. Le même phénomène se produit pour l'odorat.

M. Charcot fait observer que les malades qui sont les sujets de ces expériences sont des malades éprouvées, parfaitement connues depuis longtemps et que les hystériques, entres autres, ne sont pas des simulatrices, comme semblent portés à le croire un certain nombre de médecins. C'est, dit-il, une mode aujourd'hui de considérer toute hystérique comme une simulatrice. M. Charcot combat ce scepticisme ridicule et demande s'il est possible d'admettre qu'on puisse simuler des contractures durant jour et nuit depuis dix années, des hémianesthésies telles qu'on peut enfoncer brutalement une épingle dans toute l'épaisseur d'un membre, des altérations des sens spéciaux parfaitement limitées à seul côté, etc. etc. Il faut vraiment ne pas connaître l'hystérie pour la nier de cette façon.

Courants électro-capillaires et de leur influence sur l'organisme. — M. ONIMUS présente une série de petits appareils provenant du laboratoire de M. Becquerel, et servant à démontrer les effets des courants électro-capillaires. Si deux dissolutions de sels minéraux sont séparées par un espace capillaire, une félure de verre par exemple, il se forme aussitôt entre ces deux dissolutions un courant électrique, qui détermine des doubles décompositions; d'un côté de la paroi, de celle qui remplit le pôle positif, il y a oxydation, et de l'autre côté, c'est-à-dire du côté du pôle négatif, il y a réduction et dépôt du métal à l'état pur. C'est ainsi que M. Onimus présente des tubes de verre, sur lesquels il y a une petite fissure, dont l'intérieur a été rempli par un sel métallique, du nitrate d'argent, du nitrate de cuivre, du chlorure d'or, et dont l'intérieur du tube plonge dans une dissolution de mono-sulfure de sodium. A travers la fissure, il y a eu aussitôt production de courants électriques, et l'argent, le cuivre, l'or se sont déposés à l'état métallique en formant de très-beaux cristaux.

Si on sépare ces mêmes dissolutions par une membrane endosmotique, les mêmes phénomènes ont lieu; sur un des côtés de la membrane il y a réduction du sel, et sur l'autre il y a oxydation; on peut obtenir ainsi la métallisation de membrane en papier à dialyse, ou bien des doubles décompositions, avec production d'un corps insoluble. En séparant par une membrane du nitrate de chaux et du sulfate de soude, là il se forme d'un côté du nitrate de soude, et de l'autre côté des stalactites de sulfate de chaux. M. Onimus présente des bocaux où se trouvent ces stalactites et deux plaques de papier-parchemin complétement métallisées par un dépôt de cuivre sur une des faces.

L'interposition d'une membrane, est donc suffisante pour constituer aussitôt les liquides en contact en piles électriques et pour déterminer des oxydations et des doubles décompositions. Si d'un côté, on plonge une lame de platine, l'intensité de ces courants électriques est considérablement augmentée, comme l'a observé récemment M. Becquerel, et c'est sur ce fait, que se fonde M. Onimus pour expliquer les prétendus effets spéciaux de la métallo-thérapie.

Au point de vue physique, ces courants électro-capillaires ont une grande importance, car ils montrent l'existence des courants électriques, sans qu'il soit nécessaire de l'intervention d'un conducteur métallique. Ils semblent même régler les lois d'endosmose et d'exosmose, car la direction de l'endosmose est presque toujours la même que celle du courant électrique. D'un autre côté, l'application de ces lois aux phénomènes physiologiques est des plus considérable; ces courants, en effet, se forment pour toute espèce de liquides organiques, et ils nous expliquent la formation de l'électricité chez certains poissons, où l'appareil spécial électrique est précisément constitué par des cloisons membraneuses très-rapprochées qui forment une infinité de cellules remplies d'une substance albumineuse demi-fluide.

M. Onimus a reconnu que les substances albuminoïdes agissaient de la même façon que les membranes, et qu'elles déterminaient la production des mêmes actions électro-moléculaires. En séparant par une couche d'albumine du phosphate de soude et du nitrate de chaux ou du chlorure de calcium, on obtient un courant électro-capillaire avec formation de phosphate de chaux d'un côté et de nitrate ou de chlorure de soude de l'autre côté. Cette expérience rend bien compte des phénomènes qui doivent avoir lieu dans la formation de la substance osseuse.

On peut donc affirmer que des courants électriques existent dans tous les tissus; les phénomènes d'endosmose, les réactions chimiques, les doubles décompositions, qui constituent, pour ainsi dire, l'essence de la nutrition, sont régis par ces courants. L'idée émise par Scouttetten, que les bains minéraux agissaient par une influence électrique, a certainement quelque chose de fondé, car on constate un courant électrique se faisant par l'intermédiaire de la peau, entre le bain alcalin ou bain sulfureux et les tissus sous-jacents à l'épiderme. Mais les faits découverts par M. Becquerel font plus que prouver l'existence de ces courants, ils nous montrent en même temps les résultats qui peuvent en être obtenus, car les liquides sous-jacents éprouvent une réduction, ils se désoxydent, tandis que, dans des bains où la réaction serait différente, dans des bains d'acide carbonique, il y a, au contraire, oxydation des substances sous-cutanées. Les courants électriques sont plus accentués pour les bains sulfureux, avec le monosulfure de sodium ou de potassium qu'avec les sulfures que l'on emploie d'ordinaire. Dans l'emploi médical des sels métalliques, les phénomènes doivent être les suivants : si le sel est pris à l'intérieur, il se réduira et sera déposé à l'état métallique sur la face interne des membranes. C'est en effet ce qui a lieu pour le nitrate d'argent, car on retrouve l'argent sous l'épiderme à l'état métallique. Si, au contraire, les sels sont mis à l'extérieur, il y aura double décomposition, mais le métal restera déposé à l'extérieur; c'est peut-être la raison qui rend les substances si peu absorbables par la peau. Pour d'autres composés, tels que l'iodure de potassium, il doit, d'après les lois électro-capillaires, se passer le phénomène suivant : l'iodure de potassium doit se décomposer, l'iode pénétrer à travers l'épiderme et le potassium former à l'extérieur une autre combinaison. L'état d'alcalinité ou d'acidité de la sueur ou encore des véhicules qui renferment les sels, doit également jouer un rôle important pour l'absorption de ces médicaments et pour la partie du médicament qui se trouve absorbée.

On peut encore se faire une idée des indications précieuses que peuvent fournir les courants électro-capillaires, par ce fait même qu'il existe entre le jaune et le blanc d'œuf un courant électrique dont la direction prouve que les effets chimiques sont, pour le jaune, des phénomènes de réduction et de désoxydation, tandis que le blanc d'œuf disparaît par une série d'oxydations. En général, dans les tissus, c'est-à-dire dans cet ensemble de piles organiques, où la nutrition et, par conséquent, la vie sont le résultat des phénomènes électro-chimiques, les substances albuminoïdes, prennent l'état électrique négatif, et c'est sur elles que portent les oxydations.

Phlegmatia alba dolens double, à la fin d'une fièvre typhoïde, ayant eu pour point de départ une nécrose des parties inférieures de la colonne vertébrale. — M. DUMONTPALLIER présente des pièces anatomiques recueillies sur une malade morte dans son service à la fin d'une fièvre typhoïde, pièces qui permettent d'expliquer un fait observé rarement à la fin de cette maladie, une phlegmatia alba dolens double. Il s'agit d'une jeune fille arrivée au vingt et unième jour d'une fièvre typhoïde et qui présenta un œdème blanc, bleuâtre, douloureux de la jambe gauche, œdème qui, deux jours après, apparaissait de la même façon sur la jambe droite. Cette jeune fille ayant succombé, on trouva à l'autopsie les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et, de plus, une coagulation veineuse très-manifeste dans les veines iliaques primitives, se prolongeant dans la crurale des deux côtés. M. Dumontpallier examina dès lors les veines hypogastriques et les veines d'origine hypogastrique, et, comme il y avait eu une eschare au sacrum, il rechercha si le point de départ de la coagulation veineuse n'était pas une lésion osseuse. En effet, le sacrum et le coccyx étaient altérés par un travail de mortification; en outre, les veines donnant naissance aux hypogastriques et à leurs branches étaient remplies de caillots déjà anciens, tandis que les veines iliaques primitives et les veines crurales contenaient, au contraire, des caillots récents. La marche et l'origine de la lésion avaient donc bien été celles qu'avait supposées M. Dumontpallier.

Une courte discussion s'engage sur cette intéressante communication entre MM. Hillairet, Laborde, Leven et Dumontpallier.

Des lunettes en verres de couleur. — M. JAVAL fait une communication sur ce sujet. Il parle d'abord de l'emploi des verres plaqués. On se sert généralement, dit-il, de verres colorés en bleu par le cobalt pour diminuer l'intensité de la lumière. Quand il faut corriger en même temps une anomalie de la réfraction ou de l'accomodation, ces verres ont l'inconvénient de présenter des différences de teinte entre le centre et les bords. Les verres plaqués que l'industrie fournit actuellement paraissent à M. Javal pouvoir être employés pour tailler des ménisques concaves ou convexes. Peut-être même sera-t-il possible de fabriquer des verres plaqués tels que la couche d'émail coloré soit comprise entre deux couches de verre blanc; mais actuellement déjà les verres plaqués, dont M. Javal présente un échantillon à la Société, paraissent aptes à servir pour la confection des lunettes communes.

M. Javal aborde ensuite la question de savoir quelle teinte il est préférable de donner aux conserves. Depuis un travail de Bohem (de Berlin), fait en 1862, les lunettes vertes, qui étaient seules employées autrefois, ont été remplacées par les lunettes bleues, sans que cet auteur allemand ait donné une raison plausible de cette substitution. En effet, dans ce travail, Bohem raisonne comme si le bleu transmis par les verres était du bleu spectral, et il admet, sans aucune preuve à l'appui, la supériorité de la lumière bleue sur celle des couleurs moins réfrangibles du spectre. Or, il est facile de s'assurer que les verres au cobalt ne diminuent en rien la longueur du spectre dans lequel ils affaiblissent plusieurs couleurs de réfrangibilité moyenne, et tout particulièrement l'orangé. Aucune raison théorique ne prouve qu'il y ait avantage à modifier de cette façon la lumière reçue dans l'œil. Loin de là, en éteignant les couleurs de réfrangibilité moyenne, les verres de cobalt doivent avoir pour effet de rendre plus sensible le chromatisme de l'œil, tandis que les verres verts, supprimant les extrémités du spectre, rendent nécessairement le chromatisme tout à fait insensible, ainsi qu'il est facile de le démontrer par des calculs faits sur l'œil schématique.

M. Javal conclut de ces faits que la question des verres de lunettes colorés demande à être reprise à nouveau, et son but, en faisant cette communication, est de prier ses collègues de vouloir bien remarquer les sujets chez lesquels les verres de couleur auraient produit des effets utiles, en examinant ces personnes particulièrement au point de vue de la gêne que peut bien apporter le chromatisme de l'œil. Peut-être pourra-t-on ainsi trouver les règles qui doivent guider le médecin dans la prescription des verres colorés.

M. RABUTEAU s'est particulièrement occupé d'une des questions

soulevées par M. Javal. Toutes les fois, dit-il, que la lumière blanche affecte l'œil sensiblement, on prescrit l'usage des verres colorés en bleu. Quant au motif scientifique du choix de ces verres, on ne le donne pas. L'explication en paraît cependant assez simple, suivant M. Rabuteau : elle est la même que celle qu'il a donnée du phénomène d'irradiation dans sa thèse pour le concours d'agrégation pour pour les sciences physiques, en 1869.

Suivant M. Rabuteau, les phénomènes de la vision peuvent être comparés à ceux de l'audition. Or on sait que les sons correspondant à des vibrations de l'air, ayant une amplitude considérable, ébranlent fortement l'oreille interne et peuvent être préjudiciables, tandis que les sons qui correspondent à des vibrations, dont l'amplitude est faible sont mieux tolérés. Ces données semblent à M. Rabuteau pouvoir être transportées dans le domaine de la vision.

On appelle longueur d'onde, dans l'étude de la lumière comme dans celle du son, la distance à laquelle l'ébranlement produit par un corps lumineux ou par un corps sonore se propage en une seconde. On sait par exemple, que l'amplitude des oscillations qui donnent le rouge est beaucoup plus considérable que celle des oscillations qui donnent la lumière bleue. Conséquemment, l'ébranlement produit sur la rétine par le rouge est beaucoup plus marqué que celui qui est produit par les vibrations qui donnent le violet. En effet, le rouge est l'une des couleurs les plus voyantes du spectre et l'œil malade peut moins facilement s'en accommoder que d'autres couleurs. Le rouge correspond donc aux sons graves, tels que ceux que produirait une grosse corde ou un instrument volumineux. L'orangé correspondrait, en suivant cette comparaison, à des sons moins intenses, mais encore énergiques. Il en est de même du jaune qui est également l'une des couleurs les plus voyantes du spectre, tellement que, dans les cas d'achromatopsie ou de daltonisme les plus prononcés, le jaune est toujours perçu. Cette couleur est capable d'impressionner péniblement un œil malade ; aussi l'emploi des verres colorés en jaune n'a-t-il pas été admis.

Si, au contraire, on place devant les yeux des verres colorés en vert, il ne passe en majeure partie que des rayons verts, auxquels correspondent des vibrations dont la longueur d'onde est notablement inférieure aux précédentes ; l'œil malade doit être moins péniblement impressionné que par le jaune, l'orangé et le rouge. Cependant, on préfère aujourd'hui les verres bleus aux verres verts.

D'après l'explication que poursuit M. Rabuteau, les verres bleus doivent en effet être préférables aux verres verts, puisque l'amplitude des oscillations qui donnent le bleu est moindre que celle des oscillations qui donnent la lumière verte. Mais les prismes du verre bleu laissent passer non-seulement de la lumière bleue, mais des rayons rouges, de sorte que M. Rabuteau serait disposé, avec M. Javal, à donner la préférence aux verres verts ou du moins à n'en pas négliger totalement l'emploi.

Quant aux verres colorés en violet et en indigo, ils laissent également passer du rouge et, de plus, des rayons chimiques phosphorescents et fluorescents. Or, ces derniers sont inutiles et probablement même nuisibles. M. Jules Regnault a démontré en effet, que les milieux de l'œil absorbant les rayons fluorescents, les empêchent d'aller impressionner la rétine. Peut-être faudrait-il à la place des verres colorés en violet, interposer des verres d'Urane qui, d'après Foucault, absorbent les radiations fluorescentes.

Principe actif du fruit d'inée. — M. HARDY fait une communication sur le principe actif du fruit d'inée. Injecté sous la peau d'une grenouille, cette substance tue l'animal dont le cœur s'arrête subitement en systole. M. Hardy, qui doit étudier ce corps, ne peut dire encore si c'est un alcaoïde.

Acide salicylique. — M. ALBERT ROBIN fait une nouvelle communication sur l'acide salicylique et son emploi dans le traitement de la fièvre typhoïde. Porté à la dose de 10 grammes, ce médicament produit des bourdonnements d'oreille et il a pour effet, de déterminer quelquefois un œdème de la glotte qui peut être dangereux.

M. CHARCOT demande si l'acide salicylique pourrait remplacer avec avantage le sulfate de quinine dans le traitement de certaines maladies, précisément caractérisées par des bourdonnements d'oreille, comme le vertige de Ménière, par exemple.

M. LEVEN a essayé l'acide salicylique dans certains cas, en particulier dans la fièvre typhoïde. Il n'a obtenu aucun des effets du sulfate de quinine, et ce médicament paraît avoir les plus grands inconvénients, puisqu'il peut déterminer un œdème de la glotte. Il ne faudrait donc pas que les praticiens s'en rapportassent à quelques expériences signalées à la Société de Biologie, pour employer désormais un médicament qui peut avoir d'aussi grands dangers.

M. LÉPINE regarde ce médicament comme très-infidèle dans la fièvre typhoïde, mais comme très-puissant dans le rhumatisme articulaire aigu. Quant à son action au point de vue des bourdonnements d'oreille, il faut le donner à de trop fortes doses pour obtenir cette action aussi nette que par le sulfate de quinine.

Vision des couleurs. Cause d'erreur non signalée dans la mesure ophthalmoscopique de la réfraction. — M. BADAL présente quelques considérations sur le chromatisme de l'œil, qui est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit généralement, et rappelle que la différence de réfrangibilité entre les rayons extrêmes du spectre : *violet* et *rouge*, équivaut à peu près de deux *dioptries* (1/18 ancien). Il en résulte, qu'un œil qui aurait son *punctum remotum* à l'infini pour le rouge, l'aurait à 50 ou 60 centimètres pour le violet.

M. Badal s'appuie sur ces données pour expliquer le fait signalé par M. Bert, dans une séance précédente, de l'influence de la distance sur la vision de certains verres colorés.

Si l'on veut éviter les accidents de chemins de fer et les sinistres maritimes, qui sont la conséquence d'erreurs de ce genre, il ne suffit donc pas de constater que les personnes chargées de veiller aux signaux sont exemptes de daltonisme proprement dit, il faut encore s'assurer que la distance n'a aucune influence sur la façon dont sont vus les verres colorés qui servent à ces signaux.

Le chromatisme de l'œil a pour conséquence, dans la mesure ophthalmoscopique de la réfraction, une erreur très-appréciable que M. Badal pense être le premier à signaler. Les parties de la rétine qui servent de point de repère sont les vaisseaux sanguins du fond de l'œil. Ces vaisseaux étant rouges, et la réfrangibilité du rouge n'étant pas la même que celle des rayons moyens du spectre, sur lesquels on se base pour la mesure subjective de la réfraction, il en résulte une erreur en *moins* qui peut varier de 1/2 à 1 dioptrie (1/72 à 1/36 ancien). Un œil, emmétrope en réalité, paraît donc légèrement hypermétrope à l'ophthalmoscope.

A cette cause d'erreur s'en ajoute une autre déjà signalée : celle résultant de ce que les vaisseaux rétiniens sont sur un plan antérieur à la couche des bâtonnets et des cônes.

M. BALZER interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique :

Il s'agit d'un malade du service de M. Lépine à l'hôpital Temporaire, ayant présenté tous les symptômes physiques d'une pleurésie avec épanchement considérable à droite, avec cette restriction, qu'il existait de la bronchophonie et une augmentation des vibrations thoraciques au niveau de l'épine de l'omoplate et dans la partie supérieure de la fosse *sous*-épineuse, bien que la matité remontât au-*dessus* de l'épine.

A l'autopsie, on a trouvé la raison de cette particularité insolite : en effet, il existait précisément dans la partie correspondante à l'épine, une adhérence très-ancienne et extrêmement solide des deux feuillets de la plèvre, dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. C'est évidemment par là que se transmettaient les vibrations vocales à la paroi thoracique. Comme d'ailleurs, le poumon était affaissé à cause de l'épanchement, la matité ne manquait pas à ce niveau.

M. LÉPINE en faisant ressortir l'intérêt que présente la pièce de M. Balzer, insiste sur ce fait, qu'elle prouve la différence qu'offrent les adhérences au point de vue de la transmission des vibrations thoraciques, suivant qu'elles sont anciennes ou récentes. On sait, en effet, que dans ce dernier cas, elles mettent obstacle à la transmission des vibrations, probablement parce que dans les mailles lâches du tissu conjonctif qui les forme il reste de la sérosité. On comprend, au contraire, que des adhérences anciennes, solides, con-

duisent parfaitement les vibrations des grosses bronches à la paroi, à travers une partie du poumon condensé.

M. Lépine ajoute, que dans le chapitre si complet de M. Woillez sur la pleurésie (dans son *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires*), il n'est pas fait mention de l'influence des adhérences, sur la transmission des vibrations, M. Woillez; dit seulement que, lorsque le poumon est partiellement adhérent de la paroi thoracique, la *percussion* peut faire méconnaître l'existence d'un épanchement. Dans ce cas, on peut en effet obtenir, par une percussion un peu forte, de la sonorité, même au niveau du liquide.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

436. Audic. Quelques considérations sur un cas de luxation de l'articulation sternale supérieure.
437. Jullian. Des phlegmons de la fosse iliaque et considérations sur leur siége.
438. Correnson. Quelques recherches sur les déplacements de la rate.
439. Teissier. Du diabète phosphatique, recherche et variations des phosphates dans les urines.
440. Baudin. De l'hygiène dans les lésions organiques du cœur compensées.
441. Atgier. Études hygiéniques sur les qualités organoleptiques des eaux potables.
442. Comoy. Des déviations de la dent de sagesse inférieure et de leurs accidents.
443. Buzot. Considérations sur les raideurs articulaires consécutives au traitement des fractures.
444. Roux. De la névralgie du testicule.
445. Mirza-Ali. Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.
446. Malteste. Des calculs de la prostrate et en particulier des calculs migrateurs ayant pour origine un gravier venu des voies normales de l'urine.
447. Bogues. Du traitement de la conjonctive purulente.
448. Devilliers. Des agents anesthésiques au point de vue du diagnostic de certaines affections et notamment des affections simulées.
449. Massonié. Contribution à l'étude des varices lymphatiques et d'une forme spéciale de leurs terminaisons.
450. Bos. De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre.
451. Varda. Des vomissements chez les phthisiques considérés au point de vue de leurs causes et de leur pathogénie.
452. Cartier. Quelques considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée.
453. Pastriot. Étude sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement.
454. Dubois. Étude clinique sur quelques cas de pleurésie diaphragmatique.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Ball commencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le jeudi 8 février, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Visite des malades à neuf heures, salles Saint-Louis et Sainte-Thérèse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. de 520 pages avec 107 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Guide et questionnaire de tous les examens de médecine, suivi de programmes et conférences pour l'externat et l'internat, avec de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie, de pathologie et d'angéiologie, par le docteur Berton. — 1 vol. in-18 (2e édition). Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière et Ce.

Du diabète phosphatique. Recherches sur l'élimination des phosphates par les urines, conditions physiologiques modifiant l'élimination des phosphates, influence du régime alimentaire, variations pathologiques, par le docteur L.-J. Teissier, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1876, in-8° de 175 pages, avec 7 tableaux et une planche de tracés. Prix : 3 francs. — — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Otologie. Médecine légale. Signe nouveau indiquant la respiration du nouveau-né tiré de l'inspection de l'oreille, par le docteur Gellé. — In-8° avec 6 planches en chromolithographie. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, entièrement guérie par l'emploi des courants intermittents, par le docteur Armaingaud. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. HARDY.

De la valeur des éléments figurés de l'urine dans la néphrite parenchymateuse.

Je profiterai de la présence dans mes salles d'un malade affecté de néphrite parenchymateuse pour vous parler de cette maladie, et entrer ensuite dans quelques détails intéressants et importants sur l'urine albumineuse.

Vous avez vu le malade qui fait l'objet de cette leçon et vous avez remarqué qu'il présentait une anasarque généralisée. Le visage est bouffi, les joues sont pendantes, avec ce caractère propre à l'œdème que, si l'on vient à les frapper légèrement avec le doigt, on détermine un tremblement particulier des parties infiltrées. Les bras, les cuisses, en un mot toutes les parties du corps sont également œdématiées et présentent une décoloration blanchâtre de la peau. Si l'on détermine avec le doigt une légère pression en un point quelconque du corps, l'empreinte de la pulpe digitale persiste et ne disparaît qu'après un certain temps.

Si, d'un autre côté, on rapproche de cet œdème généralisé, de cet anasarque, les caractères offerts par l'urine, et dont je vous entretiendrai plus loin, il n'est pas besoin d'une plus longue investigation pour reconnaître la nature de la maladie dont ce garçon est atteint.

Néanmoins, il est encore des phénomènes accessoires qui appartiennent encore à la maladie que nous étudions, à la néphrite parenchymateuse. Chez ce malade, il est vrai, nous ne trouvons guère, comme symptômes accessoires, que de l'anasarque et des symptômes dépendant de cette infiltration généralisée de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Voici d'ailleurs ce qu'il déclare. Sans cause connue, sans refroidissement appréciable, il a vu son corps s'enfler peu à peu, et avec une rapidité telle qu'au bout de quinze jours l'œdème était complet. En même temps, il ressentait quelques douleurs dans les membres, douleurs qui n'étaient probablement que le résultat de compression des nerfs par l'épanchement, et de plus quelques légers troubles de la vue sans importance. Au lieu de ces troubles oculaires, souvent considérables, qu'on rencontre ordinairement dans les maladies des reins, il n'a présenté qu'un certain degré d'obnubilation : il lui semblait qu'il existait, entre son œil et les objets qu'il regardait, quelques flocons nuageux, un brouillard, qui néanmoins lui permettait encore de distinguer les objets. Ce phénomène fréquent dans la maladie de Bright est attribuée à l'existence d'un œdème survenu dans la rétine, et l'on comprend très-bien dès lors, comment il peut y avoir devant les objets une sorte de gaze qui tempère la vue fait qu'elle s'exerce comme à travers un voile. D'autres fois, les troubles de la vision sont plus profonds et plus étendus : ils vont jusqu'à l'amblyopie et même jusqu'à l'amaurose complète. Dans certains cas encore les malades ont de l'hémiopie : ils se plaignent de ne plus voir que la moitié ou le quart des objets. Dans ces circonstances, on constate à l'ophthalmoscope l'existence, dans la rétine, de petits épanchements de lymphe plastique qui, plus ou moins étendus, expliquent ainsi cette destruction partielle ou complète de la vision.

A part les légers troubles oculaires que je viens de vous signaler, notre malade n'a éprouvé aucun des phénomènes qu'on rencontre le plus souvent dans cette affection; il n'a eu ni vomissements, ni douleurs de reins, ni céphalalgie, etc.

Mais les urines présentent d'une manière évidente tous les caractères de la néphrite parenchymateuse. Leur quantité est normale; elles sont mousseuses, elles présentent une coloration un peu brune et laissent au fond du verre un sédiment blanchâtre. L'addition de quelques gouttes d'acide nitrique y décèle en outre une quantité considérable d'albumine dont la proportion est de 10 grammes par litre, de 17 grammes par vingt-quatre heures.

Enfin les complications, fréquentes dans la néphrite parenchymateuse, se bornent chez lui à un petit épanchement pleurétique dans le côté gauche de la poitrine. Aussi est-ce une condition favorable pour le pronostic, si l'on tient compte surtout que depuis quelques jours l'anasarque a diminué, que les fonctions s'exercent régulièrement, que le malade mange bien et qu'enfin ses forces commencent à revenir.

Quant au traitement auquel il a été soumis, il a consisté dans l'administration du tannin qui, sans que l'on sache comment il agit, est néanmoins un des meilleurs moyens dont on puisse se servir en pareil cas. De plus, ce malade a été soumis à l'usage de bains de vapeur, qui ont pour but, en provoquant une transpiration abondante, de diminuer l'anasarque. Enfin, à ces moyens, nous avons joint le lait qui, en augmentant la quantité des urines sécrétées, peut encore rendre de grands services dans cette maladie.

On a l'habitude de ne considérer dans l'urine que l'albumine, et le plus ordinairement, en effet, comme dans le cas que

je viens d'étudier avec vous, la recherche de ce principe suffit pour poser le diagnostic. Néanmoins, il est utile, parfois, de pousser un peu plus loin les investigations, et de rechercher à l'aide du microscope, les autres caractères qui sont de nature à éclairer le médecin. C'est de cette manière qu'on arrive à différencier une albuminurie dépendant d'une véritable maladie du rein, de ces albuminuries passagères, qu'on voit survenir dans nombre de maladies aiguës : la pneumonie, la fièvre typhoïde, par exemple, et qui dépendent alors d'une congestion rénale momentanée et non pas d'une altération profonde comme celle qui constitue la maladie que nous étudions.

Examinons d'abord les qualités physiques des urines. Ordinairement elles sont pâles, décolorées, ressemblant, comme on dit, à du vin de Chablis et présentent surtout ce caractère essentiel d'être mousseuses. Mais ces caractères ne sont pas constants, et il n'est pas rare (et c'était d'ailleurs le cas de notre malade), de trouver des urines épaisses et brunâtres. Elles doivent alors leur coloration à la présence d'une certaine quantité de sang.

La densité spécifique des urines des individus atteints de néphrite parenchymateuse est un peu moindre que dans l'état ordinaire. Au lieu de 1015 à 1025 densité normale, elle peut descendre jusqu'à 1008 et 1004, se rapprochant ainsi presque de la densité de l'eau distillée. Cet abaissement considérable du poids spécifique des urines est un signe fâcheux pour le diagnostic. Il signifie que le rein ne remplit plus ses fonctions d'élimination.

En effet, l'analyse chimique dénote dans ces urines une diminution notable des sels qui entrent dans la composition normale de ce liquide. De 30 grammes, l'urée descend à 15, 10, quelquefois 6 grammes par vingt-quatre heures; et de 50 centigrammes, qui représentent la quantité normale excrétée dans le même intervalle, l'acide urique tombe à 30, 20, 15 centigrammes.

Il en est de même des sels, phosphates, urates, oxalates etc, dont la quantité est également diminuée.

Mais ce qui caractérise surtout cette maladie, c'est la présence d'albumine dans les urines. On la décèle ordinairement par l'acide nitrique et la chaleur. L'alcool, les acides chlorhydrique et tannique déterminent également un précipité albumineux. Celui-ci se présente sous la forme de flocons blanchâtres quand il existe en quantité notable, sous l'aspect de matière farineuse qui diminuent la transparence du liquide dans les cas où cette proportion est moindre.

Quand, pour déceler la présence de l'albumine, on a recours à l'acide nitrique ou à la chaleur, il est nécessaire de combiner ces deux moyens. Il arrive, en effet, que par la chaleur seule, on voit se produire un précipité blanchâtre qui n'est autre que de l'acide urique et des urates, qui pourraient en imposer pour de l'albumine. Par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique. Ces sels se dissolvent, et on voit disparaître le précipité qui persiste au contraire si l'on a affaire à de l'albumine.

De même en se servant de l'acide nitrique seul, on déplace l'acide carbonique des carbonates, et qu'on transforme alors en sels immobiles qui disparaissent par la chaleur.

Quant au dosage de l'albumine, on y arrive approximativement d'après l'épaisseur des flocons, mais il est des moyens plus exacts qui permettent de déterminer d'une manière presque certaine la proportion dans laquelle ce principe est contenu dans l'urine.

On a vanté le cyanure jaune de mercure et l'acide picrique, comme éminemment propres à déceler dans l'urine des traces extrêmement minimes d'albumine. Mais l'emploi de ces substances a des inconvénients; car, il peut se faire qu'il existe dans des urines presque normales une quantité légère de principes albumineux dont la présence suffirait pour faire considérer comme pathologique une urine normale. Toutefois ces moyens peuvent être utiles, quand il s'agit de rechercher si la disparition de l'albumine est complète, dans les urines d'individus affectés de maladie des reins.

Mais non-seulement il est bon de savoir reconnaître dans une urine la présence de l'albumine, il est encore très-important, dans certains cas, d'examiner au microscope le sédiment qu'elle laisse déposer. Les corps figurés qui peuvent s'y rencontrer ont, en effet, une importance très-grande surtout dans le diagnostic de la néphrite parenchymateuse. Très-fréquemment d'abord on y trouve des lambeaux d'épithélium, larges, avec de grosses cellules qui proviennent de la vessie ou des uretères, et qu'il faut distinguer avec soin des épithéliums du rein. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des cristaux appartenant aux phosphates, aux oxalates de chaux; ces éléments ne sont ordinairement qu'une simple coïncidence.

Souvent encore on peut voir, dans le dépôt laissé au fond du verre par les urines des individus affectés de cette maladie, des globules rouges du sang facilement reconnaissables à leur forme arrondie, déprimée, et quelquefois par leur coloration rosée. On les trouve alors en quantité plus ou moins considérable, suivant les accidents qui surviennent dans le cours de la maladie. C'est surtout au début qu'ils existent en quantité notable; dans ce cas, ils coïncident quelquefois avec la coloration rouge des urines. Mais ce qui caractérise surtout le sédiment qui appartient aux urines de la néphrite parenchymateuse, c'est la présence de petits tubes, de cylindres arrondis qu'on ne rencontre véritablement que dans cette maladie. Ces petits corps ne sont pas tous semblables, et leur présence peut être non-seulement un signe de diagnostic général, mais encore servir à différencier les diverses périodes de la maladie. Tels sont les cylindres fibrineux, épithéliaux, colloïdes.

Les cylindres fibrineux n'existent pas constamment. On ne les voit, en général, qu'au commencement de la maladie. Ce sont des cylindres pleins, formés simplement par un peu de fibrine coagulée du sang, et dans laquelle sont quelquefois englobées des hématies, ce qui leur donne une teinte un peu ocrée. En général, ces cylindres sont droits, opaques, grisâtres ou présentent la coloration jaune dont je viens de vous parler et qui signifie simplement qu'ils renferment des globules rouges et que la fibrine s'est coagulée dans l'intérieur des canaux du rein sur lesquels elle s'est moulée, de manière à constituer un tube plein qui est plus tard éliminé avec l'urine.

Mais ces cylindres fibrineux n'ont pas une grande valeur diagnostique dans la maladie que nous étudions, car ils se rencontrent également dans les affections organiques du rein ou à la suite de lésions traumatiques dont cet organe peut-être le siége. Ils n'ont donc que cette signification de témoigner que le sang vient du rein. Rarement ils sont contournés. Formés dans les tubes de Bellini, ils sont au contraire ordinairement droits, allongés. On les rencontre surtout dans l'albuminurie aiguë.

Les autres éléments sont bien plus importants. Parmi eux, les cylindres épithéliaux sont dus à la desquamation de l'épithélium qui tapisse les canalicules du rein. Ils peuvent présenter deux formes différentes, et sont tantôt droits, tantôt un peu contournés, suivant la partie du rein dont ils proviennent. Les premiers sont les plus fréquents. Ces cylindres épithéliaux

se présentent sous la forme de petits tubes, dans lesquels il est facile de reconnaître les cellules normales de l'épithélium qui forment à leur surface une espèce de mosaïque. Ils sont le résultat d'un travail de desquamation, qui provoque la chute de ces cellules à l'état normal.

Mais s'il est commun de voir ces cylindres se présenter avec leurs caractères normaux, il n'est pas rare non plus de les voir offrir certaines altérations, caractérisées par de petites granulations saillantes, dues à un commencement de dégénérescence dont ces petits corps sont le siége. Tels sont les cylindres épithéliaux granuleux.

Enfin, dans certains cas, on trouve, mélangés à ces granulations, des corpuscules bien arrondis, réfringents, qui disparaissent dans l'éther et qui sont dus à la graisse. On a alors des tubes granulo-graisseux.

Dans ce cas de dégénérescence granulo-graisseuse, il n'est pas rare de voir des granulations graisseuses se détacher et venir à l'état libre nager à la surface des urines.

La présence de ces cylindres annonce des époques différentes de la maladie. Les cylindres épithéliaux simples, dans lesquels les cellules apparaissent sous forme d'une mosaïque facile à reconnaître, appartiennent à un degré peu avancé de la néphrite parenchymateuse. Au contraire, les cylindres granuleux caractérisent une période de cette maladie où la lésion est déjà plus profonde; les tubes granulo-graisseux indiquent également des lésions plus profondes encore. Une troisième variété est constituée encore par les cylindres hyalins. Leur présence est très-importante à reconnaître, car ils annoncent le dernier degré de la maladie. Ils apparaissent sous forme de tubes soit droits, soit un peu contournés, transparents et d'une trame extrêmement fine. Ils sont souvent déchirés, cassés, et fendillés tantôt dans leur largeur, tantôt dans leur hauteur. Leur pathogénie n'est pas encore faite d'une manière positive, mais l'opinion la plus probable est qu'ils ne sont autres qu'un épithélium de nouvelle formation, qui n'a pas eu le temps d'arriver à maturité, et qui est expulsé des canalicules qu'il tapisse avant d'être bien organisé. Néanmoins, il est très-important de savoir la reconnaître.

Enfin, il n'est pas rare de trouver encore, dans les urines des gens affectés d'albuminurie, des éléments figurés qu'on a décrits sous le nom de cylindres amyloïdes et qui ont la propriété de bleuir par l'action de l'iode et de l'acide nitrique. Ils sont ordinairement le signe certain d'une dégénérescence amyloïde du rein, mais ils sont très-rares, et leur signification est loin d'être établie d'une manière constante.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Galezowski.

De l'amblyopie hystérique (1).

(Leçon recueillie par M. F. Despagnet.)

Un troisième fait qui s'est présenté dans le service de M. le docteur Charcot se rapporte à un cas d'amblyopie hystérique très-ancienne, qui au bout de quelques années avait amené une périnévite assez légère.

L'hémi-anesthésie n'existe pas seulement sur les membres et le tronc, mais aussi sur l'œil. Il y a toujours anesthésie de la conjonctive et de la cornée de l'œil correspondant au côté atteint.

Quelquefois il se produit des douleurs périorbitaires, mais généralement elles coïncident avec des causes locales : dents cariées, névrite de la cinquième paire, etc.

Mais comment expliquer cette amblyopie siégeant à gauche, ainsi que l'hémi-anesthésie, c'est très-difficile. Cependant, dès aujourd'hui, on peut assurer que la cause de cette amblyopie se trouve dans une altération du cerveau. Mais où est le siége de cette altération? C'est ce qu'on n'a pu encore préciser. Divers auteurs ont essayé de la localiser, en se basant sur l'anatomie descriptive des fibres optiques, mais ils n'ont encore obtenu aucun résultat ; car, autant d'auteurs, et autant d'opinions diverses ont été émises sur la topographie de ces fibres.

Wollaston, qui a émis la première hypothèse à ce sujet, prétend que les fibres internes du nerf optique s'entre-croisent dans le chiasma ; quant aux fibres externes, elles viennent simplement se coller au bord du chiasma et retournent au même œil. De sorte que, d'après lui, l'œil droit recevrait les fibres internes de l'hémisphère gauche et les fibres externes de l'hémisphère droit; et l'œil gauche réciproquement.

Bicedeinski, Mendenstrem et Michel, faisant la dissection et l'examen micrographique du chiasma des animaux, ont démontré que toutes les fibres internes et externes s'entre-croisaient. D'après eux, la théorie de Wollaston est absolument fausse. Mais où a lieu l'entre-croisement? c'est ce qu'ils ont oublié de nous dire.

M. le docteur Charcot a émis une autre opinion qui a grande chance d'être acceptée. En règle générale, dit-il, toutes les fibres des nerfs s'entre-croisent ; or, d'après la théorie de Wollaston, il y aurait ce fait particulier et exceptionnel que les fibres internes seules s'entre-croiseraient. D'après lui, les fibres du nerf optique ne font pas d'exception à la règle générale. Les internes s'entre-croisent dans le chiasma; quant aux externes, elles sont collées le long des bandelettes externes, viennent à un moment donné s'entre-croiser avec les fibres internes, passent dans les tubercules quadrijumeaux et vont rejoindre les fibres internes du côté opposé.

Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, après toutes ces hypothèses où placer le siége de l'altération? on n'en sait absolument rien.

Todd et Carpenter prétendent, eux, que le centre de sensibilité générale se trouve dans les couches optiques, de même que le centre du mouvement se trouve dans le corps strié ; et de là tirent des conclusions toutes naturelles, qui expliquent parfaitement la corrélation de l'hémi-anesthésie et de l'amblyopie. Mais le siége de la sensibilité générale se trouve-t-il dans les couches optiques? C'est ce qui reste à démontrer.

Il y a un fait important à noter ; c'est que ces phénomènes, observés dans l'hystérie, se sont trouvés aussi dans d'autres affections.

Dernièrement M. Charcot a démontré qu'il y avait la même hémi-anesthésie et la même amblyopie chez des individus ayant une lésion des couches optiques. Magnan en rapporte également une observation.

Ces deux faits viennent corroborer l'opinion que j'émettais tout à l'heure, c'est-à-dire que la cause de ces phénomènes de l'hystérie était certainement une altération du cerveau.

Le pronostic de cette amblyopie monoculaire n'est pas grave, car généralement elle est guérissable. Elle reste presque toujours localisée à un seul œil ; et je ne connais qu'un seul cas où l'œil droit ait été pris, c'est le cas de la malade du service de M. Charcot, et dont tout à l'heure je vous rapportais l'observation consignée dans la thèse du docteur Helot.

Bien souvent, ces troubles visuels disparaissent sans aucune intervention ; mais, lorsqu'ils persistent pendant longtemps, il

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 janvier.

faut mettre en usage le traitement général de l'hystérie; et, comme médication locale, je vous engagerai à employer les injections hypodermiques de strychnine. Prescrivez une solution de 0,05 centigrammes pour 10 grammes d'eau, et injectez-en tous les deux jours cinq gouttes. Vous n'aurez aucun accident sérieux. Vous aurez seulement quelques petites contractions musculaires, qui dureront quelques instants et ce sera tout. Je puis vous assurer que maintes fois j'ai pu constater les heureux résultats de ce traitement.

II. — La seconde variété des troubles de la vue, produits par l'hystérie, est l'*amaurose*, ou cécité absolue. Quand l'amaurose se produit, elle atteint les deux yeux à la fois; elle est donc binoculaire. Elle se déclare subitement, et débute sous forme d'hémiopie. Parmi les personnes hystériques qui en sont atteintes le plus généralement, ce sont non pas celles qui ont de l'hémiplégie ou de l'hémi-anesthésie, mais celles qui présentent des phénomènes d'analgésie.

L'amaurose chez les hystériques se produit le plus fréquemment, soit à la suite d'une frayeur subite ou d'une impression morale très-vive, soit après la suppression des règles.

La malade ne commence d'abord à accuser des troubles que de l'œil gauche, car l'œil droit n'est attaqué que dans sa moitié interne, et elle rapporte les troubles de cet œil à l'œil gauche. Mais l'amblyopie se généralise, dépasse bien vite le point de fixation, et la personne devient aveugle.

Heureusement cette affection est de courte durée, si du moins nous ne considérons que les quelques cas que nous avons pu observer.

Le premier est celui que j'ai observé en 1866, salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu, pendant que le docteur Maurice Raynaud dirigeait provisoirement le service. C'était une jeune femme de vingt-cinq ans environ, qui, effrayée par la vue de sa sœur atteinte du choléra, tomba évanouie. Revenue à elle, elle ne pouvait plus marcher et était aveugle. En effet, dès son entrée à l'hôpital, la cécité complète a pu être constatée par le docteur Raynaud. L'examen ophthalmoscopique, fait en sa présence, nous démontra l'intégrité parfaite de la papille.

Au bout de quelques jours, la vue commença à revenir, mais d'une moitié seulement du champ visuel dans les deux yeux; c'était une hémiopie latérale homonyme droite. Cependant le champ visuel s'éclaircissait de jour en jour, jusqu'à ce qu'enfin la malade recouvra complétement la vue. Un examen minutieux de tous les antécédents morbides permit de constater chez elle tous les symptômes de l'hystérie.

La seconde observation que je possède, est celle d'une jeune femme qui fut, pour une cause quelconque, prise d'une grande frayeur. La suppression des règles s'ensuivit. Le lendemain, tandis qu'elle se promenait, elle s'aperçut tout à coup qu'elle perdait la vue des deux yeux.

Je fus appelé près d'elle, et je constatai que la vue de la moitié gauche de chaque œil était perdue. Bientôt, l'autre moitié se prit, et la personne devint aveugle. J'ordonnais une application de sangsues à la partie interne des cuisses; et, deux jours après, la malade recouvrait peu à peu la vision, pour la perdre de nouveau par suite d'imprudence. Mais elle revint définitivement au bout de quatre jours.

Nélaton en rapporte un autre cas qui finit aussi très-rapidement. Ces observations, et quelques autres, très-rares, il est vrai, nous permettent donc d'affirmer que l'amaurose dure trois ou quatre jours; après quoi, elle se transforme en hémiopie, qui elle-même disparaît progressivement.

Malheureusement bien souvent, avec les personnes hystériques, le médecin doit lutter contre une autre amaurose; l'amaurose simulée.

Je n'entrerai pas ici dans le détail des signes qui vous permettront de reconnaître cette amaurose, je vous les énumérerai quand nous nous occuperons de médecine légale. Je ne vous en citerai qu'un; c'est la contraction des pupilles quand on place la malade en face du grand jour. Quand il y a amaurose vraie, la pupille ne se contracte pas en face des rayons lumineux; elle se contracte au contraire dans l'amaurose simulée. De plus, ces hystériques simulent généralement une amaurose *monoculaire;* car la simuler binoculaire est très-pénible et surtout très-difficile. Or, dans l'amaurose monoculaire *vraie*, il y a toujours atrophie de la papille, tandis que, dans l'amaurose monoculaire similée, la papille est tout à fait normale.

III. — La diplopie hystérique, produite par la contracture ou les spasmes des muscles de l'œil, forme la troisième catégorie des troubles visuels produits par l'hystérie. On peut tout d'abord constater des contractions spasmodiques de l'orbiculaire. La contraction de ce muscle peut, il est vrai, se trouver chez d'autres personnes que les hystériques. Ainsi une irritation de la cinquième paire, une périnévrite peut y donner lieu; mais la contracture est très-limitée. Tandis que chez les hystériques, où la cause est tout à fait centrale, au lieu de siéger à la périphérie des nerfs, vous trouvez cette contracture très-violente; et de plus, si vous entr'ouvrez les paupières ainsi contracturées, vous voyez l'œil complétement dévié, ce qu'on n'observe pas dans les contractures produites par la périnévrite. Cette déviation est produite par la contracture simultanée des muscles de l'œil, qui amène en même temps la diplopie. Seulement, cette contracture n'étant pas permanente, la diplopie est intermittente, ce qui permet de la distinguer de la diplopie produite par la paralysie d'une paire nerveuse. De plus, dans la diplopie hystérique, la malade ne pourra préciser l'étendue de l'écartement entre les deux images, à cause de leur mobilité constante. Tantôt elles se rapprochent, tantôt elles s'éloignent; et ce phénomène s'explique précisément par les contractions spasmodiques qui varient d'intensité.

On trouve encore un spasme du muscle accommodateur. Suivant que ce spasme est plus ou moins violent, les malades voient les objets à distance plus ou moins grands. Le traitement des deux dernières variétés des troubles visuels sera toujours le traitement de l'hystérie en général. Quant au traitement local, il variera suivant les indications. Et comme, dans la diplopie, l'indication la plus pressante est de faire disparaître l'une des deux images, vous prescrirez des lunettes avec un verre dépoli pour l'œil malade.

PHYSIOLOGIE DE L'AUDITION

Par M. le Dr Gellé.

M. Gellé a institué une série d'expériences dans le but d'étudier le phénomène de l'écoulement au dehors, par le conduit auditif externe, des ondes sonores venues du crâne.

On admet l'issue du son dans l'air ambiant par le tuyau auriculaire. Mais on sait que le son se propage en tous sens; le diapason que l'on applique sur le vertex étend ses vibrations sonores vers tous les points du crâne où l'observation peut la recueillir au moyen d'un conducteur. M. Gellé a fait des expériences à ce sujet, à l'aide du tube bi-auriculaire. Le méat auditif est le point où l'on perçoit la sensation maximum au moyen du tube auriculaire. La sensation éprouvée par le sujet est plus forte si le méat est fermé. Une montre appliquée au niveau de l'incisive supérieure donne, aussitôt que l'on obstrue le conduit auditif du côté correspondant, un son très-amplifié.

Un diapason en vibration appliqué sur le front, que l'on laisse peu à peu s'éteindre, renaît aussitôt qu'avec la pulpe du doigt on ferme doucement le conduit auditif externe.

Tel est le fait que M. Gellé a cherché à expliquer par une série d'expériences sur le cadavre. Il a cherché en même temps à tirer de ces données physiologiques un ensemble de signes précieux sur l'analyse des troubles physiques ou fonctionnels de l'ouïe. Il rappelle les diverses opinions des auteurs sur ce sujet, en particulier celle de Luce, qui admet que c'est par suite de la compression du tympan que ce fait se produit, et celle de Hinton qui, au moyen d'un tube appliqué au méat, s'oppose à cette pression et constate cependant la production du phénomène. L'expérience suivante permet d'expliquer ces opinions : sur une tête d'enfant bien conformée, enlevez l'encéphale, ouvrez une fenêtre au canal semi-circulaire supérieur droit, par exemple; tenez cette plaie béante, humide, et dirigez un trait de lumière sur cette gouttelette de liquide qui couvre l'ouverture faite au labyrinthe. La moindre oscillation de la surface miroitante sera rendue ainsi très-visible et très-sensible. Ceci fait, posez doucement la pulpe du doigt indicateur sur l'orifice du méat sans enfoncer, ni presser, ni déprimer les tissus et sans quitter des yeux le point lumineux : aussitôt, la tache lumineuse oscille. La pression la plus légère a suffi pour ébranler le délicat appareil de l'ouïe.

Sur une tête fraîche, le labyrinthe conserve sa mobilité et la pression effectuée sur le tympan est transmise intégralement. Politzer a fait une expérience analogue, mais il avait recours à une douche d'air faite soit par la trompe d'Eustache, soit par le méat externe; mais, dans cette expérience, la pression est faite à dessein. Dans son expérience, au contraire, M. Gellé ferme plutôt qu'il ne comprime le méat, et constate cependant que le mouvement est transmis.

Cette pression tympanique et labyrinthique a-t-elle pour effet l'accroissement, le renforcement et le réveil de la sensation? Telle est la seconde question que M. Gellé cherche à résoudre. Il pense, avec Hinton, que la cause de ce phénomène sonore réside dans l'obstacle à l'écoulement au dehors des ondes sonores qui sont alors perçues, pour ainsi dire, deux fois, par résonnance. Tout étant disposé comme dans l'expérience qui précède, au lieu de mettre le doigt au méat, faites pénétrer un tube de verre garni d'un anneau de cire jaune qui rende le bouchage hermétique. Au tube de verre est attaché un fragment de tube de caoutchouc. Si l'on presse ce dernier, on ne constate rien; aucun mouvement de la tache lumineuse de la petite fenêtre faite au canal semi-circulaire ne trahit une action sur le tympan. L'opinion de Luce n'est donc pas la vérité, car le renforcement du son ne s'en produit pas moins, quoique la compression labyrinthique n'ait plus lieu. M. Gellé rappelle avoir montré, à l'aide du tube inter-auriculaire, que le renforcement du son peut être tel qu'il y a déplacement complet du maximum et que l'orientation est renversée. Cette pression si légère, qui passe inaperçue, qui ne se manifeste pas par l'oscillation du reflet de lumière de la goutte labyrinthique, n'a-t-elle donc aucun effet sur le contenu du labyrinthe? On peut admettre, suivant M. Gellé, que nos moyens d'investigation ne sont point assez délicats et qu'une fugitive secousse est cependant transmise au centre accoustique. En effet, le moindre condensateur du fluide aérien sur un espace aussi restreint augmente forcément la pression sur les parois. Le tympan est une de ces parois, la seule mobile, des plus sensibles et des plus vibratiles.

La condensation de l'air dans le tube auriculaire externe cause-t-elle l'accroissement de la sensation sonore? M. Gellé répond par l'expérience suivante : adaptez un tube au conduit hermétiquement fermé; appliquez la montre sur le front du même côté; peu à peu, lentement un aide armé d'une pince à pansement étreint le tube en caoutchouc et glisse sur lui en avançant vers le sujet et, par conséquent, en diminuant peu à peu, le volume d'air inclus; il y a donc condensation de cet air. Or, au début de l'expérience, le son de la montre s'accroît manifestement. L'air condensé donne lieu à une sensation plus énergique, parce qu'il est meilleur conducteur du son.

Si l'on approche de plus en plus la pince du côté de l'oreille, l'air du tube se condense et une pression sur le tympan est inévitable. Aussi y a-t-il alors une diminution notable de la sensation du bruit de la montre que transmet le crâne. Le premier effet est un renforcement, le second une diminution du son. Une très-légère pression peut donc suffire à accroître le son sans dépasser les limites physiologiques.

M. Gellé conclut que le renforcement du son par suite de l'occlusion du méat auditif peut reconnaître pour causes : 1° une pression sur le tympan amenant une tension plus accusée de tout l'appareil ; 2° la résonnance du conduit et l'obstacle à l'écoulement au dehors des ondes sonores.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 février 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Applications métalliques sur les parties anesthésiques. M. Charcot annonce que plusieurs des questions soulevées par les expériences entreprises à la Salpêtrière ont pu être résolues. Deux d'entre elles particulièrement sont complétement élucidées. La première était celle-ci : s'agit-il de phénomènes électriques? Cela ne fait doute aujourd'hui pour personne. La seconde question, plus complexe, était la suivante : déterminer l'intensité d'un courant électrique que produit une pièce d'or appliquée sur la peau; voir ensuite si une pile donnant un courant de même intensité produit les mêmes effets physiologiques que l'application de cette pièce d'or. M. Regnard, à l'aide d'appareils très-sensibles, est arrivé à résoudre cette question. Oui, une pile, donnant un courant d'intensité égale à celle du courant déterminé par l'application d'une pièce d'or, a produit, chez les mêmes malades, toute la série des phénomènes que M. Charcot a fait connaître dans les séances précédentes.

Mais il reste encore plusieurs points à éclairer : il y a, en effet, ce que M. Burq appelle des idiosyncrasies relativement aux applications métalliques; telle malade, on le sait, est sensible à l'or et insensible au cuivre; telle autre, au contraire, sensible au cuivre et insensible à l'or. L'intensité du courant produit par l'application du cuivre est beaucoup plus forte que celle produite par l'application de l'or. On comprend donc qu'une malade sensible au cuivre, c'est-à-dire à un courant représenté par 15, par exemple, ne soit pas sensible à l'or, c'est-à-dire à un courant représenté par 3. Mais comment expliquer qu'une malade sensible à l'or, c'est-à-dire à un courant représenté par 3, ne le soit pas au cuivre, soit à un courant représenté par 15? Il y a là quelques difficultés que l'expérimentation permettra peut-être d'élucider.

M. Charcot demande que la parole soit accordée à M. Regnard pour donner les résultats de ses expériences.

M. Regnard a institué une série d'expériences ayant pour but de résoudre les trois questions suivantes : 1° existe-t-il des courants électriques dans les faits observés par M. Burq? — 2° Dans ce cas, des piles donnant lieu à des courants d'égale intensité produiront-ils les mêmes effets? — 2° Pourquoi ces différences entre l'or, le cuivre, le fer, suivant les malades sur lesquelles on expérimente? On pouvait, *à priori*, repondre affirmativement à la première question. Il suffit, en effet, de tenir, dans une main un morceau de cuivre, et dans l'autre un morceau de fer, pour qu'il se forme un courant électrique intense. Une pièce d'or appliquée sur la peau et mise en communication avec un galvanomètre de 30,000 tours, c'est-à-dire d'une extrême sensibilité, fait dévier l'aiguille de ce galvanomètre de 5 à 10 divisions. Une lame de cuivre, disposée de la même façon, donne lieu à une déviation beaucoup plus considérable; il se produit même en pareil cas une action chimique qui est révélée par la formation d'une certaine quantité de nitrate de cuivre sur la peau. L'or pur ou soi-disant tel, c'est-à-dire contenant encore un dixième de cuivre, donne lieu à un courant extrêmement faible, insuffisant pour produire aucun des phénomènes physiologiques relatés par M. Charcot dans les cas d'application d'or de monnaie. Le platine donne également un courant très-faible et ne produit rien sur

les malades. L'or absolument pur ne donne rien. Des piles, disposées de façon à donner des courants à peu près égaux à ceux obtenus par les applications métalliques, produisent les mêmes déviations galvanométriques et les mêmes phénomènes physiologiques.

M. Regnard fait connaître les observations qu'il a faites sur quelques malades du service de M. Charcot. Une nommée G..., entre autres, complétement hémianesthésique, sensible à l'or, est soumise au courant d'une pile dont un pôle est appliqué aux orteils, et l'autre pôle sur le front; la sensibilité revient alors dans tout le côté du corps qui était anesthésique. Le bras restant en dehors de l'action directe du courant, c'est sur lui que l'anesthésie persiste le plus longtemps et que le retour de la sensibilité se fait le plus tardivement.

En résumé, M. Regnard croit pouvoir conclure de ces expériences à la solution des deux premières questions : 1° oui, il se forme dans ces cas des courants électriques; 2° oui, des courants gradués, obtenus à l'aide d'une pile quelconque produisent les mêmes effets physiologiques. Reste la troisième question : pourquoi telle malade sensible à l'or représentant un certain courant déterminé, est-elle insensible au cuivre représentant un courant beaucoup plus intense? M. Regnard espère arriver à la solution de cette troisième question actuellement à l'étude. Chez la femme G..., sensible à l'or et insensible au cuivre, voici, en effet, ce qu'on observe à l'aide des courants gradués : un courant de 2° (ce chiffre représente la déviation de l'aiguille du galvanomètre) ne produit rien; un courant de 10°, équivalent à l'intensité du courant déterminé par l'application de l'or, ramène, comme ce dernier, la sensibilité; un courant de 45°, équivalent à celui que produit le cuivre, ne produit rien; enfin un courant de 90° ramène de nouveau la sensibilité. Il paraît donc y avoir des interférences dans l'action des courants électriques sur la sensibilité. Mais ce n'est là qu'une hypothèse basée sur une seule expérience toute récente, et que M. Regnard ne donne que sous bénéfice d'inventaire.

M. CHARCOT fait observer qu'il y a là, comme on le voit, un sujet d'étude intéressante et délicate. Ainsi, indépendamment des courants obtenus par la faradisation, par la galvanisation, il paraît y avoir des courants, pour ainsi dire, physiologiques, beaucoup plus difficiles à apprécier et à mesurer, mais à l'aide desquels on obtiendra peut-être, soit au point de vue physiologique, soit même au point de vue thérapeutique, ce qu'on n'a pu jusqu'ici obtenir à l'aide des premiers.

M. Charcot ajoute qu'on obtient pour les sens spéciaux absolument les mêmes résultats que pour la sensibilité générale. Dans les cas d'amblyopie hystérique, par exemple, si bien étudiés par M. Landolt, entre autres, si l'on prend, avant l'application métallique, la mesure du champ visuel, on constate, après un quart d'heure d'application du métal, une notable extension du champ visuel. Il en est de même pour l'acuité de la vision : il semblerait donc que le nerf optique, affecté auparavant, revînt, sous l'influence de ces applications métalliques, à l'état normal.

M. RABUTEAU se félicite des résultats qu'ont donnés les expériences entreprises par M. Regnard, dans le service de M. Charcot, car il avait la certitude que les choses se passeraient ainsi. Il est de même persuadé, que les effets obtenus par Perkins sont également le résultat de l'électricité. Cela est tellement évident, que M. Rabuteau le regarde comme un axiome.

M. CHARCOT n'aime pas les axiomes *a priori*. Il est bien facile, sans doute, de dire : c'est de la chimie, c'est de la physique, c'est de l'électricité; mais il vaut encore mieux s'en assurer par l'expérience. Les observations de M. Regnard auront pour effet d'attirer l'attention sur un nouvel ordre de phénomènes physiologiques qui ont jusqu'ici passé inaperçus ou tout au moins étaient inexpliqués, en particulier sur cette sorte d'interférence de ces phenomènes électriques.

M. LÉPINE rappelle à cette occasion, les résultats obtenus par la faradisation du bout périphérique du nerf sciatique sectionné, en particulier l'influence de cette faradisation sur la température. Les effets sont très-variables suivant le degré d'excitation. Une excitation faible donne lieu à une augmentation de la température de la patte; une excitation forte, au contraire, à un refroidissement. Si l'on tire légèrement sur le bout périphérique, on obtient une augmentation de température; si l'on presse fortement avec des pinces, on obtient, au contraire, une diminution de la température. Il y a donc quelqu'analogie entre ces phénomènes et ceux qui ont été constatés par M. Regnard, au point de vue de la variabilité des effets, suivant la dose de l'excitation dans un cas, de l'électricité dans l'autre. On sait également que l'opium à hautes doses ne produit pas les mêmes effets qu'à petites doses, c'est donc là surtout une question de degré.

Du développement de l'allantoïde. — M. CADIAT fait sur ce sujet une communicatiou qui a pour but de démontrer que l'allantoïde, qu'il a particulièrement étudiée sur l'embryon du veau et du mouton, a été considérée à tort, jusqu'ici, comme un bourgeon de l'intestin et qu'elle n'est qu'un simple prolongement de l'aorte. C'est donc à tort, suivant lui, qu'on a basé sur la présence ou l'absence de cette cavité, cette grande division des animaux en allantoïdiens et anallantoïdiens.

M. BERT s'élève contre les considérations anatomo-physiologiques présentées par M. Cadiat qui ont pour but de renouveler la vieille querelle des naturalistes sur la question de savoir si l'organe se révèle par sa fonction ou par ses relations anatomiques. Sans doute, dit-il, la branchie est l'analogue du poumon, au point de vue de la physiologie; mais elle n'a rien de commun avec lui au point de vue de l'anatomie. Il en est de même de la vésicule allantoïde et de la vésicule ombilicale qui, au point de vue anatomique, sont deux choses absolument distinctes. A ce point de vue, M. Bert est très-surpris d'entendre dire que la division admise entre les allantoïdiens et les anallantoïdiens n'a pas l'importance qu'on lui accorde. Il est impossible, suivant M. Bert, de toucher à cette division qui est véritablement fondamentale.

M. CADIAT a voulu faire ressortir ce fait que la cavité allantoïde n'était qu'une chose secondaire et accessoire, que c'était, non pas sur elle, mais sur les vaisseaux qu'il fallait établir une distinction, et qu'à ce point de vue il n'existait pas de différences entre certains animaux dits allantoïdiens et certains autres dits anallantoïdiens.

Analyse de la bile. — M. ALBERT ROBIN a pratiqué l'analyse de la bile chez dix enfants morts d'apepsie à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service de M. Parrot. Voici les résultats de cette analyse. La quantité est en moyenne de 2 centimètres cubes; la réaction alcaline dans deux cas, a été neutre dans les huit autres; l'aspect est louche; le liquide est parsemé de points brillants; au lieu d'être clair et limpide, il est visqueux, l'odeur est nulle, la couleur jaune dans cinq cas, verte dans quatre, rouge dans un cas. Il n'y a pas de traces d'hémoglobine; les sédiments sont variables d'aspect, tantôt brillants, tantôt nuageux et floconeux. On trouve du mucus et de la mucine en quantité considérable, pas de sucre, ni de traces d'urée; l'examen microscopique y a révélé la présence des cellules caractéristiques, du pigment biliaire et d'une certaine quantité de cholestérine.

Section intra-crânienne du nerf facial; lésions pulmonaires. — M. BOCHEFONTAINE présente les poumons de chiens chez lesquels avait été pratiquée la section intra-crânienne du nerf facial. Ces poumons présentent des lésions inflammatoires intéressantes.

A six heures et quart, la Société se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude clinique et expérimentale du bain froid, au point de vue antipyrétique.

Par C. HUSSENET

ex-interne des hôpitaux, aide de clinique de la Faculté de Nancy, lauréat de la Faculté (thèse n° 36).

Si la *température* constituait la *fièvre*, nous aurions pleine et entière satisfaction après la lecture de ce mémoire, et nous serions édifiés du coup sur cette difficile question des bains froids, sur la température seule et non sur tout le cortége des symptômes de l'état fébrile.

Des expériences habilement conduites dans le laboratoire du professeur Feltz, ainsi que des faits cliniques observés dans les hôpitaux, l'auteur est amené aux conclusions suivantes :

1° Le bain froid pur et simple, suffit dans tous les cas pour abaisser la température ; sa température étant de 18° à 22°, et sa durée de dix à vingt minutes.

2° L'abaissement de la température est un abaissement total, *se manifestant simultanément dans tous les organes.*

3° La théorie du refoulement interne ne semble pas admissible.

3° La réfrigération est due à une soustraction directe de chaleur, *simple phénomène physique.*

5° Dans ces conditions, il n'y en a aucune contre-indication au bain, lorsque la température offre le type contenu ou subcontenu, quelle que soit la nature de la maladie.

Leçon de clinique chirurgicale

Par sir James Paget (1).

M. le docteur L. H. Petit vient de nous faire connaître, sous ce titre, une excellente réunion de travaux disséminés jusqu'à ce jour dans la presse médicale anglaise.

L'ouvrage n'avait pas besoin de présentation, et cependant M. le professeur Verneuil a eu raison d'écrire une introduction qui nous fait connaître l'heureuse conformité de vues qui l'unissent au savant chirurgien anglais.

Trois leçons sont d'abord consacrées aux « risques divers des opérations ». Ces leçons très-originales reportent notre pensée aux études du même ordre de M. Verneuil. Des « considérations sur quelques maladies constitutionnelles » et les « calamités de la chirurgie » nous rappellent encore l'enseignement de M. Verneuil. Les deux chirurgiens se rencontrent sur le même terrain et s'applaudissent mutuellement de défendre les mêmes idées.

On lira avec intérêt la leçon sur les « affections que les rebouteurs guérissent », les « affections organiques simulées », l'« hypochondrie sexuelle » les « abcès résiduеux » qui se forment dans les foyers anciens de l'inflammation, les « virus cadavériques », la « névrose latente et la scrofule sénile ». Nous n'avons signalé que les leçons les plus importantes, et cette simple énumération suffit à montrer tout l'intérêt de ce recueil de leçons. M. Petit, par sa traduction élégante, nous aura fait connaître un bon livre.

SANTÉ PUBLIQUE.

Paris (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 1er février 1877, il a été déclaré 1,059 décès, soit 29.7 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 8. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 37. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 52. — Pneumonie, 80. — Angine couenneuse, 26. — Croup, 37. — Dysenterie, 1. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 285. — Affections chroniques, 437, dont 177 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 41. — Causes accidentelles, 20.

— Londres (3,533,484 hab.) — Décès du 21 au 27 janvier 1877, 1,425, soit 20.8 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 86. — Coqueluche, 40. — Scarlatine, 21.

— New-York (1,069,370 hab.). — Décès du 24 au 30 décembre 1876, 482 décès, soit 23.4 par 1,000 hab. et pour l'année.

Scarlatine, 27. — Diphthérie, 22.

— Berlin (994,343 hab.) — Décès du 14 au 20 janvier 1877, 470, soit 24.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Scarlatine, 14. — Angine couenneuse et croup, 17.

— Munich (202,295 hab.). — Décès du 14 au 20 janvier 1877, 137, soit 34,0 par 1,000 hab. et pour l'année.

— Vienne (690,205 hab.). — Décès du 14 au 20 janvier 1877, 398, soit 29.0 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 26.

— Bruxelles (188,609 hab.) — Décès du 14 au 20 janvier 1877, 93, soit 25.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Buda-Pesth (315,401 hab. — Décès du 14 au 20 janvier, 1877, 278, soit 45.8 par hab. et pour l'année.

Saint-Louis (498,000 hab.). — Décès du 6 janvier 1877, 130, soit 13.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Germer-Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er février 1877, M. Fouqué, docteur ès sciences physiques et ès sciences naturelles, docteur en médecine, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collége de France, en remplacement de M. Charles Sainte-Claire-Deville, décédé.

— *Corps de santé militaire.* — Le concours d'agrégation en chirurgie, ouvert au Val-de-Grâce, vient de se terminer par la présentation en première ligne de M. Strauss, et en deuxième ligne de M. Delorme.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Machelaert, pharmacien de première classe, ancien préparateur, est nommé préparateur du cours de chimie minérale.

M. Morel, pharmacien de deuxième classe, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de chimie organique.

M. Ozil, pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de bibliothécaire.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. de Grusse, médecin du lycée de Vanves, et Galey, médecin du lycée de Périgueux.

M. Tiret, médecin au lycée de Lorient, est nommé officier d'Académie.

— On demande un docteur-médecin pour la ville de Saint-Loup-sur-Semouse, chef-lieu de canton de la Haute-Saône. Position exceptionnelle par suite du décès de plusieurs médecins. Très-bonne clientèle. S'adresser au maire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 16. — JEUDI 8 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1877. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie vient de perdre deux membres que l'âge et les infirmités tenaient depuis longtemps éloignés de ses séances : M. le docteur Lelut, ancien médecin de la Salpêtrière, ancien député, auquel son livre sur le *génie de Socrate* avait ouvert les portes de l'Académie des sciences morales et politiques, et M. le docteur de Kergaradec, dont tout dernièrement M. Henri Roger, dans un rapport académique très-applaudi, esquissait l'éloge en ces termes :

« Le vénérable M. de Kergaradec, descendant de Laennec par lignée scientifique, a su trouver dans les champs de l'*auscultation* une grosse glane après la moisson de l'immortel inventeur, et appliquer au diagnostic de la grossesse l'admirable découverte réservée d'abord à l'exploration des maladies du cœur et des poumons. Instruit par M. de Kergaradec, l'accoucheur place un stéthoscope sur l'abdomen; il écoute, il perçoit un bruit de souffle que produit la circulation nouvelle, et dès lors il transforme en certitude les espérances de la maternité; il entend battre le cœur du fœtus, et il pourrait alors délivrer un certificat de vie à l'enfant qui n'est pas né. »

— Nous ne dirons rien d'un incident qui s'est produit à l'occasion du procès-verbal, et qui tendait à dégénérer en une véritable dispute.

— Une fois cet incident clos, M. Jules Guérin a repris l'analyse des mouvements de flexion latérale du rachis, et il est entré dans la description des conditions anatomiques qui les expliquent suivant lui. Ses démonstrations, faites à la tribune sur le squelette, nous ont paru fort ingénieuses; mais elles étaient difficiles à suivre pour qui n'avait pas sous les yeux toute la série des vertèbres, avec leurs surfaces articulaires se correspondant. Après l'étude des os viendra celle des muscles : ce sera le sujet d'une troisième communication que M. Jules Guérin annonce pour la prochaine séance.

— M. le docteur Delthil (de Nogent) a lu une note dans laquelle il attribue une importance, à ce qu'il nous semble exagérée, aux petites taches diphthéroïdes de la muqueuse buccale et particulièrement du frein de la langue, que l'on peut observer dans la coqueluche. Il faudrait des faits bien nombreux et bien probants pour faire admettre qu'il fallût chercher là le signe caractéristique, la manifestation spécifique de cette maladie.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Rigal.

De l'asystolie.

I

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un ensemble de phénomènes morbides très-importants, qui surviennent dans le cours des maladies du cœur et que vous aurez certainement occasion de rencontrer un très-grand nombre de fois dans votre pratique. Je veux parler de cet état particulier qu'on désigne sous le nom d'asystolie.

Vous savez que les maladies organiques du cœur ont une marche essentiellement chronique. Ce sont des affections qui parcourent leur évolution avec une grande lenteur et d'une manière extrêmement inégale au point de vue de l'intensité des phénomènes morbides. Tandis, en effet, que, pendant certaines périodes, la circulation s'effectue encore d'une manière suffisante pour que le cardiopathe puisse continuer à se livrer à ses occupations ordinaires, à condition toutefois qu'elles n'exigent pas des efforts considérables, il est des moments, au contraire, où l'on voit se développer dans les appareils circulatoire et respiratoire des troubles qui rendent le malade absolument impotent. Ces troubles consistent, en général, dans une accélération des battements du cœur qui deviennent en même temps inégaux et irréguliers, dans la petitesse, l'irrégularité et l'intermittence du pouls, dans une gêne considérable de la respiration, et enfin dans une replétion exagérée du système veineux dont les conséquences sont une cyanose plus ou moins prononcée, des congestions viscérales et souvent des suffusions séreuses soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou parenchymateux, soit dans les cavités séreuses. C'est l'ensemble de ces accidents qui constitue une attaque d'asystolie, c'est sur eux que j'appelle toute votre attention, attendu qu'ils ont des conséquences de la plus haute importance dans la marche et la durée des maladies du cœur.

Le mot asystolie pourrait vous faire supposer que l'on désigne sous ce nom un défaut de la systole du cœur. Ce serait une erreur, car il veut dire seulement que la contraction cardiaque est insuffisante pour mouvoir la masse de sang à laquelle le cœur est obligé de communiquer l'impulsion. Quand la systole s'affaiblit de plus en plus, au point de faire complétement défaut, il y a alors syncope et non pas asystolie.

Eh bien, cette insuffisance de la contraction ventriculaire est un phénomène que vous pouvez voir survenir dans toutes les maladies cardiaques sans exception : ce n'est qu'une question de temps. Il en résulte que l'asystolie n'est pas un complexus symptomatique inhérent à telle ou telle maladie du cœur, mais qu'elle appartient à toute affection cardiaque parvenue à une certaine période.

Mais avant de faire l'étude de l'asystolie, laissez-moi vous rappeler, en quelques mots, la manière dont se fait la compensation dans les affections cardiaques. Prenons les cas les plus simples, ceux par exemple dans lesquels il s'agit d'une lésion d'orifice. Dans ces conditions, s'il ne survient pas une modification dans les contractions du ventricule et en même temps dans le système circulatoire, le cœur arrivera très-rapidement à être forcé, attendu qu'une de ses cavités reçoit une masse sanguine plus considérable que celle qu'elle peut émettre. Si cette conséquence fâcheuse n'a pas lieu, cela tient à ce que dès les premiers jours de la maladie, il s'établit une série de modifications dans la manière dont le cœur se contracte, dans la texture de cet organe et dans le fonctionnement du système circulatoire périphérique. Ces modifications consistent : 1° pour le cœur, dans la dilatation plus ou moins prononcée d'une ou de plusieurs de ses cavités avec hypertrophie au myocarde et énergie plus grande de la contraction; 2° pour l'appareil circulatoire périphérique, dans une réplétion anormale des systèmes veineux et capillaire qui subissent un certain degré de dilatation, servant ainsi de déversoir au sang veineux, mais qui conservent encore leur texture normale, leur élasticité et leur contractilité à un degré suffisant pour assurer la circulation et ne permettre ni hémorrhagie, ni hydropisie, ni stase sanguine excessive. Comme exemple de ces modifications, permettez-moi de vous rappeler ce qui survient dans le rétrécissement mitral.

Le sang ne pouvant librement passer de l'oreillette dans le ventricule, il en résulte nécessairement une augmentation de pression dans la cavité auriculaire qui se dilate et dont les parois s'hypertrophient; la contraction de l'oreillette devient par suite plus énergique; d'autre part, un certain degré de stase s'établit de proche en proche dans les veines pulmonaires, dans les capillaires du poumon et dans l'artère pulmonaire; le ventricule droit, obligé de surmonter une tension sanguine plus forte, se dilate et s'hypertrophie à son tour. Ainsi donc, modifications dans la force des contractions du cœur, augmentation de volume de cet organe, et distension plus ou moins marquée des différentes parties du système circulatoire, par le fait de la diminution de la contractilité et de l'élasticité des vaisseaux, telles sont les conditions qui permettent à la compensation de s'établir.

Mais, comme d'autre part, certaines causes sont susceptibles de faire varier la force des contractions et le degré de résistance des vaisseaux, il en résulte que, si elles agissent d'une manière prédominante, le cœur est complétement vaincu et que le malade tombe en asystolie.

Nous allons étudier ces causes, mais auparavant laissez-moi vous prévenir que vous n'êtes pas en droit de dire qu'il y a asystolie, parce que chez un malade les contractions cardiaques ont diminué d'énergie, et qu'il existe un certain degré de distension du système veineux et de congestion des viscères. Du moment que, malgré la faiblesse du muscle cardiaque, le fonctionnement de l'appareil circulatoire se fait encore d'une manière à peu près régulière, il n'y a pas asystolie. Quand, par exemple, un individu affecté de rétrécissement mitral a un pouls régulier, une respiration calme, qu'il mange et qu'il dort bien, il se trouve dans des conditions presque normales et qui sont loin de constituer un état d'asystolie, bien que cependant les extrémités inférieures soient légérement enflées et qu'il existe des signes de congestion dans la base des poumons et dans le foie. Un pareil malade peut vaquer à ses affaires pendant des mois et des années, tout en restant porteur de ces accidents morbides qui indiquent une gêne assez notable dans la circulation intra-cardiaque. La compensation de la lésion se fait d'une manière imparfaite, mais on ne peut pas dire qu'elle n'existe pas, qu'il y a rupture de la compensation. Mais que ce même malade soit soumis à l'influence d'une cause qui puisse diminuer l'énergie des systoles ou paralyser le système vasculaire périphérique et ralentir, par suite, le mouvement du sang, vous verrez survenir rapidement des troubles considérables dans le rhythme des contractions cardiaques, des congestions et des hydropisies étendues dont l'ensemble constitue une attaque d'asystolie.

Si vous considérez la circulation dans son ensemble, vous savez que les mouvements du sang sont soumis à un certain nombre de forces, ce sont, d'une part, la systole ventriculaire, et, de l'autre, l'élasticité et la contractibilité artérielles et veineuses. Or, du moment qu'il survient une influence capable de déterminer des troubles notables dans l'un ou l'autre de ces facteurs, c'est alors qu'on voit rapidement arriver l'asystolie. Examinons d'abord celles de ces causes qui exercent leur action déprimante sur le cœur. En premier lieu, je vous citerai les émotions morales, les efforts musculaires souvent même très-modérés, l'ingestion des excitants du cœur, le thé, le café, l'alcool, etc. Il en est de même de la toux, des maladies des bronches, du poumon ou de la plèvre qui provoquent un certain embarras circulatoire dans le poumon. Toutes ces causes, qui chez un individu sain n'exerceraient qu'une médiocre influence, agissent chez les cardiopathes avec une très-grande puissance en amenant une énervation rapide du cœur, alors même que les fibres musculaires ne sont nullement altérées.

A côté de ces causes qui agissent par l'intermédiaire des nerfs cardiaques et qui produisent un état semi-paralytique du myocarde, il faut placer les altérations nutritives du muscle qui résultent de la maladie même dont le cœur est affecté, et de la pression sanguine plus considérable qui existe dans ses cavités; par le fait encore des troubles de l'hématose, du mauvais fonctionnement des organes de l'hématopoèse, la nutrition du cœur ne tarde pas être notablement troublée, et l'on voit survenir une altération graisseuse des fibres musculaires qui, d'autre part, diminuent de nombre; ces lésions atrophiques et graisseuses conduisent aussi à l'asystolie et rendent l'action des causes précédemment indiquées bien plus énergiques.

Telles sont, en effet, les deux ordres de causes dans lesquelles on peut faire rentrer presque tous les cas d'asystolie : 1° épuisement du cœur, par le fait d'une innervation insuffisante; 2° difficulté des contractions par le fait de l'altération graisseuse de la fibre musculaire et de son atrophie. Si ces deux ordres de causes se trouvent réunis chez le même sujet, ce qui n'est pas rare, la production d'une attaque d'asystolie sera singulièrement facilitée.

Au point de vue clinique, le premier ordre de causes est de beaucoup le plus important : les altérations de la fibre cardiaque ne se produisant qu'à la période tout à fait ultime des maladies du cœur, on peut dire que sur vingt attaques d'asystolie, quinze ou seize sont certainement dues à la faiblesse, à l'épuisement du muscle résultant d'un trouble de l'innervation.

Toute cause d'excitation du cœur agit en effet sur un organe malade bien plus énergiquement que sur un organe sain. Il en résulte que tout individu atteint d'une affection cardiaque pourra être frappé d'asystolie par suite d'une excitation qui n'aurait qu'une influence tout à fait nulle sur un cœur sain : par exemple, un exercice un peu énergique déterminera une augmentation dans le nombre des contractions cardiaques ; ce travail excessif pour un cœur malade amènera fatalement, s'il est prolongé pendant un certain temps, un épuisement et une faiblesse musculaire considérable du myocarde.

Il est certain également, qu'un individu devra, dans certains cas, son état asystolique à des chagrins, à des émotions morales qui peuvent troubler l'innervation du cœur, et provoquer l'adynamie de cet organe.

Les insomnies, les travaux intellectuels excessifs agissent dans le même sens. — Certaines attaques d'asystolie sont provoquées par l'aggravation rapide de la lésion valvulaire par le fait d'une nouvelle poussée d'endocardite, par la déchirure d'un cordage tendineux ou la rupture d'un anévrysme intra-valvulaire. Dans tous ces cas, l'obstacle à la circulation augmente et, comme l'énergie des systoles ne s'accroît pas en proportion suffisante, la compensation est bientôt rompue.

Il est une catégorie de faits dans lesquels l'obstacle primitif à la circulation existe, non plus dans le cœur, mais dans le système circulatoire périphérique. Vous voyez, à tout instant, entrer dans nos salles, des individus affectés d'asystolie qui déclarent que c'est à la suite d'un rhume, d'une bronchite, qu'est survenu l'état dans lequel vous les voyez. C'est qu'en effet, toutes les maladies de l'appareil respiratoire dans lesquelles la toux est fréquente, dans lesquelles les mouvements d'expiration sont très-prononcés sont autant de conditions suffisantes, pour mettre le cœur en état d'asystolie. Toutes les fois en effet, qu'il existe des expirations forcées, il en résulte nécessairement un obstacle considérable à la déplétion de l'artère pulmonaire qui expose les cardiopathes à une attaque d'asystolie. Ce fait est fréquent, surtout dans les cas où les bronches et particulièrement les dernières ramifications bronchiques sont sous le coup d'une phlegmasie qui déjà, par elle-même, détermine un certain degré de stase sanguine dans les capillaires du poumon ; ces nouveaux obstacles à la déplétion de l'artère pulmonaire peuvent être suffisants pour forcer le ventricule droit et en rendre les contractions insuffisantes. Ces lésions des poumons et des bronches ont donc une très-grande importance dans la production d'une attaque d'asystolie. Vous le rencontrerez nombre de fois et vous verrez des individus, affectés d'un simple catarrhe du larynx, présenter bientôt une insuffisance des contractions ventriculaires par le fait des quintes de toux que provoque la laryngite. Aussi, dans ces conditions, le meilleur moyen d'empêcher la production de l'asystolie consiste-t-il à traiter le catarrhe pharyngo-laryngé. Par conséquent, toutes les fois que chez un cardiopathe vous vous trouverez en présence d'une maladie des bronches, des poumons ou d'une partie quelconque de l'appareil respiratoire pouvant entraîner une stase sanguine dans les capillaires du poumon, ou une déplétion imparfaite de l'artère pulmonaire, vous devez redouter une attaque d'asystolie.

Un autre genre d'obstacle circulatoire peut résulter de congestions développées dans d'autres viscères. Il n'est pas rare, par exemple, de voir survenir dans le cours d'une maladie du cœur une congestion hépatique qui peut se développer alors que le malade n'est pas asystolique et qu'il existe à peine une certaine gêne de la circulation, d'ailleurs parfaitement compensée. La congestion souvent énorme du foie constitue alors un obstacle circulatoire qui peut jouer son rôle dans la production d'une attaque d'asystolie.

Permettez-moi de vous faire remarquer que, parmi les causes d'asystolie étudiées jusqu'ici, aucune d'elles n'est fixe et permanente ; toutes sont susceptibles de mobilité et peuvent par leur disparition entraîner la cessation de l'attaque d'asystolie. En résumé, nous avons vu que l'insuffisance des systoles peut résulter : d'une part de toutes les conditions qui mettent en jeu l'excitabilité du cœur anormalement accrue, comme les mouvements musculaires, les émotions morales de tout genre, l'abus des excitants du système nerveux, thé, café, boissons alcooliques ; et d'autre part, de tous les obstacles qui, d'une manière plus ou moins durable, entravent le cours du sang à la périphérie ; parmi ces obstacles, il faut mettre en première ligne les maladies de l'appareil respiratoire, surtout celles des bronches et du parenchyme pulmonaire.

A côté de ces causes d'asystolie, nous devons placer celles qui dépendent d'une mauvaise nutrition du muscle cardiaque qui se produit sous des influences multiples : travail excessif imposé au muscle pour maintenir la compensation ; augmentation de la pression du sang dans les cavités cardiaques, et enfin altération de ce liquide par suite des troubles qu'une circulation défectueuse apporte dans les fonctions de l'hématose, et dans le fonctionnement des organes de l'hématopoèse.

Ces altérations du muscle consistent ordinairement dans un certain degré de dégénérescence graisseuse. On comprend très-bien dès lors que, lorsque cette altération de la fibre musculaire est portée à un assez haut degré, la systole ventriculaire devient insuffisante et qu'il se manifeste une attaque d'asystolie.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces altérations de la fibre musculaire sont incontestablement les causes les plus graves de l'asystolie. Tandis que les autres influences peuvent n'avoir qu'une durée passagère, la dégénérescence graisseuse du cœur persiste toujours et constitue une lésion irrémédiable.

Mais il ne faudrait pas croire que dans la pratique, lorsque vous rencontrerez un individu affecté d'asystolie, les causes seront aussi nettement séparées. Loin de là, avec un certain degré d'altération graisseuse du cœur, il existera, par exemple, un catarrhe bronchique ; l'action de ces deux causes se combinant, il en résultera un épuisement du cœur ; d'où cette conclusion que, quand vous aurez affaire à un individu présentant une attaque d'asystolie, ce ne sera pas une seule cause, mais deux, trois, quatre que vous serez obligés de mettre en avant.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Broca.

Suppléance de M. S. Pozzi, agrégé.

Amputation de la jambe au tiers supérieur. — Affrontement des surfaces sur un tube à drainage. — Pansement ouato-phéniqué. — Cicatrisation par première intention.

(Observation recueillie par M. Dupin, externe du service, et revue par M. Pozzi.)

D..., âgée de cinquante-trois ans, est entrée le 19 septembre, salle des femmes, n° 11. Cette femme avait déjà subi, l'année dernière, un évidement de calcanéum ; guérie pendant quelque temps, elle avait été de nouveau obligée de s'aliter pour des lésions pires que les anciennes. Le stylet arrivait par plusieurs fistules sur les di-

vers os du tarse cariés; la partie inférieure de la jambe était en outre très-infiltrée; les gaînes musculaires paraissaient atteintes.

Ajoutons que cette femme, affaiblie par une longue suppuration et par la misère, était pâle, maigre et déclinait de jour en jour.

L'amputation au tiers supérieur fut proposée et acceptée.

L'opération est faite, le 25 septembre, par le procédé du lambeau externe. Huit ligatures d'artères sont pratiquées avec le fil de soie ordinaire. M. Pozzi met en pratique pour le pansement, le procédé d'affrontement méthodique des surfaces à l'aide d'une double suture, préconisé par M. Azam (de Bordeaux) et par Lister. Les chefs des fils à ligature étant ramenés aux deux angles de la plaie; on place dans le fond de celle-ci un gros tube à drainage, dont l'extrémité inférieure affleure au point le plus déclive. Le lambeau est ensuite appliqué exactement à l'aide de trois points de suture profonde. Cette suture est faite avec un gros fil d'argent recuit, dont les extrémités viennent passer par le centre d'une petite plaque de plomb, ovale, du diamètre d'une pièce d'un franc et se coudent deux fois sur elle. Les trois fils sont ainsi retenus par six plaques placées environ à 3 centimètres des bords de la plaie et à la même distance l'une de l'autre (1). Ce procédé de suture, *en plaques*, employé par Lister, paraît très-préférable à la suture enchevillée dont fait usage M. Azam; il est d'une application facile, et les petites plaques répartissent leur pression sur une surface suffisante pour qu'elle soit douce et méthodique. En outre, rien n'est plus facile que de relâcher à volonté la suture en redressant les deux courbures du fil et en faisant cheminer la plaque de la quantité voulue pour faire cesser l'excès de pression.

Les téguments sont réunis, dans les trois quarts de la longueur de la plaie, par dix points de suture à points séparés, faite avec du fil d'argent. On n'achève pas de réunir par la suture la partie postéro-inférieure des téguments, la coaptation étant déjà suffisamment exacte sans cela.

Un pansement fortement phéniqué est ensuite appliqué sur le moignon. Il est composé de la manière suivante : 1° immédiatement sur les bords de la plaie et pour la protéger contre l'action irritante de l'acide phénique, on place une lanière protectrice de caoutchouc laminé, connue dans nos hôpitaux, sous le nom de *Baudruche Hamilton*; 2° une couche de coton perméable (ou hygrométrique) phéniqué (2) trempé dans une solution aqueuse d'acide phénique à 2,50 pour 100 ; 3° une seconde couche de ce coton phéniqué sec ; 4° plusieurs couches d'ouate ordinaire par-dessus lesquelles on fait une compression avec des bandes, de manière à obtenir un appareil ouaté de Guérin, surajouté au pansement précédent.

Le lendemain 26, la malade a dormi, se trouve bien ; la température est prise le soir, elle donne 38°6.

Le troisième jour, même état satisfaisant. La température de 38°1 le matin, monte le soir à 39°1. — Le 28, elle est de 38°6. — Le 29 au matin, elle tombe à 37°6 ; elle remonte par une dernière oscillation à 38°1, le 30 au soir, *et depuis lors, prise tous les jours régulièrement, ne s'élève plus jamais au-dessus de la normale.* Dès le second jour, l'appétit était apparu beaucoup plus vif qu'avant l'opération. La malade ne souffrait que très-peu et dormait bien la nuit. Aussi le dimanche 30 septembre, six jours après l'opération, lui fut-il permis de se lever sur un fauteuil pour recevoir la visite de ses parents.

Le mardi 2 octobre, huit jours après l'amputation, le pansement est levé pour la première fois. Le coton perméable, imbibé de sérosité sanguinolente, est désséché et forme une sorte de coque solide qu'on enlève tout d'une pièce. Au dessous on trouve le moignon sans aucune trace de gonflement. Les sutures superficielles sont complétement ôtées. La réunion est presque parfaite; profondément, tout est réuni sauf le trajet du tube qu'on retire définitivement, et celui des fils à ligature qui tiennent encore. Superficiellement, il ne reste plus qu'un écartement d'un demi-centimètre *en surface* dans une longueur de 6 centimètres environ où l'on n'a pas fait de suture superficielle, et une solution de continuité longue de 1 centimètre, en avant, à l'angle où sont ramenés une partie des fils. Lavage à l'eau phéniquée.

Le lendemain, ablation des sutures profondes.

On presse fortement le moignon sans éveiller la douleur et sans faire sourdre de pus.

La malade, qu'on peut considérer comme guérie, est pansée tous les deux ou trois jours avec un petit linge glycériné; ce qui reste de sa plaie est *absolument superficiel*, à l'exception de l'étroit trajet des fils à ligature. Elle passe toutes ses journées assise sur un fauteuil. Le 4 octobre, le dernier fil à ligature tombe. Trois semaines après l'amputation, il ne restait plus *rien* à cicatriser. Un mois, jour pour jour, après cette même date, elle essayait son pilon.

On le voit, cette observation peut se résumer, au point de vue de ses résultats, de la façon suivante : disparition de tous phénomènes réactionnels au bout de quatre jours d'élévation légère de température; cicatrisation des parties profondes faite complétement par première intention; celle des parties superficielles presque complétement et ne laissant subsister qu'une plaie insignifiante.

Dans le pansement employé pour arriver à ce résultat, M. Pozzi attribue une grande importance à l'affrontement complet des surfaces traumatiques sur un tube à drainage par une double série de sutures profondes et superficielles. Le drain joue dans cet affrontement un rôle capital; il permet l'issue des liquides dont le suintement est presque inévitable et dont la rétention produirait des phénomènes d'étranglement; c'est un véritable tube de sûreté. Le mérite d'avoir pour la première fois, combiné cet emploi du tube et de l'affrontement complet des surfaces traumatiques, revient-il à Lister ou ne doit-il pas plutôt être attribué à M. Azam, de Bordeaux? On sait que ce chirurgien l'a préconisé dès 1873 à l'Association française pour l'avancement des sciences (congrès de Lyon); sa communication aussitôt analysée par les journaux médicaux français, est consignée dans le volume des comptes rendus du congrès. En outre, l'année suivante une série d'observations du même ordre fut présentée par le même auteur à la Société de chirurgie de Paris. La théorie sur laquelle s'appuyait M. Azam (nécessité de la suppuration de l'os) était assurément fautive, mais sa pratique n'en subsiste pas moins avec tous ses bénéfices, et, d'après les dates des observations, paraît remonter à 1870. M. Lister l'a-t-il devancée ou suivie? C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'après la lecture de ses publications où presque toute la place est consacrée à la description des précautions antiseptiques. On doit remarquer toutefois que, dans l'exposé complet de sa méthode, qu'il a fait dans le *System of Surgery* de Holmes, le chirurgien d'Édimbourg ne parlait point de double suture; en guise de drain, il mettait dans la plaie une lanière de *lint* trempée dans l'huile phéniquée, qu'il retirait au bout de vingt-quatre heures. Depuis lors (1871), la pratique de l'éminent chirurgien s'est heureusement modifiée.

M. Pozzi ajoute du reste une grande valeur à l'usage des antiseptiques *à haute dose*, tel que l'a préconisé le professeur d'Édimbourg. Mais, plus préoccupé des résultats que de la doctrine, il néglige les précautions multiples prises par Lister pour empêcher complétement l'accès des germes, — telles que la pulvérisation, l'immersion rigoureuse et constante des instruments dans une solution spéciale, et tout ce qui dépasse les limites d'une exacte propreté. Il a remplacé les topiques

(1) Les fils d'argent, dont on doit se servir pour qu'ils aient une force suffisante et qu'ils puissent être maintenus par le coude qu'ils font sur les bords de la plaque, doivent avoir une grosseur analogue à celle de l'anse galvanocaustique ordinaire.

(2) Ce coton, par suite d'une préparation spéciale, jouit de la propriété de se laisser imbiber par les liquides à un degré bien supérieur à celui de la charpie. M. Pozzi en avait fait préparer avec addition de 5 pour 100 d'acide phénique. Il s'en est servi habituellement dans ses pansements et le conseille comme au moins égal au *lint* phéniqué préparé en Écosse.

complexes préparés en Écosse par des produits plus à notre portée et remplissant, lui semble-t-il, les mêmes indications capitales.

Enfin, M. Pozzi croit qu'il est possible d'associer, au grand bénéfice des malades, l'affrontement méthodique des surfaces, à l'aide de la double suture sur un tube à drainage, les topiques antiseptiques et le pansement ouaté de Guérin. Cette combinaison serait surtout applicable aux amputations des membres.

THÉRAPEUTIQUE

SUR L'AVANTAGE QU'IL Y AURAIT A REMPLACER LA QUININE PAR LA CINCHONIDINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES (1)

Par M. WEDDELL.

La réputation de la quinine comme fébrifuge est si bien établie, qu'il ne peut être question de lui porter ici la moindre atteinte. Des faits positifs ayant cependant mis hors de doute que d'autres alcaloïdes du quinquina jouissent à un degré équivalent ou presque équivalent des mêmes propriétés, il ne sera pas inutile d'appeler à nouveau l'attention sur ces produits, surtout en vue de l'écart considérable existant entre le prix de revient de certains d'entre eux et celui de la quinine, écart tellement en faveur de l'emploi de la cinchonidine (2), en particulier, qu'il impose presque l'obligation de lui donner la préférence. Les détails qui suivent viennent à l'appui de cette opinion; ils sont puisés dans un ouvrage adressé récemment à l'Académie (3), et dû à la plume de l'éminent quinologiste anglais, J. Eliot Howard, auquel on doit déjà plusieurs travaux remarquables sur le même sujet.

Nous ne sommes plus au temps où l'on pouvait craindre que la production du quinquina ne fût plus un jour en rapport avec la consommation. D'une part, le prix élevé atteint par cette écorce l'a fait rechercher et découvrir dans de vastes régions de l'Amérique du Sud inexplorées jusque-là. D'autre part, la crainte de se voir privé, dans un temps donné, d'un agent thérapeutique aussi indispensable, a fait naître l'idée de cultiver l'arbre qui le fournit sur plusieurs points de l'ancien monde, réunissant les conditions voulues. Aussi avons-nous aujourd'hui la certitude acquise que, lorsque les forêts des Andes auront cessé, par une raison ou par une autre, de nous livrer leur contingent, celles créées, depuis dix ans, à Java et dans l'Inde anglaise suffiront amplement à toutes les demandes. Il résulte toutefois de l'examen de ces diverses sources de production la constatation d'un fait de la plus haute importance : c'est que, tout en étant garantis dans l'avenir contre la fâcheuse perspective de manquer de quinquina, nous devons presque forcément nous attendre à ce que la quantité de quinine que l'on pourra en retirer ne soit plus au niveau d'une consommation sans cesse croissante. On sait que certaines écorces de « cinchona » ne renferment aucune trace de cet alcaloïde, et que d'autres n'en contiennent pas assez pour qu'il y ait bénéfice à l'en retirer. Or, l'épuisement graduel des forêts qui ont fourni jusqu'ici les arbres riches en cette matière est un fait notoire; d'un autre côté, les essais de culture, dont on a déjà retiré dans l'Inde de si frappants résultats, ont démontré que les espèces les plus rustiques ne sont pas celles qui en contiennent, dans leur écorce, la plus forte proportion. Comment le prix vénal de la quinine ne se serait-il pas ressenti de cet état de choses? Il a subi, en effet, dans ces dernières années, une hausse marquée, et il n'est pas douteux qu'il n'en subisse encore une nouvelle, par suite de la perturbation survenue dans les affaires commerciales de l'un des pays où se récoltent les écorces qui en sont une des principales sources.

Plus que tout autre, le gouvernement des Indes anglaises devait se préoccuper de pareilles éventualités; aussi, averti qu'il existait dans le quinquina d'autres alcaloïdes que la quinine, alcaloïdes qui, selon plus d'un juge compétent, n'étaient guère inférieurs en efficacité à la quinine elle-même, nomma-t-il, dès l'année 1866, plusieurs commissions chargées d'étudier la question, et en particulier de soumettre à une épreuve rigoureuse la valeur thérapeutique des alcaloïdes qui lui étaient signalés. Des expériences suivies furent faites dès lors, sous leur contrôle, dans les parties des Indes qui s'y prêtaient le mieux, et bientôt après la commission de Madras publia un premier rapport, dans lequel il est rendu compte des résultats fournis par l'emploi de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine, dans le traitement de onze cent quarante-cinq cas de fièvres intermittentes, appartenant la plupart au type quotidien. Ces résultats, les voici : sur les onze cent quarante-cinq malades traités :

410	ayant pris la	cinchonine,	400	ont été guéris.
359	—	cinchonidine,	346	—
376	—	quinidine,	365	—
1145			1111	

La conclusion, tirée de ces expériences par les commissaires de Madras, fut que les effets thérapeutiques des trois alcaloïdes employés et administrés à doses variables, ne différaient pas ou différaient à peine de ceux qu'eût produits la quinine (*loc. cit.*, p. 98). Il semblait dès lors qu'il fût indifférent que l'on fît choix, pour remplacer la quinine dans l'usage ordinaire, soit de l'une, soit de l'autre de ces substances; mais, au point de vue où s'était placé le gouvernement des Indes, la balance devait naturellement pencher en faveur de celle qui pourrait lui être fournie au meilleur compte; or, de l'exposé fait à ce sujet par M. Howard, sur l'invitation du gouvernement, il résulte que la quinidine, dont le prix est presque celui de la quinine, ne peut entrer en parallèle, sous ce rapport, avec la cinchonine et la cinchonidine, l'une et l'autre de ces dernières pouvant être obtenues aujourd'hui en fabrique, au tiers ou à moins du tiers du prix de la quinine. M. Howard ne pense pas toutefois, et il s'explique à cet égard (*loc. cit.*, p. 42), que la cinchonine puisse continuer de se vendre au bas prix où elle est cotée aujourd'hui (1). Il n'en est pas de même de la cinchonidine. Tout, en effet, porte à croire que le prix actuel de cet alcaloïde ne subira aucune augmentation avec le temps (*loc. cit.*, p. 11), les arbres qui le fournissent le plus abondamment existant encore à profusion dans les forêts de l'Amérique, et l'espèce la plus rustique des plantations de l'Inde, le « cinchona succirubra », étant également une espèce riche en cinchonidine ; ce qui revient à dire que l'on peut compter dès aujourd'hui sur un approvisionnement presque illimité de ce produit.

Je rappellerai ici que plusieurs des médecins qui ont expérimenté la cinchonidine ont pu constater que certains estomacs la tolèrent plus facilement que la quinine. Il me serait facile, pour mon compte, de citer un certain nombre de cas de fièvre intermittente traités vainement par la quinine, et dans lesquels le sulfate de cinchonidine a produit un soulagement immédiat; dans ces cas, la non-réussite de la quinine était indubitablement due à l'intolérance de l'estomac pour le sulfate de quinine. On a dit aussi que les malades n'éprouvaient pas, avec la cinchonidine, les bourdonnements d'oreilles dont ils souffrent si souvent sous l'influence de la quinine; mais il y a là quelque exagération; il n'en est pas moins vrai que la cinchonidine ne donne lieu, en général, à ce malaise

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 janvier 1877.

(2) La cinchonidine, que l'on confond encore assez souvent avec la cinchonine, a été découverte par M. Pasteur, vers 1853. C'est un corps anhydre, isomère de la cinchonine, déviant à gauche le plan de polarisation et ne possédant pas le caractère de coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque, caractère particulier à la quinine et à la quinidine. Son sel le plus usité est le sulfate.

(3) « The Quinology of the East Indian plantations », by J. El. Howard, Parts II and III. London, 1876

(1) Une des causes essentielles de la dépréciation remarquable de la cinchonine, depuis quelques années, paraît être l'accumulation de cette substance dans quelques fabriques, résultant de la préférence absolue donnée à la quinine, la fabrication de la cinchonine n'en continuant pas moins, par suite de sa coexistence fréquente avec la quinine dans les mêmes écorces.

que lorsque la dose administrée dépasse notablement la moyenne, qui est de 30 à 40 centigrammes.

De ce qui précède, on peut inférer : 1° que les préjugés de beaucoup de médecins contre l'emploi des alcaloïdes du quinquina, autres que la quinine, n'ont aujourd'hui aucune raison d'être; et 2° qu'il y aurait un avantage incontestable, au point de vue économique, à employer la cinchonine et la cinchonidine dans la plupart des cas où jusqu'ici on ne s'est servi que de la quinine. J'ajoute, et c'est par là que je terminerai cette note, que non-seulement le gouvernement des Indes anglaises a déjà largement approvisionné ses pharmacies de cinchonidine (*loc. cit.*, p. 115), mais que, dans les grands hôpitaux de Londres, la cinchonidine fait également une concurrence heureuse à la quinine, son aînée.

ÉTUDE SUR LE FOIE MOBILE

Par M. le docteur Blet.

Il existe des déplacements du foie que n'explique aucune cause de voisinage : c'est à eux que convient la dénomination de *foie mobile*.

Cette affection est très-rare. Plusieurs des observations rapportées jusqu'ici sont peu concluantes ; d'autres, au contraire, ont été recueillies avec un soin qui laisse peu de probabilités à l'hypothèse d'une erreur de diagnostic.

La cause prédisposante paraît résider dans le mauvais état général des sujets et la flaccidité des ligaments hépatiques qui en résulte. Les causes déterminantes sont toutes celles qui diminuent la pression intra-abdominale.

La maladie est peu grave, mais s'accompagne quelquefois de symptômes fonctionnels insupportables.

L'usage d'une ceinture bien construite est le meilleur mode de traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur les eaux minérales de Condillac et de Montbrun-les-Bains;

2° Une lettre de M. le préfet des Bouches-du-Rhône, indiquant qu'aucune épidémie n'a été observée dans ce département, en 1876;

3° Une lettre de M. le préfet de la Côte-d'Or, indiquant qu'aucune épidémie n'a été observée dans ce département, en 1875;

4° Le compte rendu des épidémies qui ont été observées dans le département des Hautes-Pyrénées, en 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Panas, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de remercîment de M. le docteur Hayem, lauréat de l'Académie.

3° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Fabreguettes (de Saint-Étienne), sur un *appareil nouveau de contention des fractures des membres inférieurs.*

4° Une lettre de MM. les vice-présidents et secrétaires du cercle scientifique de Vienne, Autriche (club des sciences), invitant les membres de l'Académie à s'associer audit cercle lorsqu'ils séjourneront à Vienne.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de MM. Lelut et de Kergaradec, membres de l'Académie.

COMMUNICATION SUR LES MOUVEMENTS DE FLEXION ET D'INCLINAISON DE LA COLONNE VERTÉBRALE

M. Jules Guérin rappelle que, dans une précédente communication, il a fait connaître, d'après l'observation et l'expérimentation sur le vivant, trois centres de mouvement de flexion et d'inclinaison latérale de l'épine se reproduisant à la base de chaque région de la colonne, cervicale, dorsale et lombaire. Il se propose, cette fois, d'indiquer les dispositions anatomiques qui ont trait à ces mouvements. En effet, si l'on examine à ce point de vue le rachis, on constate des dispositions articulaires toutes spéciales sur les trois points correspondants à ces centres de mouvement.

1° *L'articulation de la septième cervicale avec la première dorsale*, comparée avec celles des vertèbres qui la précèdent et la suivent, offre des différences notables. La direction des facettes des apophyses articulaires est plus complétement perpendiculaire et transversale. Tandis que la seconde vertèbre dorsale offre un appui solide au rebord inférieur de la lame articulaire de la vertèbre précédente au moyen de sa surface presque horizontale au niveau de la rencontre de la lame de l'une avec l'apophyse transverse de l'autre, la même partie présente sur la première vertèbre dorsale une surface de glissement étendue, profondément marquée, presque verticale et transverse, et se termine en arrière et en dedans par une arête, attestant un refoulement de la portion de lame qui fait suite à la facette articulaire.

2° *L'articulation de la onzième dorsale avec la douzième* présente et accentue la même disposition. Les surfaces articulaires offrent des facettes presque complétement perpendiculaires et transversales, et la présence de deux appendices en forme de crochets, fournis par le sommet des apophyses transversales de la douzième dorsale, contribue à permettre des mouvements de flexion latérale, en embrassant les surfaces articulaires de la onzième et les maintenant en parfait rapport avec celles de la douzième. A partir de la douzième dorsale inclusivement, les surfaces articulaires qui suivent (des vertèbres lombaires) sont dirigés presque perpendiculairement au plan transversal, du moins dans leur moitié postérieure.

3° *L'articulation de la cinquième lombaire avec le sacrum* ressemble aux deux autres signalées plus haut, en ce que, reposant comme elles sur une base fixe, elle offre également des surfaces articulaires situées dans le plan du mouvement de flexion latérale, c'est-à-dire, ayant une direction presque transversale.

Après avoir longuement insisté sur ces dispositions anatomiques, M. Jules Guérin décrit minutieusement l'articulation occipito-altoïdienne et les mouvements dont cette articulation peut être le siége.

Il montre que les surfaces articulaires y sont disposées suivant un même plan circulaire d'un grand rayon de courbure; tandis que chez les oiseaux ce rayon est très-petit : ce qui explique la grande étendue des mouvements d'inclinaison latérale chez les oiseaux et leur peu d'étendue chez l'homme. Les mouvements ne sont possibles que pendant l'extension de la tête sur atlas, car l'alors seulement la courbe est régulière.

Dans une troisième communication, il se propose d'examiner les *agents musculaires des mouvements de flexion et d'inclinaison de l'épine.*

LECTURE

Altération diphthéroïde de la coqueluche. — M. le docteur Delthil (de Nogent), lit sur ce sujet une note dont voici les conclusions :

« 1° La présence de la plaque diphthéroïde est plus fréquente que les auteurs ne l'ont admis. Je ne puis affirmer cependant qu'elle soit constante.

2° Elle n'est point produite par le frottement des dents.

3° Cette ulcération est en rapport, comme étendue, avec la gravité de la maladie.

4° Son apparition, du douzième au dix-huitième jour, coïncide toujours avec la fièvre, les vomituritions et la toux spasmodique.

5° Son siége n'est point constant, mais cependant on l'observe le plus fréquemment sur le frein de la langue.

6° Sa couleur, d'aspect diphthéroïde; le plus souvent, est quelquefois gris jaunâtre.

7° En disparaissant rapidement, elle n'entraîne pas la cessation des vomituritions et du sifflement trachéal: l'appareil fébrile seul disparaît avec elle.

8° Elle laisse parfois des cicatrices.

9° On la trouve à tout âge, enfants ou adultes.

10° On ne doit conseiller le déplacement qu'après son effacement.

En terminant, l'auteur se demande, à titre d'hypothèse, si l'on ne pourrait pas considérer cette tache diphthéroïde comme l'expression apparente d'une maladie spécifique. »

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE 1876 (1).

13. Boubila. Quelques considérations sur l'ulcère simple de la jambe.
14. Martin. Études cliniques sur les indications et contre-indications de la lithotritie.
15. Courtin. Étude sur la physiologie pathologique des albuminuries.
16. Péria. Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital de Tarascon.
17. Barros. De l'hémoptysie au point de vue de l'étiologie et du traitement.
18. Alric. Quelques considérations sur certains épanchements pleurétiques.
19. Bourges. Du traitement des fractures de la rotule.
20. Rolland. Essai sur l'urémie.
21. Duchambon. Classification des sons.
22. Castéris. Des grossesses extra-utérines.
23. Dorvan. Hygiène et pathologie des chercheurs d'or à la Guyane française.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 février 1877 ont été promus ou nommés dans a Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Maure, médecin à Nice, officier depuis le 14 août 1867; services éminents rendus à la France dans le département des Alpes-Maritimes.

Au grade d'officier : MM. Bagnol, médecin major de 1re classe, chevalier du 1 juin 1864; 29 ans de services, 16 campagnes. — Rioublant, médecin de 1re classe, chevalier du 16 juin 1855; 33 ans de services, 14 campagnes. — Orillard, maire de Poitiers, conseiller général de la Vienne, chevalier depuis 1866; 39 ans de services, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers depuis 1866 et directeur de l'École, médecin de la Société de secours mutuels plus de 30 ans.

Au grade de chevalier : MM. Breton, médecin-major de 2e classe, 19 ans de service, 5 campagnes. — Bournéria, médecin-major de 2e classe; 20 ans de service, 3 campagnes. — Mutin, médecin-major de 2e classe; 20 ans de service, 7 campagnes. — Pons, pharmacien-major de 2e classe; 21 ans de service, 13 campagnes. — Felizet, docteur-médecin, engagé comme aide-major pendant la guerre de 1870. Entré dans Metz à la nage pendant le blocus; n'a cessé pendant le siége de prodiguer ses soins aux blessés, avec un zèle et un dévouement constatés par une mention des plus élogieuses, émanée du conseil municipal de Metz. Services exceptionnels. — M. le docteur Bancel, maire de Melun, président de la Société des médecins de Seine-et-Marne, a rendu des services exceptionnels.

— *École de médecine d'Arras.* — Un concours sera ouvert le 9 juillet 1877 à la susdite école, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératogénie dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, le mercredi 14 février, et les continuera les mercredis et samedis, à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie.

(1) Chez Alex. Coccoz, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

De la Myringodectomie, ou perforation artificielle du tympan, par le docteur Miot. — 1 vol. in-8° avec 11 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure, par le docteur Bernard S. Arnulphy. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique, par le docteur Hugonneau. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Sur la Localisation définitive du souffle maternel de la grossesse, par le docteur Frantz Glénard. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Diagnose und Therapie des Krankheiten des Menschen, mit zugrundelegung der Lehren und Recepturen der ersten medicinisch-chirurgischen Autoritäten, und Anführung von 1500 Receptformeln im metrischen Gewichte, nebst einem Anhange über Balneologie von Dr. Bernard Kraus, Chef redacteur der « Allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung ». — 1 fort vol. in-8° de pp. 980. Wien, 1877. Verlag von Moritz Perles, Stadt, Bauernmarkt, 11.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 17 — SAMEDI 10 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 10 FÉVRIER 1877. — N° 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cas de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1876.

M. Bergeron, en présentant récemment à l'Académie un ouvrage de M. le docteur Sanné, le *Traité de la diphthérie*, que nous aurons très-probablement l'occasion de citer plus d'une fois ici, rappelait que la diphthérie qui a peu à peu envahi tous les points de notre territoire, enlève annuellement à Paris, où elle est devenue endémique, de 1,000 à 1,200 enfants. Il n'en faudrait pas davantage pour expliquer l'intérêt qui s'attache à toutes les recherches dont cette maladie est l'objet. Aussi, en parcourant les dernières thèses ou brochures sur des sujets cliniques, qui m'ont été remises, mes yeux se sont-ils arrêtés tout d'abord sur celle dont on vient de lire ci-dessus le titre. M. le docteur P. Moizard, auteur de cette étude, en a puisé les éléments dans le service de M. Bergeron, où il a eu l'occasion, en qualité d'interne du service, de relever, pendant le cours de l'année dernière, un grand nombre de cas de diphthérie.

La forme de diphthérie qu'il lui a été donné d'observer le plus souvent, dit-il, est la forme infectieuse, cette forme grave dans laquelle les fosses nasales sont envahies et l'engorgement ganglionnaire acquiert souvent des proportions énormes et les amygdales recouvertes d'un exsudat épais, grisâtre, exhalant une odeur souvent fétide. La durée de ces cas à forme infectieuse, presque tous mortels, a été très-courte, de trois à huit jours.

A côté de ces cas graves, il s'en est présenté un petit nombre de diphthérie bénigne qui ont guéri rapidement sans être accompagnés de phénomènes laryngés et dont la convalescence n'a été entravée que par des symptômes peu marqués de paralysie du voile du palais. Dans les cas graves, la mort est survenue, en général, avant même la manifestation des symptômes laryngés. Enfin, à côté de ces deux séries de faits, il y a eu des cas de croup d'emblée.

Les symptômes qui ont particulièrement fixé l'attention de M. Moizard dans cette endémo-épidémie sont l'albuminurie et les éruptions.

Sur trente-quatre cas de croup dont les observations ont été analysées, l'albuminurie s'est montrée dix-neuf fois. Sur ces dix-neuf cas, il y a eu seize morts et trois guérisons (proportion, 84,21 pour 100.) Les quinze cas dans lesquels il n'y a pas eu d'albuminurie ont donné douze morts et trois guérisons (80 pour 100 de décès). D'où l'on voit que la présence de l'albuminurie dans les urines a été une circonstance aggravante, contrairement à ce qui a été observé dans d'autres circonstances. Il y a lieu, du reste, d'être très-réservé sur les conséquences à tirer d'un aussi petit nombre de faits. Ce n'est qu'à titre de renseignement que ces résultats méritent d'être signalés.

Bien que l'albuminurie de la diphthérie s'accompagne rarement des accidents qui en résultent si souvent dans d'autres affections, il s'est présenté un cas où elle a donné lieu à un œdème pulmonaire qui a entraîné la mort.

Les éruptions diphthériques ont été relativement rares. Sur cinquante-six observations, il est signalé trois cas seulement d'éruption scarlatiniforme. Des trois enfants qui en ont été atteints, un seul a guéri. Pendant l'été, au moment des grandes chaleurs, plusieurs petits malades ont présenté sur tout le corps des éruptions vésiculeuses sudorales. Les éruptions rubéoliques ne se sont pas montrées.

Cette épidémie a fourni plusieurs fois l'occasion d'observer des morts rapides, brusques, dans le cours de l'angine diphthérique ou même après la trachéotomie. Dans les nombreuses autopsies que M. Moizard a faites, il n'a jamais trouvé dans les cavités cardiaques des enfants qui ont succombé brusquement que des caillots mous plus ou moins décolorés, mais ressemblant en tous points à ce qui est décrit sous le nom de caillots d'agonie. Pour ces cas-là, du moins, on ne pouvait pas invoquer comme cause de la mort rapide la thrombose cardiaque. Il n'a pas eu, non plus, l'occasion de constater l'endocardite, signalée par MM. Bouchut et Labadie-Lagrave.

Le milieu dans lequel M. Moizard a observé était bien peu propre à lui fournir des matériaux pour l'étude du traitement. Il a vu, en effet, presque tous les moyens demeurer inutiles. L'indication de tonifier les malades a été la seule qui se soit présentée d'une manière constante, et c'est à la médication tonique qu'il attribue une grande part des rares succès obtenus. Néanmoins, dans les cas où la diphthérie n'était pas infectieuse, le copahu a paru offrir quelques avantages, en favorisant la disparition des fausses membranes pharyngées.

Voici la formule de la potion que prescrit M. Bergeron :

Eau de menthe, 100 grammes. — Alcool, 10 grammes. —

Copahu, de 50 centigrammes à 2 grammes. — Sirop d'écorce d'oranges amères, 20 grammes, par cuillerées de deux heures en deux heures.

Le chlorate de potasse a été fort peu employé dans cette épidémie. Dans le petit nombre de cas où il a été prescrit, il ne s'est montré ni supérieur ni inférieur au copahu.

Quant à l'acide salicylique, tant vanté depuis quelque temps, surtout contre la diphthérie, il n'a donné aucun résultat : ni abaissement de température, ni diminution dans la fréquence du pouls. Rien, en un mot, qui ait permis de lui accorder une action quelconque. Aussi M. Bergeron y a-t-il promptement renoncé.

Mais si l'acide salicylique s'est montré inefficace, employé à l'intérieur, il n'en a pas été de même de son usage topique. Comme modificateur antiseptique local, il a paru utile. M. Moizard a observé plusieurs faits dans lesquels son emploi a été suivi d'une véritable amélioration. Chez une petite fille, en particulier, qui présentait au cou une ulcération couverte de fausses membranes, sous l'influence de l'emploi de cet agent, l'ulcération s'est promptement détergée, son fond a pris un meilleur aspect, et la cicatrisation a été rapide, malgré le mauvais état général de l'enfant.

Voici la formule de la solution que prescrit M. Bergeron dans ce cas :

Acide salicylique.	4	grammes.
Alcool à 90°.	40	—
Eau	80	—

Les autres agents de la médication topique, qui se sont aussi montrés quelquefois utiles, sont les attouchements avec la teinture d'iode ou avec le citron, les injections intra-buccales d'eau de chaux, de vin aromatique, d'une solution phéniquée ou de chloral au centième.

Mais presque tous ces moyens, qui donnent ordinairement de bons résultats, sont restés le plus souvent inefficaces en présence de la gravité particulière des cas. Il a fallu, après les avoir employés, recourir à la trachéotomie dont les résultats se résument dans cette triste statistique : 12.03 pour 100 de guérisons pour l'hôpital Sainte-Eugénie pendant les neuf premiers mois de cette année 1876, et 0 pour 100 pour le mois d'octobre.

Fracture pathologique complexe chez un sujet atteint de paralysie générale.

Dans une de nos revues de l'année dernière (du 15 avril), nous appellions l'attention sur les fractures pathologiques, à propos de deux cas de cette nature qui se trouvaient alors dans le service de M. Broca ; désignant ainsi ces fractures dans lesquelles il n'y a pas de proportion entre la cause et l'effet produit, un état morbide préalable constituant une prédisposition. C'était faire implicitement appel à ceux de nos confrères qui auraient l'occasion d'observer des faits du même genre. Cet appel n'a pas été perdu. Nous trouvons aujourd'hui, dans le dernier fascicule des *Annales médico-psychologiques* (novembre), la relation d'un cas de fracture complexe, qui, dans un de ses éléments, se rapproche en effet des deux cas que nous avons rapportés, en ce qu'une partie de la lésion a été produite manifestement sous l'influence d'une paralysie générale ayant agi comme cause prédisposante.

Voici cette curieuse observation, recueillie par M. Biaute dans le service de M. le docteur Henry Bonnet, médecin directeur de l'asile de La Roche-Gaudon (Mayenne).

Le 1er février 1876, un malade de l'asile, entré pour une paralysie générale avec troubles rémittents de l'intelligence, fait une chute dans la cour du quartier. Relevé et ramené à son lit, il n'est examiné environ qu'une heure après l'accident. A l'examen, on constate que l'épaule droite est plus basse que l'autre et que le bras est pendant. Durant un mouvement que fait le blessé, on entend un craquement très-distinct et prolongé. Le bras retombe en provoquant une vive douleur. Dans les mouvements désordonnés auxquels se livre le malade et qu'un gardien a peine à contenir, la main qui explore perçoit cette même sensation de craquement prolongé, déjà perçue par l'oreille. On sent au milieu du bras une saillie qui paraît être formée par l'extrémité inférieure d'un fragment de l'humérus, le fragment supérieur qui est dirigé en avant et en dehors. L'extrémité du fragment inférieur est très-difficile à sentir ; il est impossible de le suivre. Mais on sent sous le deltoïde comme une sorte de ballottement lorsqu'on imprime une impulsion à ce fragment. La tête de l'humérus occupe sa position normale. Tout fait penser que l'on a affaire à une fracture oblique, très-allongée, allant de la partie moyenne du corps de l'os, bien près de l'extrémité supérieure, de bas en haut et d'avant en arrière.

La réduction opérée, les fragments d'abord retenus au moyen d'une bande appliquée directement, quatre attelles avec coussinets sont ensuite placées et maintenues au moyen d'un bandage roulé, et par dessus il est appliqué un second bandage dextriné. Enfin le bras est placé en écharpe. On prescrit une potion de chloral, 8 grammes, en deux fois.

Le lendemain matin, le réveil ne s'opère pas, et, alors qu'il ne doit plus être sous l'influence du chloral, le malade est immobile, le regard fixe, les pupilles dilatées. Dans la soirée, l'épaule a beaucoup augmenté de volume.

Le jour suivant, même état. Le malade, pendant ces deux jours, n'a pris aucun aliment.

Le troisième jour, il est un peu reveillé. Une ecchymose qui avait apparu la veille, sur l'épaule, est augmentée. Malgré la contention de l'appareil, on sent encore de la crépitation ; en raison de ce fait, du volume de l'épaule et de l'ecchymose, il vient à l'idée que cette fracture, quoique déjà très-grave, pourrait n'être pas simple et que l'extrémité supérieure du membre pourrait aussi avoir sa part dans les désordres produits. Mais le malade touche à sa fin, quoique sorti du coma ; il est évident que la congestion survenue après l'accident a eu raison du reste de vitalité du sujet. Il succomba le 6, cinquième jour après sa chute.

Voici ce que l'on constate à l'autopsie, L'appareil enlevé, le membre reprend sa déformation première. L'épaule droite a un volume de beaucoup supérieur à celui du côté opposé. Une vaste ecchymose la recouvre jusqu'au delà des insertions supérieures du deltoïde et en bas elle prend la forme de ce muscle. Quelques points ecchymotiques se remarquent encore sur la moitié inférieure du bras, en dedans et en dehors et sur la partie supérieure de l'avant-bras au niveau de l'insertion des muscles épitrochléens et de celles du biceps.

Le tissu cellulaire sous-cutané renferme des coagulums sanguins épais.

Le muscle deltoïde, incisé à sa partie moyenne et rejeté en haut et en bas, laisse voir le siége complet de la fracture, et découvre, en outre, une fracture intéressant le col chirurgical et partant de l'angle supérieur de la première.

La substance médullaire, mise à nu par l'écartement des fragments, est réduite en une bouillie sanguinolente.

Les pièces enlevées et préparées pour l'examen, voici les particularités que présente la fracture : du point où arrive le bec du fragment inférieur, à 1 centimètre et demi au-dessous du col chirurgical, sur la portion mousse du bord externe de

l'os, s'irradient deux fissures ; en outre, on en trouve une troisième, qui n'a point de rapports avec la fracture principale. Celle-ci est oblique, en bec de plume de bas en haut et d'avant en arrière. La pointe du fragment supérieur commence un peu au-dessous de la moitié du corps de l'os sur sa face externe ; ses deux bords viennent se réunir en contournant l'os au point d'irradiation.

De l'angle supérieur partent deux fissures, dont l'une se dirige vers le col chirurgical. Une autre fissure, sans être reliée aux précédentes, part du col anatomique pour se diriger en bas vers la face interne de l'os.

Ce qu'il est intéressant de faire ressortir de ce fait, c'est que ces désordres sont hors de proportion avec la cause qui les a produits. Il y a eu chute, sans doute, sur le côté droit ou l'épaule, mais de la hauteur du sujet seulement. Il est plus que probable que, si le sujet n'eût pas été atteint de paralysie générale ou n'aurait pas eu de lésions aussi graves et aussi étendues, la fracture n'aurait pas été aussi allongée. Les fissures ne se seraient pas produites ; elles ne peuvent être attribuées qu'à la dénutrition primitive de l'os qui a éclaté, en cédant à un choc peu violent. Si l'on considère, en effet, que, chez les sujets atteints de paralysie générale, les altérations du grand sympathique entraînent des troubles de nutrition dans la plupart des organes, lesquels aboutissent à la dégénérescence graisseuse ou à d'autres modifications de leurs éléments, ainsi que l'ont si bien démontré MM. Henry Bonnet et Poincaré, dans leurs *recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale* (1876), on admettra aisément que les os ne doivent pas être exempts de ces troubles généraux.

En effet, le rédacteur de l'observation dont nous reproduisons les principaux détails nous apprend que plusieurs os de ce sujet ont été examinés au microscope, et qu'on y a constaté dans les substances médullaire, spongieuse et compacte, une altération se traduisant par une prolifération de tissu adipeux et des gouttelettes du même genre, suintant de toutes parts. Le tissu compacte en certains points était aminci outre mesure. Enfin, dans toutes leurs parties constituantes, les uns avaient l'aspect de ceux qui sont atteints d'ostéite, mais sans augmentation de vascularité.

D'où l'on peut induire, comme le fait avec raison l'auteur de cette intéressante communication, que, la même cause étant donnée, la fracture de l'humérus n'eût très-probablement pas offert les particularités qu'on vient de lire, si le sujet qui l'a présentée n'avait pas été atteint de paralysie générale, la paralysie générale attaquant et désorganisant tous les tissus, substituant à leurs éléments propres, d'autres éléments hétérogènes ; d'où, pour les os, prédisposition aux fractures anomales sans les causes suffisantes qui seraient seules capables de les produire chez les individus ordinaires.

Traitement de l'anthrax.

M. le docteur E. Comin (de Lamarques), appelle notre attention sur un mode de traitement de l'anthrax par les caustiques, qu'il a eu occasion de mettre plusieurs fois en usage et qui lui paraît avoir des avantages sur la plupart des moyens usités ou proposés, entre autres celui d'isoler la tumeur par une sorte de barrière infranchissable.

Dès que le diagnostic est confirmé, et qu'il est bien évident qu'on a affaire à un anthrax malin ou envahissant, alors que l'état général devient inquiétant, et qu'on voit se produire, au milieu d'un empâtement caractéristique, des traînées imflammatoires, rayonnant du centre à la circonférence, notre confrère applique à une distance du centre qui varie suivant le lieu et les circonstances, à quatre ou cinq travers du doigt du foyer, par exemple s'il s'agit d'une large surface, un ruban de pâte de Vienne de 2 à 3 centimètres de large, de manière à circonscrire complétement la tumeur ; le point de départ du mal se trouvant ainsi isolé, la part du feu faite, c'est merveille, dit-il, de voir avec quelle rapidité tombe l'inflammation précédemment si menaçante ; en dehors du cercle caustique, l'empâtement disparaît, les rougeurs s'éteignent ; en dedans, l'anthrax continue son évolution sur place, tous les tissus se mortifient petit à petit, sont éliminés spontanément, où à l'aide des ciseaux, et bientôt on n'a plus à traiter qu'une plaie simple.

Il m'a paru également, ajoute notre confrère, qu'il suffisait pour le pansement, dès l'enlèvement de la pâte de Vienne, d'applications faites avec un linge fenêtré, trempé dans un mélange par parties égales d'eau-de-vie camphrée et de glycérine, le tout recouvert d'une plaque de ouate et d'un bandage approprié.

— Nous venons de recevoir deux nouvelles observations de ponction de la vessie pour des cas de rétention d'urine, que leur étendue ne nous permet pas de publier dans cette revue. Les réflexions contenues dans la lettre que nous devions publier aujourd'hui, à l'occasion de la précédente communication sur un sujet analogue, pouvant peut-être s'appliquer aussi à ces deux nouvelles observations, nous en ajournons encore la publication.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

I

ANÉVRYSME DE LA VERTÉBRALE.

Monsieur le Président, Messieurs,

L'occurence de l'anévrysme spontané de l'artère vertébrale n'a pas encore été noté, que je sache ; mais les anévrysmes traumatiques de cette artère ne sont pas aussi rares, et nous possédons déjà les notes de onze cas dans lesquels la carotide a été liée dans quatre pour plaie, et dans sept pour anévrysme traumatique de la vertébrale.

Il vaut donc la peine, en discutant le traitement pratique des anévrymes cervicaux, de voir quels furent les traits principaux de ces cas, et comment, à l'avenir, semblable erreur pourra être évitée. Car il ne peut y avoir de doute que la ligature de la carotide, dans un cas d'anévrysme de la vertébrale, doit présenter un double danger. D'abord, en rejetant le courant de la circulation anastomotique par la vertébrale, elle tend à aggraver la maladie qu'elle avait pour objet de guérir ; en second lieu, si la circulation dans la vertébrale blessée est interrompue avant l'opération, — et il est presque certain qu'il en doit être ainsi, — l'arrêt de l'apport sanguin fourni par la carotide est rendu doublement dangereux pour la nutrition du cerveau. Voici le tableau des onze cas :

Tableau des blessures et anévrysmes traumatiques de l'artère vertébrale dans lesquels la carotide a été liée par erreur.

1° BLESSURES.

1833. — J. Watson. — (J. R. Wood : *New-York Journal*, juillet 1857. — Mort le troisième jour. Ramollissement céré-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 janvier.

bral ; pleurésie suppurée, existant probablement avant l'opération ; la vertébrale gauche coupée presque en travers.

1848. — Ossieur de Roulers. — (Chassaignac, *Traité des opérations*, vol. I, p. 336.) — La compression de la carotide arrêtait l'hémorrhagie. — Mourut d'hémorrhagie le troisième jour. La vertébrale était blessée, mais sans indication du point blessé.

1862. — A. Pritchard, de Bristol. — (*Brit. Méd. Journal*, vol. I, 1863, p. 399.) — La compression n'a pas été essayée. — Mourut d'hémorrhagies répétées trois jours après la blessure. La vertébrale était coupée au point où elle pénètre dans le grand trou.

Voisin. — (Collection d'Erc, *Des cas remarquables de chirurgie*, p. 641 ; Pilz, Langenb. archiv. IX, p. 290.) — Je n'ai pu retrouver l'original. Il n'y a eu d'autopsie, et il y a doute sur l'artère blessée.

2° ANÉVRYSMES TRAUMATIQUES.

1829. — Chiari. — (Filiatre Sebezio, Ann. 8, fasc. 2; Chassaignac, *op. cit.*, p. 334.) — Pas de compression. — Mort par pyohémie neuf jours après l'opération. Anévrysme de la vertébrale entre les deux premières vertèbres.

1834. — Romaglia. — (*Ibid.*, et *Fiorieps' Notizen*, vol. XII, p. 89.) — La compression de la carotide semblait diminuer les pulsations. — L'artère fut mise à découvert et une ligature placée autour d'elle; mais non serrée. Mort par hémorrhagie. L'anévrysme siégeait à la première courbure de la vertébrale qui, dans ce cas, était entre la seconde et la troisième vertèbre, au lieu d'être entre la première et la seconde.

1836. — Cattolica. — (*Gaz. Méd.*, 1836, p. 435.)

1840. — Kluyskens. — (Chassaignac, *op. cit.*, p. 289.)— La compression arrêta les pulsations, mais la ligature ne les arrêta pas. — Mort, quatre mois après, par hémorrhagie suite de rupture du sac. Pas d'autopsie.

1847. — Morthern, Hôpital-Liverpool. — (*South's Chelius*, II, 250). — Pas de compression. — Mort quatorze jours après l'opération, par rupture de l'anévrysme, situé entre les apophyses transverses des quatrièmes et cinquièmes vertèbres cervicales.

1863. — Hop. San-José, Lisbonne. — (*Brit. méd. Journ.*, vol. I, 1863, p. 197.) — Pas de compression. — Mort le vingtième jour après la ligature. Cause non indiquée. Siége entre la deuxième et la troisième vertèbre.

1865. — Lücke. — (*Lang. arch.*, vol. VIII, p. 78.) — La compression diminuait les pulsations sans les arrêter complétement. — Les symptômes persistant après la ligature de la carotide, l'anévrysme fut injecté avec le perchlorure de fer. Il creva et fut incisé; le vaisseau qui saignait fut comprimé. Le malade mourut de la ligature de la carotide plus que de tout autre chose. La vertébrale était blessée entre l'occipital et l'atlas.

Celui de ces cas qui est rapporté avec le plus de détails est celui de Chelins, dans le vol. VIII des Archives de Langenbeck, dans lequel un anévrysme se forma à la nuque après une blessure par instrument piquant. Comme la compression de la carotide arrêtait les pulsations de l'anévrysme, on lia la carotide primitive. Ceci n'amena aucun résultat. On fit dans la tumeur des injections répétées de perchlorure de fer qui amenèrent la suppuration et la rupture du sac. Ce dernier fut alors ouvert, et l'orifice béant de la vertébrale fut tamponné près du grand trou. Tout alla bien quant à l'anévrysme. Il n'y eut plus d'hémorrhagie, mais le malade mourut d'hémiplégie et de ramollissement cérébral, résultat probable de la ligature de la carotide.

En commentant ce cas intéressant, Lücke fait remarquer l'erreur dans laquelle il tomba par suite de la suppression des battements, par la compression de la carotide. Il explique ce phénomène en supposant que la compression de la carotide agissait simultanément sur la vertébrale, et fait remarquer que cela peut facilement arriver si la vertébrale (comme il peut arriver) pénètre dans le canal, une vertèbre plus haut qu'à l'ordinaire. Il est singulier qu'il semble avoir oublié de vérifier si c'était le cas chez son malade, comme il pouvait le faire à l'autopsie. Mais d'autres auteurs ont signalé la possibilité d'arrêter les pulsations dans l'anévrysme vertébral par la compression appliquée de la même manière que pour l'anévrysme de la carotide, et cela dans les conditions les plus normales de la vertébrale.

Au sujet de la compression digitale de la vertébrale, Chassaignac s'exprime ainsi : « Comme la vertébrale, à son origine, est située immédiatement en arrière de la carotide, entre cette dernière et la colonne vertébrale, l'occlusion simultanée des deux vaisseaux est inévitable (c'est-à-dire quand on comprime la carotide fort bas), et c'est une erreur de croire qu'une compression énergique soit nécessaire pour cela. Afin de s'en convaincre il suffit de faire sur le cadavre l'expérience suivante : après avoir enlevé la voûte du crâne et le cerveau, ayant soin de couper les vertébrales au-dessous de leur jonction avec la basilaire, liez les artères axillaires et la partie supérieure de l'aorte abdominale, et poussez alors une injection d'eau par la crosse de l'aorte. Le liquide sera lancé par les deux carotides internes et les vertébrales à la base du crâne. Mais dès qu'une pression, même légère, à l'aide du doigt est exercée sur la carotide primitive, dans l'espace compris entre deux et trois pouces au-dessus de la clavicule, entre la trachée et le bord interne du sterno-mastoïdien, le jet ne coulera plus ni par la carotide interne, ni par la vertébrale du côté comprimé, mais reparaîtra aussitôt qu'on suspendra la compression. Si les deux côtés sont comprimés à la fois, l'écoulement cesse par toutes les artères. Si l'on comprime avec la même force la carotide primitive au-dessus du tubercule carotidien (c'est-à-dire le tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale), l'espace au-dessous de ce tubercule étant libre, le jet de la vertébrale continue pendant que celui de la carotide interne cesse complétement. » Il montre ensuite que le tubercule en question est beaucoup plus élevé qu'on ne le suppose généralement, se trouvant toujours à deux ou trois pouces au-dessus du bord supérieur de la clavicule. L'importance de ce fait, relativement au diagnostic entre l'anévrysme de la carotide et celui de la vertébrale, est évidente. Dans un cas comme celui de Lücke ou de Kluyskeus, le chirurgien, connaissant maintenant la situation exacte du tubercule sur l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, et sachant que la compression appliquée à la carotide en un point quelconque de la carotide au-dessous de ce tubercule, deux pouces au moins au-dessus de la clavicule, arrêtera probablement aussi les pulsations de la vertébrale, ne conclura pas que l'anévrysme affecte l'une des carotides ou l'une des branches de la carotide externe, à moins qu'il ne constate que la compression arrête également les pulsations quand on l'applique à un niveau plus élevé, ou quand elle est appliquée à la carotide de façon à l'isoler des organes environnants, comme l'a fait M. Rouge. Un anévrysme traumatique dont les pulsations ne sont pas modifiées par la compression ainsi appliquée doit être regardé et traité comme anévrysme vertébral.

Il y a plusieurs cas qui sont classés par les auteurs comme

anévrysmes vertébraux, pour lesquels le fait n'a pas été vérifié par l'autopsie, mais dans lesquels la marche de la maladie n'a laissé aucun doute. Tel fut le cas dans le fait de Kluyskens, extrait par Chassaignac des Annales de la Société de médecine de Gand. Un homme reçut une blessure par instrument piquant, un pouce au-dessous de l'apophyse mastoïde. La plaie guérit, et il se forma un anévrysme traumatique qui atteignit rapidement le volume du poing. Tout les symptômes cessèrent aussitôt qu'on comprima la carotide, mais on n'indique pas à quel point. Le résultat de cette compression, cependant, ne laisse aucun doute aux chirurgiens que l'anévrysme affectait quelque artère du système carotidien, et en conséquence, le tronc de la carotide fut découvert et lié. L'opérateur ne se rendit pas compte si la compression du vaisseau dénudé arrêtait les pulsations; du moins le fait n'est pas mentionné. Mais il remarqua, avec surprise, qu'après avoir serré la ligature, elle ne produisait aucun effet sur la tumeur. Le malade guérit de l'opération; mais la tumeur continua à battre comme auparavant, sauf que les pulsations diminuèrent pendant une dysenterie grave qu'il prit à l'hôpital et qui diminua beaucoup ses forces. Enfin, après avoir quitté l'hôpital et que sa santé générale se fût améliorée, l'anévrysme s'ouvrit, et il mourut d'hémorrhagie, quatre mois environ après la blessure.

On ne fit pas l'autopsie, mais les symptômes sont identiques avec ceux des observations où l'on a constaté que la vertébrale était blessée, comme dans le cas suivant cité par Chassaignac (cas de Chiara).

Un homme fut blessé par instrument piquant au-dessous de la parotide gauche; la plaie guérit, mais il se forma un anévrysme traumatique, qui en deux mois atteignit le volume d'un œuf. Il fut pris pour un anévrysme de l'une des branches postérieures de la carotide externe et on lia la carotide primitive. Les pulsations continuèrent. Le malade mourut à la suite de l'opération, probablement par pyohémie. L'autopsie démontra que la tumeur siégeait sur la vertébrale, au point où elle se courbe entre les deux premières vertèbres.

Cattolica, de Naples, rapporte dans un journal italien (traduit dans la *Gazette médicale*, 1836, p. 425), deux cas d'anévrysme de la vertébrale dont l'un fut traité par la ligature de la carotide et se termina fatalement par suite de rupture de l'anévrysme. Le point précis où l'artère avait été blessée n'est pas indiqué, mais c'était à la partie supérieure du cou. La compression de la carotide ne fut pas tentée. Dans le second cas, la blessure siégeait immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire. On commença la ligature de la carotide; mais, quand elle fut dénudée, on s'aperçut qu'en la pinçant entre les doigts on n'arrêtait pas les pulsations de la tumeur. L'opération fut abandonnée. On appliqua la compression et des styptiques sur la tumeur, mais la peau qui la recouvrait se mortifiait et elle se serait bientôt ouverte quand le malade mourut de fièvre gastrique. En discutant ces deux faits le traducteur français insiste sur l'utilité de commencer le traitement par la compression directe, et, après son insuccès, il recommande la marche adoptée en dernier ressort par Lücke, c'est-à-dire d'ouvrir la tumeur et d'obturer l'orifice du vaisseau avec une boulette de charpie imbibée d'un liquide astringent.

Après avoir relaté son cas, Lücke entre également dans de longs commentaires au sujet du traitement qu'il faudrait appliquer dans des circonstances semblables, en supposant qu'on ait diagnostiqué un anévrysme de la vertébrale. La ligature de la vertébrale à la racine du cou est une difficile et formidable opération, et il est peu probable qu'elle puisse supprimer la circulation du vaisseau, si près de son inosculation avec sa congénère. Il conclut donc, légitimement je crois, contre une pareille tentative, et il faut repousser, plus énergiquement encore, l'idée de lier la sous-clavière au-dessus de l'origine de la vertébrale. Cependant, je ne puis pas dire que sa manière de faire (injections répétées de perchlorure de fer) soit à recommander. Pour que ce mode de traitement puisse avoir quelque chance de succès, il me semble nécessaire que le chirurgien puisse comprimer le vaisseau malade au-dessus et audessous de la tumeur. Et, si l'injection ne réussit pas ou qu'elle ne produise au moins quelque effet à la première ou seconde séance, je doute qu'il faille y persévérer. Faire des injections réitérées dans une semblable tumeur amenera certainement la suppuration et la rupture du sac, comme c'est arrivé dans le cas qui nous occupe.

Le seul cas de guérison d'anévrysme vertébral que j'ai trouvé, est rapporté par Möbus dans le vol. XIV du Journal de de Graefe et de Walther. Il a beaucoup de rapport avec le cas de Lücke, résultant comme lui d'une blessure au-dessus de l'oreille. On s'attendait tous les jours à voir la tumeur se rompre. Le chirurgien, croyant que quelque branche de la carotide externe était blessée, mit à nu cette artère afin de la lier, mais il constata qu'en pressant l'artère dénudée on ne changeait rien aux pulsations, abandonna l'opération et fit valoir la nécessité d'ouvrir la tumeur. Le malade n'y consentit pas, et en fin de compte la tumeur cessa de battre et disparut. On n'employa d'autre traitement que l'application du froid. La disparition des pulsations fut précédée de vives douleurs. Quand on a ce cas présent à l'esprit, il me semble qu'il faut hésiter avant de recourir à des mesures extrêmes dans un cas d'anévrysme traumatique de l'artère vertébrale. Je ne vois guère quelle opération on pourrait pratiquer sur une telle tumeur avec quelque espoir de succès, excepté la modification de la méthode d'Antillus, proposée par Syme, c'est-à-dire de faire une petite ouverture au sac, par laquelle on introduit un doigt qui bouche la lumière du vaisseau et arrête l'hémorrhagie, pendant que le chirurgien cherche le point où le jet de sang pénètre dans le sac et où la pression de son doigt arrête les pulsations. Pouvant ainsi se rendre maître de l'écoulement du sang, le sac est largement ouvert de façon à mettre en vue l'orifice du vaisseau, et on peut alors y jeter une ligature. Même, si le vaisseau est divisé trop près de l'os pour être lié, on peut le tamponner comme fit Lüke. Les détails de son observation et l'autopsie montrent très-bien que le malade eût pu guérir sans la ligature de la carotide; malgré même les désordres occasionnés par l'injection de perchlorure de fer et d'autre part, l'abstention de tout traitement actif auront très-bien pu conduire à un résultat aussi heureux que chez le malade de Möbus.

L'effet de la compression appliquée à la partie inférieure de la carotide, devrait être soigneusement noté dans tout cas supposé d'anévrysme vertébral; et, si la compression arrête ou diminue sensiblement les pulsations de la tumeur, je ne vois pas pour quelle raison elle ne pourrait amener la guérison si le patient peut la tolérer.

On peut raisonner ainsi les conclusions auxquelles conduit l'expérience actuelle relativement aux anévrysmes de la vertébrale :

1° Un anévrysme traumatique peut être considéré comme vertébral, quand il est situé sur le trajet de ce vaisseau et quand ses pulsations ne sont pas arrêtées par la compression de la partie inférieure de la carotide primitive.

2° Quand un anévrysme traumatique est situé comme je

viens de l'indiquer et que ses pulsations se sont arrêtées même complétement par la compression de la carotide primitive à la partie inférieure du cou, il ne doit pas être traité comme un anévrysme de la carotide ou de l'une de ses branches, à moins qu'il ne soit clairement démontré que ses pulsations sont supprimées par la compression appliquée à un niveau supérieur, au point où la vertébrale cesse d'être compressible, c'est-à-dire au-dessus du tubercule carotidien de Chassaignac.

3° Un anévrysme reconnu pour être vertébral, peut être traité par la compression (graduelle ou rapide suivant que le cas l'exige) de la racine de la vertébrale dans le cou, si la chose est faisable.

4° Si la compression indirecte n'arrête pas les pulsations ou si elle ne peut être supportée, on peut soumettre la tumeur à la compression directe et à la réfrigération auxquelles on peut ajouter des remèdes internes; à la rigueur, l'injection sous-cutanée d'ergotine pourrait être utile. Si ces moyens échouent et que la tumeur menace de s'ouvrir ou si elle s'est ouverte, le sac doit être incisé avec les précautions convenables et on essaye de lier ou de tamponner l'artère blessé.

6° Une blessure que l'on sait ou que l'on soupçonne être une blessure de l'artère vertébrale doit être traitée, soit par la compression directe, soit par la ligature du vaisseau dans la plaie.

THÉRAPEUTIQUE

SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA COLIQUE ET LA PARALYSIE SATURNINES, D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. MELSENS (1)

Par M. Jacobs.

L'intoxication par le plomb se manifeste chez les malades de nos hôpitaux, particulièrement sous forme de coliques et de paralysie des membres supérieurs.

Il résulte de mon observation, que la colique saturnine est toujours accompagnée de congestion rachidienne : la pression sur les apophyses épineuses, dénote de la sensibilité et souvent de la douleur; la malade accuse de la lassitude dans les membres inférieurs, quelquefois des tiraillements et des crampes dans les muscles. Il est certain que la moelle épinière a subi l'impression de la matière toxique, en même temps que d'autres parties du système nerveux; le poison a fait sentir son effet paralysant, et sur les muscles volontaires et sur les intestins ; ceux-ci, par leur fonction, offrent encore d'autres lésions.

Les moyens curatifs, dans cette maladie, sont dirigés contre la moelle épinière, contre les symptômes gastro-intestinaux et contre la cause de ces accidents. Les ventouses scarifiées, en plus ou moins grand nombre, répétées suivant la nécessité du cas, le long du rachis, seront la première indication ; des éméto-cathartiques et des purgatifs drastiques, l'huile de croton rempliront la seconde. Ce traitement amène une amélioration rapide ; la douleur disparaît, les vomisssements et les coliques cessent, les fonctions digestives se rétablissent et l'appétit renaît.

Le médicament dirigé contre la cause de cette maladie, est l'iodure de potassium. L'administration en est commencée après la cessation des symptômes aigus et après le relèvement des forces digestives. Le malade en prend 1 gramme par jour, par dose croissante de 1 gramme, jusqu'à 6, 8, 10, 12 ou 15 grammes, puis à doses décroissantes, jusqu'à la dose initiale. Aucune règle ne peut être établie pour la quantité d'iodure à administrer et pour la durée de la prise de ce médicament; la supposition de l'intensité de l'intoxication doit seule entrer en ligne de compte. Toutefois, mieux le malade supporte l'iodure, plus vite il est guéri, sous l'influence de ce sel, le malade récupère ses forces, l'anémie disparaît, les souffles vasculaires s'éteignent et l'albuminurie plombique s'arrête. Aucun toxique n'intervient dans le traitement.

Des ouvriers cérusiers, peintres, etc., traités dans mon service, que j'ai revus plusieurs années après leur sortie de l'hôpital, et qui avaient été pris plusieurs fois des mêmes accidents, ont été à l'abri de toute récidive et complétement guéris ; d'autres, restant soumis aux mêmes influences, ayant eu plusieurs accès, après avoir subi le traitement à l'iodure, ont eu de très longs intervalles avant de ressentir de nouvelles atteintes.

La paralysie saturnine des membres supérieurs est susceptible d'être guérie par le traitement ioduré. Nous avons par devers nous quatre cas dans lesquels nous avons obtenu une guérison complète. Les malades se sont confiés à nous peu après le début de leur mal et sont restés plusieurs mois en traitement. Dans ces cas, l'extension du poignet sur l'avant-bras n'était plus possible : il était légèrement fléchi, l'extension des doigts était abolie. L'iodure a été donné d'après la même méthode que pour la colique ; aucun autre agent thérapeutique, tel que l'électricité ou les strychnies, n'a été mis en usage.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans sa séance du 4 décembre 1876.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. Le Fort présente, de la part de M. Bardy-Delisle (de Périgueux), une observation de *rupture de l'urèthre* : un enfant, en se laissant glisser sur une rampe, se heurte le périnée contre la pomme qui la surmontait; il en résulta une rupture de l'urèthre avec infiltration urineuse et épanchement sanguin dans l'épaisseur du périnée. Le cathétérisme étant impossible, le chirurgien ponctionna la vessie avec le trocart ordinaire et laissa une sonde à demeure, et incisa le périnée. Quelques jours après, la sonde pouvait passer par le canal et le malade guérit sans accident.

M. Terrier présente, de la part de M. Poinsot (de Bordeaux) une *étude clinique sur l'ostéo-sarcome des membres* (Comm. : MM. Sée, Desprès et Terrier).

M. Tillaux offre la première partie du troisième fascicule de son *Traité d'anatomie topographique*.

M. Terrier offre le dernier fascicule paru du *Manuel de pathologie chirurgicale* de MM. Jamain et Terrier.

COMMUNICATIONS

Localisations cérébrales et trépanation. — M. Lucas-Championnière fait une communication relative aux localisations cérébrales et rappelle qu'il a publié différents travaux sur ce sujet, avant la communication récente de M. Terrillon. Les localisations cérébrales sont utiles à connaître pour guider l'opérateur dans la trépanation ; mais, dans la pratique, il est très-difficile et d'ailleurs inutile de déterminer sur le crâne un point correspondant exactement au point du cerveau qui est le centre du mouvement de la région affectée. Il suffit de savoir que tous les centres moteurs sont groupés dans un espace restreint, autour du sillon de Rolando, correspondant sur le crâne à la région antérieure du pariétal. En plaçant une couronne de trépan sur la ligne appelée par M. Broca, ligne rolandique, elle sera toujours à cheval sur le sillon. Il n'est besoin de connaître qu'un seul point de repère, qu'on trouve toujours facilement, c'est l'apophyse orbitaire externe. Ce point déterminé, on arrive, à l'aide de quelques mesures, à trouver la ligne rolandique, avec une précision suffisante pour la pratique. M. Lucas-Championnière, tenait à revendiquer la priorité pour ces travaux qui peuvent remettre en honneur la trépanation que les chirurgiens redoutaient depuis longtemps, faute d'un guide pour diriger leur main.

M. Le Dentu donne communication de deux observations, l'une

de *corps étrangers du pharynx;* l'autre de *sacro-coxalgie blennorrhagique.*

Dans la première, il s'agit d'un enfant de trois ans qui avait avalé un sou. Il n'éprouvait aucune souffrance; le cou n'était pas tuméfié, rien dans son habitude extérieure ne pouvait guider le chirurgien au point de vue du siége du corps étranger. Mais, l'enfant étant très-jeune, le peu de longueur du pharynx permit d'atteindre avec l'extrémité de l'ongle la partie la plus supérieure de la pièce, qui fut dès lors facile à extraire avec la pince de Collin. M. Le Dentu n'a pas employé de chloroforme, mais il demande à la Société si son usage ne serait pas indiqué, surtout dans les cas où le corps étranger ne pourrait être atteint avec le doigt, pour éviter la suffocation causée par cette recherche.

M. VERNEUIL cite deux cas dans lesquels il s'est servi avec succès du crochet de Graefe et de la sonde à olive. Dans un autre, l'emploi de la sonde à olive eut pour résultat de chasser dans l'estomac le corps étranger. Quant à l'anesthésie, qui est quelquefois nécessitée pour vaincre la contraction spasmodique de l'œsophage, M. Verneuil préfère l'obtenir par la chloralisation que par la chloroformisation. Il a recours alors aux lavements avec 2 grammes d'hydrate de chloral, qu'on administre d'heure en heure jusqu'à résolution complète.

M. ROCHARD a observé plusieurs fois chez des adultes des accidents causés par l'introduction dans le pharynx de fragments d'os. Il a toujours pu les pousser avec la sonde dans l'estomac. Mais la chloroformisation donne de grandes facilités, sans produire aucune suffocation, lorsqu'il s'agit de faire céder d'abord un spasme de l'œsophage, ce qui s'observe plutôt chez les femmes que chez les hommes.

M. MARJOLIN rejette l'emploi de l'anesthésie surtout pour les enfants.

M. LE DENTU pense aussi qu'il faut le réserver pour des cas exceptionnels.

La seconde observation de M. Le Dentu est relative à un cas de sacro-coxalgie semblant se rattacher à la blennorrhagie. Le malade était un jeune homme robuste qui ne présentait pas d'antécédents de scrofule ni de rhumatisme, mais dont le père avait eu un rhumatisme articulaire. Il ressentait depuis quinze jours, une douleur dans les parties reculées de la fesse droite, au voisinage de la colonne vertébrale. Lorsqu'il se tenait debout, il se tenait penché à gauche. La douleur siégeait très-exactement au niveau de l'interligne articulaire que M. Le Dentu s'attacha à déterminer avec précision. Elle n'était pas accrue par la pression en dehors de cette ligne, mais la percussion sur l'épine iliaque antéro-supérieure, l'augmentait considérablement. On la déterminait aussi par le toucher rectal en dirigeant le doigt profondément dans la direction de l'articulation sacro-iliaque. Le malade avait une blennorrhagie depuis cinq semaines lorsque la douleur commença, causée par un excès de fatigue. La position horizontale, des badigeonnages iodés, des bains et un traitement anti-blennorrhagique eurent bientôt raison de la maladie. Au bout de trois semaines, le malade se levait en boitant un peu. Qninze jours plus tard il était complétement guéri.

M. DELENS pense qu'il faut toujours rechercher la blennorrhagie dans les cas de sacro-coxalgie; mais il faut tenir compte aussi de l'ostéomalacie dont cette douleur peut être un signe.

M. TILLAUX a observé une jeune femme atteinte de sacro-coxalgie suppurée qui ne pouvait être rattaché qu'à la blennorrhagie. M. Siredey en a vu aussi un exemple.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. PROS (de la Rochelle) présente de nouveau son *appareil obstétrical* qu'il a perfectionné depuis l'année dernière. (Commiss. MM. Blot, Guéniot, Polaillon).

M. PANAS présente, en son nom et au nom de M. Tarnier, une *ceinture pelvienne à pelotes, pour le relâchement des symphyses,* fabriquée par M. Collin.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 février 1877 ont été nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MM. Combescure, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier; 32 ans de services. — Morisson, professeur à la Faculté de médecine de Lille; 25 ans de services. — Le docteur de Robert de Latour; 55 années de services médicaux. Services exceptionnels. Travaux scientifiques importants.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 février, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Distribution de médailles d'argent aux membres qui ont assisté régulièrement aux séances. — Rapport de M. Audigé sur la candidature de M. Blet. — 3° Rapport du trésorier pour 1876. — 4° Constitution médicale en janvier. Policlinique. — 5° De l'antéversion de l'utérus, par M. Berrut. — 6° Grossesse double. Avortement. Expulsion du second fœtus treize jours après le premier. Infection purulente. Délire alcoolique. Guérison, par M. Verrier.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1877. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

De l'asystolie (1).

II

Avant d'aborder l'étude des accidents qui détermine l'asystolie, il faut que je vous mette en garde contre une erreur qui s'imposerait facilement à votre esprit si vous n'étiez prévenus. Vous pourriez croire que l'insuffisance des systoles suffit à elle seule pour provoquer toute la série des troubles morbides qui constituent une attaque d'asystolie; une pareille opinion ne serait pas juste ; la contraction cardiaque peut être très-affaiblie, cet affaiblissement peut se traduire par la fréquence, l'inégalité, l'irrégularité, l'intermittence des battements, la petitesse et la faiblesse du pouls, et cependant il ne surviendra ni dyspnée très-notable, ni cyanose, ni congestions multiples, ni hydropisies. De pareils états morbides ne sont point rares, vous les observerez surtout chez les individus jeunes, qui s'alimentent convenablement ; vous en trouverez l'explication dans l'intégrité des vaisseaux, et principalement des artérioles, des capillaires et des veinules, au double point de vue anatomique et fonctionnel, et aussi dans l'absence d'une altération notable du sang. Avec un appareil circulatoire périphérique sain et un cœur malade, on peut avoir une assez bonne circulation du sang, tandis que si les petits vaisseaux sont lésés dans leur structure ou leur innervation, il suffit d'un trouble léger des contractions cardiaques pour provoquer l'asystolie. Je crois donc pouvoir vous dire que ce complexus morbide doit être considéré comme une asthénie cardio-vasculaire et non comme une simple asthénie cardiaque.

Voyons maintenant quelles sont les modifications que cet état d'asthénie cardio-vasculaire peut déterminer dans l'organisme. Toutes les fois qu'un cœur est frappé d'asystolie, il survient, par le fait même de l'insuffisance de la systole et de la difficulté que le cœur éprouve à chasser le sang, un certain nombre de modifications appréciables par l'examen direct. En premier lieu, on constate dans la majorité des cas, une faiblesse considérable des battements qui, en même temps, sont précipités. Cette précipitation est très-variable, mais habituellement, il existe une augmentation marquée du nombre des pulsations. Néanmoins, ne croyez pas que cette fréquence insolite indique un état asystolique imminent. Dans les affections cardiaques la compensation semble souvent exiger pour s'établir, un certain degré de fréquence des battements du cœur. Un individu qui, par exemple, sera affecté d'insuffisance mitrale, par le fait même de la compensation et pour que celle-ci soit complète, sera obligé d'avoir des battements au nombre de 80, 90, 92 et même 96 par minute. Je soigne actuellement, avec M. Lasègue, un malade qui présente une insuffisance mitrale avec symptômes consécutifs de congestion pulmonaire, de cyanose et de congestion hépatique à un léger degré, chez lequel les préparations de digitale n'ont jamais pu réduire le nombre des battements du cœur au-dessous de 84 ou de 88. Ce chiffre paraît absolument nécessaire pour que les lésions soient compensées.

Non-seulement les battements sont augmentés de nombre, ils sont encore irréguliers et inégaux. Ces deux derniers caractères constituent un signe d'une grande valeur quand les inégalités et les irrégularités ont un certain degré de permanence. Ces modifications dans le rhythme peuvent être observées, en effet, d'une manière passagère chez des cardiopathes dont la lésion est parfaitement composée, mais qui se livrent momentanément à un travail musculaire excessif.

Vous constaterez encore dans les cas d'asystolie que le cœur s'est laissé distendre, et vous constaterez tous les phénomènes de percussion qui accusent une hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités, c'est-à-dire une augmentation de la matité, dans le sens vertical et surtout dans le sens horizontal, principalement si le ventricule droit est affecté.

Il survient aussi des modifications notables des bruits. Le premier bruit devient sourd, puis s'efface de plus en plus et tend à disparaître tout à fait, le deuxième bruit restant net. Vous comprendrez cette disparition si vous vous souvenez que le premier bruit est déterminé par la contraction ventriculaire et le claquement des valvules auriculo-ventriculaires. Plus tard, à mesure que la maladie fait des progrès, le second bruit lui-même s'affaiblit d'une manière notable, surtout celui qui correspond au claquement des valvules aortiques, tandis que, par le fait de l'excès de pression qui existe presque constamment dans l'artère pulmonaire, on perçoit un bruit très-net au niveau de l'orifice de ce vaisseau.

Les bruits de souffle endo-cardiaque peuvent eux-mêmes éprouver des modifications. Pour qu'ils se produisent il faut, vous ai-je dit, que les contractions du cœur s'exercent avec une certaine énergie. Quand ces contractions sont affaiblies,

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 février.

comme dans l'asystolie, les souffles que l'on avait perçus précédemment peuvent disparaître complétement. A côté de cette disparition, il faut placer la survenance de bruits de souffle nouveaux. Le cœur asystolique est, en effet, le plus souvent dilaté; on conçoit que, quand la dilatation vient à porter sur le ventricule droit, il peut en résulter un élargissement de l'anneau auriculo-ventriculaire et par suite une insuffisance secondaire de la valvule tricuspide. On aura alors un souffle tricuspidien qui indiquera que le cœur se contracte d'une manière insuffisante.

Des modifications peuvent se produire dans l'état du pouls, par le fait de l'asystolie. Elles sont tout à fait l'analogue de celles que je vous ai signalées dans les battements cardiaques. Mais, ici, il se produit de plus un fait particulier sur lequel j'appelle toute votre attention, et qui consiste dans la présence d'intermittences ou mieux de fausses intermittences. Elles résultent de ce que le cœur, se contractant d'une façon très-inégale, n'envoie pas dans les artères une quantité de sang toujours la même, parfois l'ondée sanguine est si petite, qu'elle ne donne pas lieu au phénomène du pouls radial, d'où les fausses intermittences.

Vous pressentez très-bien que, quand le cœur se contracte d'une façon aussi insuffisante et que la circulation est aussi enrayée, il y a nécessairement dans tout le système veineux, des modifications considérables; on voit en effet survenir des hydropisies et des congestions dans divers organes qui résultent de ce que, par le fait de l'insuffisance des contractions cardiaques, la tension sanguine devient excessive dans les gros troncs veineux, alors qu'elle est d'une faiblesse extrême dans les artères.

Voici maintenant ce qui se passe dans les viscères. Dans l'appareil respiratoire, il survient des congestions pulmonaires notables; il se fait à travers les parois des vaisseaux une exsudation séreuse qui constitue un véritable œdème des poumons. Ces troubles sont souvent la première manifestation de l'asystolie, et M. Gendrin insiste sur ces faits avec raison.

Du côté des organes de la digestion, on constate une pléthore abdominale considérable, et une tension excessive dans les veines de l'abdomen. Chez certains malades, les fonctions digestives sont parfaitement conservées : les malades ont encore de l'appétit, la digestion se fait régulièrement. Chez d'autres, au contraire, l'inappétence est complète. Les uns ont de la constipation, les autres de la diarrhée. Enfin, il peut exister, tantôt de la tympanite, tantôt des épanchements dans la cavité abdominale.

Mais les modifications les plus importantes ont lieu surtout dans le foie, qui peut présenter une augmentation de volume considérable.

Chez quelques malades, par le fait d'une prédisposition individuelle, cet organe devient, avec une facilité extraordinaire, le siége d'une congestion sanguine vraiment énorme. Chez d'autres, au contraire, celle-ci n'existe qu'à un degré très-modéré. Enfin, dans ces conditions, il n'est pas rare de voir survenir un catarrhe des voies biliaires, d'où résulte une teinte subictérique des téguments. Mais, souvent, la coloration jaune qu'on observe en pareille circonstance tient simplement à la présence dans le sang d'une quantité anormale de matière colorante provenant de la destruction des hématies. La rate peut également être le siége de congestions sanguines, mais celles-ci sont infiniment rares, et il existe fréquemment une inégalité, pour ainsi dire choquante, entre le volume de la rate et celui du foie. Ceci vous montre que, pour qu'un organe soit atteint d'une congestion considérable, il ne suffit pas qu'il y ait un obstacle à la circulation du sang dans le cœur, mais qu'il est nécessaire que l'organe soit apte à cette congestion et même, comme c'est le cas pour la rate, qu'il ne présente pas de conditions qui s'y opposent. On a dit, en effet, que sous l'influence de troubles apportés à la circulation et à l'hématopoïèse, le sang est surchargé d'acide carbonique qui excite les éléments contractiles de la rate, d'où résulte un spasme musculaire permanent qui s'oppose à sa congestion.

Des modifications importantes surviennent également dans les fonctions de l'appareil urinaire; par suite de la diminution considérable de la tension artérielle, il se produit une diminution de la secrétion du rein qui se traduit par la rareté des urines. D'un autre côté, l'excès de tension dans les veines rénales peut amener une desquamation épithéliale très-accentuée des canalicules rénaux, une altération granulo-graisseuse des épithéliums et par suite un degré variable d'albuminurie. La détermination de la quantité d'albumine que contiennent les urines ne fournit que des indications très-secondaires pour le diagnostic et le pronostic d'une attaque d'asystolie; mais il n'en est pas de même de la détermination de la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures. Chez tous les asystoliques, l'abondance des urines diminue dans une forte proportion, c'est là une règle qui ne me paraît pas souffrir d'exception. Quand la sécrétion urinaire se rétablit dans des proportions normales ou supérieures à l'état normal, on peut s'attendre à voir cesser l'asystolie. D'autre part, l'existence d'une anurie presque complète et résistant à tous les moyens thérapeutiques doit être considérée comme d'un très-mauvais augure. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui émettent chaque jour 100 à 200 grammes d'urine et même moins, et qui boivent cependant plus d'un litre de liquide, je ne puis vous donner la raison de ce défaut d'équilibre qui n'est expliqué ni par l'augmentation de l'hydropisie, ni par une déperdition quelconque, je ne puis que vous signaler cette particularité de certains asystoliques, sauf à en chercher plus tard l'explication. Ce que je viens de vous dire suffira, je pense, pour vous faire comprendre toute l'importance de l'examen de la quantité des urines, je ne saurais trop vous engager à le pratiquer.

Les modifications qui surviennent dans le système nerveux sont remarquables. Les fonctions cérébrales sont particulièrement troublées; il existe un certain degré de dépression cérébrale caractérisée par de la torpeur intellectuelle, de l'alourdissement, une pesanteur de tête habituelle, de la somnolence, etc.; le sommeil est souvent interrompu par des cauchemars; parfois on observe une surexcitation morale considérable; les malades deviennent irritables, quelquefois même ils délirent; ils sont encore disposés aux idées tristes, à la mélancolie, et les troubles cérébraux trouvent leur explication, d'une part, dans la congestion du cerveau et de l'autre dans l'élimination insuffisante des matières excrémentitielles de l'urine.

Vers les organes génitaux, on constate chez les femmes, tantôt une suppression des règles, tantôt des ménorrhagies ou des métrorrhagies, des congestions utérines à répétition, du catarrhe utérin.

Enfin, par le fait de l'excès de tension dans les veines, on voit survenir très-fréquemment des hydropisies. Mais celles-ci ne sont pas en relation directe avec le degré de tension dont les vaisseaux peuvent être le siége, et il en est d'elles comme des congestions; il ne suffit pas pour qu'elles apparaissent qu'il y ait obstacle au cours du sang, il faut encore qu'il survienne dans les vaisseaux des modifications persistantes, qui

rendent facile cette transsudation séreuse. Il est en effet des individus chez lesquels il existe des phénomènes d'asystolie extrêmement prononcés et qui ont seulement des hydropisies très-légères, tandis que d'autres qui présentent un état asystolique peu prononcé sont pris, au contraire, d'une anasarque énorme et d'épanchements considérables dans toutes les cavités. Indépendamment des altérations vasculaires, on peut encore invoquer, pour expliquer la facilité des hydropisies, les altérations du sang. On voit encore se produire des altérations sanguines dont la cause, d'ailleurs, ne relève pas de l'asystolie, mais seulement de la maladie chronique du cœur. Elles consistent dans la diminution de l'albumine, des sels et des globules, et dans une augmentation considérable de la quantité d'eau contenue dans le sang. Quant à la fibrine, sa proportion est conservée. Comme l'étude de ces altérations sanguines ne se rapporte pas directement à notre sujet, je ne crois pas devoir y insister davantage.

Telles sont, Messieurs, les considérations pratiques que j'ai cru devoir vous présenter sur l'asystolie; pour leur donner le complément indispensable d'une leçon clinique, il me resterait à vous parler des moyens que la thérapeutique oppose à cet état morbide si important; ce sera l'objet de nos prochaines conférences, dans lesquelles je compte vous entretenir du pronostic et du traitement des maladies du cœur, considérées dans l'ensemble de leur évolution, mais principalement dans leurs phases asystoliques.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Herpès (zona) de la langue. — Glossite partielle.

Le nommé M... (Louis), âgé de trente-deux ans, carrier, né en Bretagne, demeurant à Châtillon ; entre le 4 janvier 1877, à l'hôpital Cochin, baraque n° 1. Homme vigoureux, d'une bonne santé habituelle, sans antécédent notable ; n'a jamais eu d'herpès, ni de névralgies.

Le 2 janvier, pour fêter la nouvelle année, cet homme s'est enivré ; le lendemain de cet excès, le 3 janvier au soir, en mangeant, il s'aperçut que sa langue, trop volumineuse et très-cuisante, ne pouvait plus osciller librement dans sa bouche.

Le 4 janvier matin, il vient à la consultation de l'hôpital Cochin. La bouche entr'ouverte laisse voir la langue tuméfiée et d'un rouge vif. La parole et la déglutition sont impossibles, la respiration est peu gênée.

Pas de fièvre, mais pas d'appétit, le chirurgien diagnostique sommairement une glossite, et prescrit immédiatement l'application de six sangsues dans la région sous-maxillaire, trois de chaque côté au-dessous de l'angle de la mâchoire. Le soir, le malade, très-soulagé, peut parler et avaler du bouillon.

Le 5, à la visite, le chirurgien examine la langue ; M. Desprès constate alors que la *moitié gauche de la langue est seule malade.* La rougeur vive a disparu et est remplacée par une coloration jaunâtre ; seulement, il y a sur cette partie sept ou huit points rouges au milieu desquels on voit un point jaunâtre qui est une petite vésicule. De nouveau quatre sangsues au même point que la veille.

Le 6, le malade présente une éruption très-nette d'*herpès labialis* sur la lèvre inférieure du côté droit.

Sur la langue, encore rouge et douloureuse, mais à peine tuméfiée, on voit *trois vésicules très-nettes d'herpès, localisées du côté gauche.*

Pas d'éruption sur le pharynx, qui est seulement un peu rouge, ni sur aucun point de la bouche.

Le malade parle très-bien, peut manger, mais éprouve encore de la difficulté à avaler les aliments solides. La moitié gauche de la langue est à peine plus grosse que la moitié droite, elle reprend la coloration rosée, pas de fièvre, bon appétit.

Le 7, on voit encore les traces des vésicules d'herpès, c'est-à-dire une tache rouge à la place de chaque vésicule, le malade mange facilement.

Le 8, plus rien sur la langue ; celle-ci a repris son volume normal et sa coloration habituelle. La déglutition et la parole sont tout à fait libres. Nouvelle éruption de deux ou trois vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure du côté gauche.

Le malade, d'ailleurs parfaitement guéri, sort de l'hôpital.

Cette observation, d'après M. Desprès serait un fait de zona de la langue. Les vésicules, qui occupaient une moitié de la langue qui ne se sont point ulcérées, se sont terminées par délitescence, si l'on peut ainsi dire, l'*herpès labialis* qui a paru ensuite sur les lèvres, le tout survenu après un trouble digestif, témoignent en faveur de ce jugement.

On dira sans doute qu'il n'y a pas eu de névralgie ; mais il est inutile de prouver qu'il y a du zona thoracique sans névralgie, il est reconnu, en effet, qu'il y a des zona de ce genre sans névralgie.

Le zona de la langue n'a pas été étudié jusqu'ici en dehors de l'angine et de la stomatite herpétique ; il y aurait peut-être lieu de regarder à deux fois certaines éruptions d'aphthes banalement désignées sous ce nom et qui auraient réellement le caractère du zona.

Notre observation prouve que les vésicules de l'herpès lingual est différent des aphthes vulgaires, si l'on tient compte de la coloration de la vésicule et de sa durée ; un aphthe est translucide, a une coloration blanc nacré ; une vésicule d'herpès a une coloration jaunâtre et dure trois jours. Ce sont là des éléments diagnostiques excellents. Enfin, la limitation du mal à une moitié de la langue peut être considérée comme le signe diagnostic le plus précieux.

DE LA FRACTURE DU PÉRONÉ

AVEC DÉCHIRURE DU LIGAMENT LATÉRAL INTERNE (1),

Par le docteur G. Deny, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — La déchirure du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne est une complication presque constante de la fracture du péroné par divulsion. Considérée jusqu'ici comme insignifiante, cette lésion mérite au contraire toute l'attention du chirurgien, car elle entraîne un déplacement du pied qui, s'il n'est pas corrigé, peut amener une difformité assez grande pour rendre la marche presque impossible. Le meilleur traitement des fractures du péroné, compliquées de rupture du ligament interne, consiste à placer le pied dans l'adduction forcée, au moyen de l'appareil de Dupuytren.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 février 1877. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Applications des métaux sur les parties anesthésiques. — M. Charcot a déjà signalé l'influence des applications métalliques sur les sens spéciaux. Il demande que la parole soit donnée à M. Gellé, qui a entrepris, dans son service, une série d'expériences sur les modifications apportées à l'ouïe des malades soumis à ces applications.

M. Gellé rapporte une série d'observations dans lesquelles l'application de l'or ou du cuivre, suivant les idiosyncrasies des malades, au voisinage de l'oreille qui a perdu ses fonctions auditives

(1) In-8°, prix : 1 fr 50. Paris, V. A. Delahaye et Cie.

amène le retour de ces fonctions. Mais, en même temps, l'oreille du côté opposé qui est saine, puisqu'il s'agit d'hémianesthésiques, perd une bonne partie de son acuité normale.

Localisations cérébrales. — M. ONIMUS, à l'occasion d'une communication de M. Duret, apportant de nouvelles preuves à l'appui des localisations cérébrales, dit qu'il y a de nombreuses objections à faire à l'hypothèse de ces localisations. Malgré la tendance qu'il avait, dès que cette question s'est agitée, à admettre les résultats de MM. Hilgig et Ferrier, après avoir étudié les travaux faits sur ce sujet depuis trois ans et après avoir répété plusieurs expériences, il est aujourd'hui convaincu que cette doctrine ne repose sur aucun fait physiologique incontestable. Il est probable qu'il y a dans les lobes cérébraux des régions qui ont des fonctions psychiques spéciales, c'est la doctrine ancienne de Gall; mais actuellement on tend à faire admettre que, dans ces lobes cérébraux, il y a des centres moteurs. Le mot de localisations cérébrales est même trop vague, car on peut admettre les localisations cérébrales psychiques, telles que la localisation du langage, sans être partisan des localisations cérébrales dans le sens actuel et qui indique des localisations *psycho-motrices*. C'est contre les faits physiologiques qui ont donné naissance à cette hypothèse que M. Onimus fait les objections suivantes :

Tout élément nerveux est également mis en activité par les excitants chimiques, mécaniques et électriques. Un nerf moteur détermine une contraction, et un nerf de sensibilité une impression, que l'excitation soit produite par une pression mécanique, par une cautérisation ou par un courant électrique. Or l'excitation des lobes cérébraux ne détermine absolument aucun phénomène moteur, lorsqu'on irrite mécaniquement ou chimiquement les couches corticales; on peut les brûler au fer rouge, sans déterminer le moindre mouvement. L'électricité seule, parmi tous les excitants, produit des phénomènes moteurs. Pourquoi cela? parce qu'elle ne reste pas isolée aux points d'application, comme cela a lieu pour les autres excitants, et qu'elle pénètre plus profondément.

Les courants électriques ne se transmettent pas par les nerfs, comme on le voit souvent, mais par les liquides organiques; ceux-ci sont toujours physiquement meilleurs conducteurs que les nerfs. La diffusion des courants, lorsqu'on les applique sur une région cérébrale, ne se fait donc pas régulièrement en tous sens, elle se fait surtout en profondeur, parce qu'elle suit les vaisseaux. C'est pour cette raison que c'est près du sillon de Rolando, où les vaisseaux se trouvent en grand nombre et communiquent directement avec les vaisseaux du corps strié, que l'on trouve les prétendus centres psycho-moteurs. D'ailleurs, en enlevant chez des animaux les lobes cérébraux complétement et en les remplaçant par une masse sanguine, M. Onimus a constaté qu'en électrisant cette masse sanguine, on obtenait les mêmes effets qu'en électrisant les lobes cérébraux. Si l'on porte les électrodes superficiellement à la partie antérieure de la masse sanguine, on obtient des mouvements des paupières; plus profondément et plus en arrière on détermine des mouvements dans les membres. Il ne peut être ici question de centres moteurs, et cette expérience prouve bien que les courants portés sur les couches corticales pénètrent plus profondément.

Les courants électriques, en agissant d'une façon générale sur des éléments nerveux, n'existent pas d'une façon égale sur tous les nerfs, les uns sont excités et mis en activité, alors que d'autres ne paraissent pas agir, où ne manifestent leurs fonctions qu'avec un courant plus fort; il y a là une action élective. C'est ainsi que de tous les nerfs ce sont ceux des yeux qui sont le plus facilement impressionnés, puis ceux de la face; et enfin quelques nerfs des membres, principalement ceux dont les fonctions sont le plus souvent mises en jeu. Ainsi, lorsqu'on électrise les lobes cérébraux, les mouvements les plus faciles à déterminer sont ceux des yeux, et l'on obtient même ces mouvements, alors qu'on porte les rhéophores sur les régions que l'on suppose être les centres des mouvements des membres. Ces phénomènes semblent bien indiquer que les résultats obtenus dépendent d'une excitation générale et non d'une action spéciale et locale. On peut se faire une idée de la diffusion et de l'action élective des courants électriques, lorsqu'on songe que, chez l'homme, il suffit d'un courant excessivement faible, porté sur le cou, pour amener, à travers l'épiderme, les tissus et les os, l'excitation du nerf optique. Il n'y a, dans ce cas, ni sensation à la peau, ni contraction, et cependant le courant pénètre à travers une masse considérable, pour aller exciter au loin le nerf optique.

Chez les animaux inférieurs, la destruction des lobes cérébraux, n'amène aucun trouble dans la motricité, mais, même chez les animaux supérieurs, les troubles ainsi déterminés sont bien différents de ceux qu'on obtient en lésant les autres régions encéphaliques. Une simple piqûre ou la présence du plus petit corps étranger suffisent pour amener des modifications considérables dans les phénomènes moteurs, tandis que, chez les chiens, des lésions assez étendues n'amènent qu'un affaiblissement passager.

Il y a plus, d'après l'ensemble des expériences faites sur les couches corticales il résulte ce fait curieux et évidemment contradictoire, que la destruction de régions corticales, *dont l'excitation électrique déterminait la contraction des muscles fléchisseurs, amène non pas la paralysie de ces muscles, mais bien celle des muscles extenseurs.* Ainsi, les mouvements que l'on obtient dans les membres antérieurs, en électrisant certains points des lobes cérébraux, sont surtout des mouvements de flexion et d'adduction, et si l'on vient à enlever avec une curette ces points, ou l'animal ne présente aucun symptôme, ou bien il a, pendant deux à quatre jours, une parésie des muscles extenseurs. Cette parésie passagère n'est ici que la conséquence de l'ébranlement des centres nerveux, car c'est presque une loi générale que tout affaiblissement momentané, et non localisé, se traduit avant tout par une parésie des muscles extenseurs de l'avant-bras.

De même, toute excitation qui agit sur l'ensemble des centres nerveux ou d'un plexus détermine des mouvements de flexion et d'adduction; cela est également exact pour les faits cliniques.

En résumé, il est erroné de dire que l'excitation des lobes cérébraux amène *fonctionnellement* des phénomènes moteurs, car tous les excitants, excepté les courants électriques, ne produisent aucun de ces résultats. Les courants électriques ne font exception que parce qu'ils pénètrent plus profondément, au moyen de la conductibilité des liquides, et ils produisent les mêmes effets lorsque les lobes cérébraux sont remplacés par une masse amorphe conductrice de l'électricité. De plus, les paralysies passagères, consécutives à la destruction des couches corticales, ne correspondent point aux groupes musculaires qui étaient mis en contraction par l'excitation de ces régions. Le seul fait que démontrent les expériences sur lesquelles on s'est appuyé, pour admettre des centres psycho-moteurs, est que les excitations portées dans le voisinage du sillon de Rolando agissent plus énergiquement sur les noyaux inférieurs, que lorsque ces mêmes excitations sont portées sur les autres régions du cerveau.

M. DURET dit que, pour arriver à la démonstration des localisations cérébrales, il y a trois sortes d'expérimentations : 1° l'électrisation; 2° les faits d'abstraction des parties dont on veut connaître les propriétés fonctionnelles; 3° enfin les faits de clinique chirurgicale. Les faits d'électrisation sont extrêmement difficiles à interpréter à cause de la diffusion de l'électricité; il y a, en effet, des régions qui ne répondent pas à l'excitation électrique; or M. Duret demande qu'on lui donne une explication physiologique de ce fait. Il ne croit pas, comme M. Onimus, que la conduction des vaisseaux suffise pour expliquer certains phénomènes observés par les faits d'électrisation. Les faits d'abstraction, au contraire, donnent aujourd'hui des faits positifs, des résultats parfaitement nets et indiscutables.

M. ONIMUS déclare n'avoir jamais pu obtenir une paralysie permanente par l'abstraction seule d'une partie du cerveau chez les animaux.

M. CHARCOT fait observer que certains faits pathologiques aujourd'hui bien étudiés et déjà très-nombreux plaident également en faveur des localisations, et qu'il ne peut être opposé à ces faits observés chez l'homme des expériences entreprises chez les animaux.

M. LABORDE, aux trois méthodes signalées par M. Duret comme propres à étudier les faits de localisation cérébrale, demande qu'il en soit ajoutée une quatrième, qu'il a cherchée à introduire dans l'expérimentation physiologique; il veut parler de celle qui consiste

à produire artificiellement, dans le cerveau des chiens, des hémorrhagies absolument semblables à celles qu'on observe chez l'homme. Il rappelle qu'il a communiqué à la Société les résultats de ces expériences, et qu'il a obtenu par ce procédé des phénomènes identiques à ceux qu'on observe chez l'homme dans les cas d'hémorrhagies cérébrales. Ces faits démontrent qu'il y a dans le cerveau des chiens des points limités dont l'excitation produit des phénomènes parfaitement localisés.

M. LÉPINE fait observer que la méthode de M. Laborde constitue un grand progrès dans l'expérimentation physiologique, et qu'elle est de beaucoup préférable à celle de Goltz qui, à travers une petite ouverture faite à la paroi crânienne, introduit de l'eau à haute pression et détruit ainsi, en les comprimant, certaines parties du cerveau.

Hémorrhagies du cervelet. — M. DUMONTPALLIER présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies sur une malade qui a succombé dans son service. Voici le fait : une femme de cinquante-cinq ans, à la suite d'une chute, est restée sans mouvements et a été transportée à l'hôpital Saint-Antoine. Aucun renseignement ne put être obtenu sur les antécédents de cette femme. On constatait chez elle la perte de la parole, de la sensibilité et de la motilité. A l'auscultation, on entendait dans le poumon du côté droit des râles de pneumonie, si bien que M. Dumontpallier se demanda s'il ne s'agissait pas là d'une de ces formes de pneumonies qui s'accompagnent d'accidents cérébraux.

A l'autopsie, on trouva un foyer hémorrhagique énorme dans le lobe droit du cervelet, hémorrhagie parfaitement limitée et n'atteignant ni le quatrième ventricule, ni le bulbe. Les artères étaient athéromateuses. On trouva également des foyers hémorrhagiques secondaires dans le poumon, du côté droit, dans le foie, dans les reins et dans la cavité utérine elle-même. Le cœur ne présentait aucune altération.

Disposition normale des lymphatiques dans le poumon. — M. GRANCHER a étudié la disposition des lymphatiques dans le poumon des enfants, et ses recherches l'ont conduit à une conception de la disposition générale des lymphatiques pulmonaires qui lui paraît plus exacte que celle qui résulte de la lecture des auteurs.

Le poumon peut être considéré, d'une façon générale, comme composé de deux grands systèmes : le système aérien et le système vasculaire. Chacun de ces systèmes a son groupe de lymphatiques. Dans le premier, les lymphatiques forment une gaîne générale commune, qui enveloppe tout le système aérien comme dans un lacs lymphatique ; de cette gaîne partent des réseaux qui engaînent, à leur tour, chaque infundibulum. Chaque infundibulum est donc revêtu d'une gaîne lymphatique discontinue.

Il en est de même des alvéoles. En raison de cette disposition spéciale, M. Grancher propose de diviser les vaisseaux lymphatiques pulmonaires en vaisseaux péri-lobulaires, péri-infundibulaires et péri-alvéolaires.

Quant aux lymphatiques vasculaires, il en est à peu près de même. Il est facile, en effet, de voir sur des dessins que M. Grancher fait passer sous les yeux des membres de la Société, que les artères sont entourées, dans tous les points de leur étendue, de lacunes lymphatiques, formant une gaîne discontinue. Des gaînes analogues entourent les capillaires des alvéoles ; mais M. Grancher n'a pas vu que ces gaînes se produisissent jusque dans la paroi de l'alvéole. Il existe donc autour des vaisseaux des gaînes lymphatiques discontinues, larges et parfaitement développées; mais il semble qu'il n'existe rien de semblable sur les parois des alvéoles.

Il résulte également des recherches de M. Grancher, que le point maximum de la richesse des lymphatiques est sous la plèvre. En résumé, il semble que la disposition des lymphatiques dans le poumon soit guidée, dictée, pour ainsi dire, par la disposition anatomique elle-même du poumon.

M. CORNIL, à l'occasion de cette communication, fait remarquer combien les lymphatiques pulmonaires deviennent énormes dans certains cas d'altération de l'organe respiratoire, puisqu'il y en a qui mesurent jusqu'à 1 et même 2 millimètres de diamètre.

De l'influence de l'oxygène en tension sur les oxydations. — M. PAUL BERT a entrepris une série d'expériences sur l'influence des hautes tensions sur les oxydations. Il modifie la tension de l'oxygène que respirent des animaux placés sous les cloches à expériences et constate que si cette tension baisse, l'oxydation diminue ; que si elle augmente et dépasse un certain degré, l'oxydation diminue encore. Il était donc intéressant de chercher quel est le degré de tension qui donne lieu à l'oxydation maximum et si ce phénomène est favorable ou nuisible aux animaux en expérience. La question était difficile à résoudre, et M. Bert a dû l'attaquer par plusieurs côtés.

Aucune des expériences qui avaient été faites jusqu'ici n'était capable d'entraîner la conviction. Il s'est soumis lui-même à une compression assez forte, et, l'air expiré étant analysé avant et après l'expérience, il a pu constater une augmentation notable de l'acide carbonique dans cet air expiré pendant l'expérience. Il a placé dans des appareils à air comprimé des rats, des oiseaux, et a constaté les mêmes résultats. Voici comment il procède : l'animal est placé dans une cloche remplie d'air normal, cet air est chargé d'oxygène; jusqu'à un certain niveau; dans ces conditions la quantité d'oxygène absorbé et la quantité d'acide carbonique exhalé augmentent. Mais dans l'air contenant 50 pour 100 d'oxygène, il y a plus d'oxydations que dans l'air contenant 80 pour 100 d'oxygène. C'est dans celui qui contient de 40 à 60 pour 100 d'oxygène que l'on constate le maximum des combustions.

M. Bert a cherché à mesurer l'urée rendue dans ces conditions, mais il y a là de nouvelles difficultés; en effet, une plus grande oxydation entraîne forcément une nutrition plus forte, et dès lors l'urée doit augmenter. Cependant M. Bert, s'étant soumis pendant huit jours à une nourriture absolument réglée, à un genre de vie absolument régulier et s'étant soumis chaque jour à une pression de 0,50 à 0,60 centimètres de mercure, a pu constater une augmentation notable de l'urée. L'urée augmente donc avec les oxydations.

M. Bert a pratiqué les mêmes expériences, non plus sur des animaux, mais sur des matières organisées; il a pris des morceaux de viande et les a placés dans de petites cloches à air comprimé; il a constaté que c'est de même aux environs de 40 à 50 pour 100 d'oxygène que se fait le maximum de combustion.

En résumé, c'est donc dans l'air contenant 40 à 50 pour 100 d'oxygène, ou, autrement dit, dans lequel la tension de l'oxygène égale deux à trois atmosphères que se fait le maximum des combustions. Or est-ce là une condition favorable ou nuisible à l'animal soumis à l'expérience pendant un certain temps prolongé ? Chaque fois que M. Bert a pu constater une différence dans l'état de l'animal, il a vu que cette différence lui était fatale. S'il est utile donc, au point de vue thérapeutique, d'avoir recours dans certains cas à l'augmentation ou à la diminution des oxydations, il faut savoir qu'en poursuivant l'effet, on arrive à un résultat fâcheux; et ceci semble confirmer les recherches de Bertillon et de Jourdanet qui ont constaté que l'habitation des hautes montagnes, si utile, si bienfaisante pour ceux qui n'y passent que quelques semaines chaque année, est funeste à ceux qui y résident d'une façon permanente. On sait, en effet, que les montagnards, en général, vivent moins longtemps que les habitants de la plaine. Chaque fois donc que l'on change les conditions du milieu avec lesquelles les êtres organisés ont été faits pour être harmonisés, on exerce sur ces êtres une influence fâcheuse, si bien qu'on peut dire avec le docteur Pangloss que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes.

De la phthisie des singes. — M. ROCHEFONTAINE a pratiqué l'autopsie de neuf singes morts au Jardin d'Acclimatation et n'a trouvé que des lésions de bronchite généralisée, mais aucune trace de tuberculose; l'un d'eux avait une pneumonie, franche, probablement caséeuse. Il semble donc que les singes ne meurent pas phthisiques à Paris.

M. BERT fait observer, à cette occasion, qu'il a cependant remarqué depuis longtemps que tous les gardiens des singes au Jardin des Plantes meurent phthisiques. Est-ce là le fait de contagion ou d'une simple coïncidence bizarre !

M. DUMONTPALLIER fait remarquer que, depuis les travaux modernes, il est admis qu'il n'y a pas de pneumonie caséeuse sans tubercules.

M. CHAUVEAU dit que la question est très-peu et très-mal étudiée. Les chats, par exemple, meurent d'une phthisie vermineuse très-commune dans leur espèce. Peut-être trouverait-on quelque chose d'analogue chez les singes.

M. KRISHABER a ausculté un singe chez lequel il avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire; à l'autopsie, on ne trouva qu'une bronchite généralisée; le fait vient donc à l'appui de ceux de M. Bochefontaine.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

De l'urée. — M. BROUARDEL fait connaître un certain nombre d'observations cliniques et une série d'expériences physiologiques qui tendent à démontrer que l'augmentation de la quantite d'urée dans les urines dépend non pas, comme l'admettent la plupart des auteurs, d'une élévation de la température, mais bien d'une accélération inflammatoire de la circulation de la glande hépatique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. FÉRÉOL, à l'occasion du procès-verbal, cite le passage de son travail où il parle de la malade à laquelle a fait allusion M. Peter et qui a eu de nombreuses et abondantes épistaxis. Il exprime de nouveau le regret que M. Peter n'ait pas emprunté directement cet exemple à M. Féréol et ait dit l'avoir appris de son interne, alors qu'il était publié tout au long dans le travail de M. Féréol.

M. PETER a seulement voulu constater ce fait, que les épistaxis, chez cette femme, étaient toujours plus abondantes après le bain froid. Il reconnaît que ce fait lui avait échappé dans le travail de M. Féréol.

M. Peter continue ensuite l'argumentation qu'il a commencée dans les précédentes séances.

Il ne nie pas que les bains froids, entre les mains d'hommes prudents et expérimentés, ne peuvent donner de très-bons résultats dans le traitement de certaines affections, et en particulier du rhumatisme cérébral. Il a voulu seulement établir une balance équitable entre les bienfaits possibles de cette méthode et les méfaits certains auxquels elle a donné lieu. Mais à côté des accidents, on pourrait dire des catastrophes imputables à la méthode de Brand, il est un fait sur lequel insiste particulièrement M. Peter, c'est que cette méthode repose sur une doctrine théorique absolument erronée. M. Peter nie, en effet, que l'hyperthermie soit, comme le pense M. Brand, la cause de tous les accidents graves que lui attribue ce médecin. Il rappelle, à cette occasion, un travail publié dans les *Archives*, en 1873, par M. Vallin, travail qui avait pour but la description du *typhus ambulatorius*, maladie dans laquelle, nonobstant la bénignité apparente des symptômes observés, l'absence complète d'élévation de la température, quelques malades succombent rapidement et présentent, à l'autopsie, toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Il est donc impossible d'admettre que ce soit l'hyperthermie qui détermine les lésions graves de la fièvre typhoïde et que, par suite, l'hypothermie puisse prévenir ou faire disparaître ces lésions et les troubles qui en sont la conséquence. M. Peter cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir: ainsi M. Dieulafoy a eu l'occasion d'observer un malade qui a succombé après avoir présenté tous les phénomènes les plus graves de la fièvre typhoïde, et dont cependant la température n'a jamais dépassé 40 degrés centigrades. En résumé, c'est l'état grave qui fait l'hyperthermie et non l'hyperthermie qui fait l'état grave.

Il ne faudrait pas déduire de ce qui précède que M. Peter nie les succès éclatants obtenus à l'aide des bains froids dans le traitement d'autres maladies, en particulier du rhumatisme cérébral. Ces succès, d'ailleurs, s'expliquent aisément si l'on songe que, dans le rhumatisme cérébral, le malade n'est atteint que dans son cerveau et est sain dans toutes les autres parties de son corps. En pareil cas, le choc produit par le bain froid équivaut à une révulsion puissante, à la suite de laquelle la cervelle, qui est seule malade, se déprend et tout rentre dans l'ordre normal. Mais pourra-t-on comparer à ce malade, dont le cerveau seul est atteint, un typhoïdique qui est lésé dans ses plaques de Peyer, dans sa rate, dans son foie, dans son système nerveux, dans son organisme tout entier en un mot! La secousse que vous apportez par la réfrigération dans cet organisme ainsi ébranlé est certes bien capable d'amener les catastrophes les plus redoutables et la mort elle-même. Cela est si vrai, que les lotions froides peuvent également être suivies, pour la même raison, d'accidents redoutables. Il ne faut donc pas conclure des succès légitimement obtenus par les bains froids dans le rhumatisme cérébral que cette même médication doive réussir dans la fièvre typhoïde. Ce sont là, en effet, deux états morbides absolument différents et qui appellent des médications toutes différentes.

M. Peter d'admet pas davantage l'emploi systématique des bains tièdes; il repousse *à priori* toute médication systématique dans le traitement de la fièvre typhoïde; il faut, suivant lui, saisir les indications, et celles-ci peuvent être très-variables, suivant les cas.

A l'appui de la thèse qu'il soutient, M. Peter rapporte quelques-unes des opinions qui ont été émises au sein de la Société médicale de Lyon, où se trouvent à la fois les plus ardents défenseurs de la méthode de Brand et ses adversaires les plus passionnés, et il cite de nouveaux exemples de complications pulmonaires ou autres survenues à la suite de l'emploi des bains froids, et qui, dans plusieurs cas, ont emporté les malades.

Mais, ajoute-t-il, si suivant la théorie de Brand, la médication doit consister uniquement dans la réfrigération, peu importe le moyen employé pour obtenir cette réfrigération; et l'on devra voir dès lors quelque partisan de cette méthode remplacer le bain froid, d'une administration si difficile, par un moyen beaucoup plus simple, l'emploi des courants d'air, par exemple. C'est en effet ce qui eut lieu, et voici le fait dont fut témoin un professeur de la Faculté appelé en consultation : un malade, atteint de fièvre typhoïde, était traité par un médecin partisan de la méthode de Brand ou, pour mieux dire, de la réfrigération ; comme l'état de ce malade allait s'empirant, on appelle un médecin de Paris, professeur à la Faculté; celui-ci trouve le malade dans une chambre dont toutes les fenêtres étaient largement ouvertes et dont la température ne dépassait pas 9 degrés. Sur l'avis de ce médecin consultant, on ferme les fenêtres, on rallume du feu, mais on ne put ranimer la vie du jeune malade qui succomba à la double pneumonie, dont il était atteint déjà depuis plusieurs jours.

M. Peter compare ensuite les résultats obtenus par les partisans de la méthode de Brand avec ceux obtenus par les partisans des méthodes habituelles. Passant en revue les dernières statistiques qui ont été publiées, il fait tout d'abord observer, relativement à celle de Brand, que ce médecin accuse, à l'hôpital, une mortalité de 12 pour 100 sur les malades traités par sa méthode et déclare n'avoir pas eu, en ville, un seul cas de mort sur 227 malades! M. Peter demande à ses collègues le cas que l'on doit faire d'une semblable statistique émanant d'un homme qui, à l'hôpital, c'est-à-dire dans un endroit public où le contrôle est possible, accuse une mortalité de 12 pour 100 et, en ville, dans sa clientèle privée, c'est-à-dire dans des circonstances où tout contrôle est absolument impossible déclare n'avoir pas eu un seul décès sur 227 malades.

Un semblable procédé, ajoute M. Peter, appelle sur vos lèvres, comme sur les miennes, un mot que la politesse seule m'empêche de prononcer. Aussi, laisse-t-il de côté la statistique de M. Brand, et, passant à des choses sérieuses et à des noms honorables, il compare entre eux les résultats obtenus par MM. Féréol et Raynaud et ceux obtenus par MM. Desnos, Mesnet et par lui-même, tous médecins des hôpitaux, opérant conséquemment dans des milieux analogues et parfaitement comparables. M. Féréol, à la maison de Santé, sur 83 malades, compte 13 décès; soit, 15,66 pour 100. M. Raynaud, à la Salpêtrière, sur 57 malades, compte 8 décès ; soit 14,56 pour 100. Voilà pour les partisans de la médication par les bains froids. Voici maintenant les résultats obtenus par les partisans des

moyens classiques : M. Desnos, à la Pitié, sur 37 malades, compte 5 décès; soit, 13,51 pour 100. M. Mesnet, à Saint-Antoine, sur 65 malades, compte 9 décès ; soit, 14 pour 100. Enfin, M. Peter dans le même hôpital, sur 73 malades, compte 10 décès; soit, 13,66 pour 100.

En supposant que ces résultats fussent les mêmes de part et d'autre, M. Peter ne comprendrait pas qu'on préférât une méthode aussi cruelle, d'un emploi aussi difficile, à la méthode habituelle. Mais il y a d'autant moins de raison d'accorder la préférence à la méthode de Brand, que les résultats atteints par ses partisans sont sensiblement inférieurs à ceux obtenus par ses adversaires.

M. Peter terminera cette communication dans une prochaine séance.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 8 février 1877, il a été déclaré 944 décès, soit 26.5 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 4. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 38. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 89. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Angine couenneuse, 18. — Croup, 27. — Dysenterie, 1. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 250. — Affections chroniques, 405, dont 166 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 38. — Causes accidentelles, 25.

— LONDRES (3,533,484 hab.). — Décès du 28 janvier au 3 février 1877, 1,528, soit 22.5 par 1,000 hab. et pour l'année.

Coqueluche, 41. — Scarlatine, 23. — Variole, 103.

— NEW-YORK (1,067,558 hab.). — Décès du 31 décembre 1876 au 6 janvier 1877, 476 décès, soit 23.1 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 17. — Scarlatine, 33.

— BERLIN (994,343 hab.) — Décès du 21 au 27 janvier 1877, 419, soit 21.9 par 1,000 hab. et pour l'année.

Scarlatine, 10. — Diphthérie, 13.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 21 au 27 janvier 1877, 377, soit 27.4 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 14.

— MUNICH (209,000 hab.). — Décès du 11 au 27 janvier 1877, 126, soit 31.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Diphthérie, 5.

BUDA-PESTH (300,000 hab.). — Décès du 21 au 27 janvier, 1877, 242, soit 39.9 par hab. et pour l'année.

Variole, 4. — Croup, 4. — Angine couenneuse, 7.

— DRESDE (202,295 hab.). — Décès du 21 au 27 janvier, 78, soit 20.0 par 1,000 hab. et pour l'année.

Scarlatine, 4.

— BRUXELLES (188,609 hab.). — Décès du 21 au 27 janvier 1877, 78, soit 21.5 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 4.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteurs aura lieu en 1877. Seront admis à concourir MM. les aides d'anatomie. L'un des prosecteurs nommés sera appelé à l'activité le 15 mars 1878, et son temps d'exercice se terminera le 15 mai 1881; l'autre sera appelé à l'activité le 1er novembre 1877, son temps d'exercice expirera le 15 mai 1880.

Un concours pour deux places d'aide d'anatomie aura lieu en 1877. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. L'un des aides d'anatomie nommés sera appelé à l'activité le 1er mars 1878, et son temps d'exercice se terminera le 15 mars 1881; l'autre sera appelé à l'activité le 1er novembre 1877; son temps d'exercice expirera le 15 mai 1880.

Les dates de l'ouverture de ces concours seront ultérieurement fixées et annoncées. Le registre d'insciption sera ouvert au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements) tous les jours de dix à quatre heures, jusqu'au 25 février 1877.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*. Philadelphie, 1876, première médaille.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

MÉDAILLE DE BRONZE, PARIS (1875).

Vin Pacotte au Quinquina,

AU CAFÉ ET A L'ÉCORCE D'ORANGES AMÈRES. — Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et très-agréable à prendre. Préparé au vin de MALAGA, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*. Il se recommande donc à l'attention des médecins.

Vente en gros : PACOTTE, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain). — Pharmacie centrale de France, rue de Jouy, 7, Paris. — Se trouve dans les bonnes pharmacies.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Laroche

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

N° 19. — JEUDI 15 FÉVRIER 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 15 FÉVRIER 1877. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauffard est un écrivain de grand mérite ; son éloge de Kergaradec, que nous reproduisons plus loin, est un véritable petit chef-d'œuvre.

Nous reproduisons également la note que M. Panas est venu lire à l'appui de sa candidature et les conclusions du nouveau mémoire de M. Jules Guérin.

Somme toute, séance bien remplie pour une séance de mardi gras ; mais qui ne demande pas de commentaires, car pour les faits d'anatomie, soit normale, soit pathologique, on a besoin de démonstrations, de constatations, non de discussion.

Il ne nous reste à signaler qu'une élection, celle de M. Luys dans la section d'anatomie et physiologie, et un nouveau vide qui s'est produit dans les rangs de l'Académie par la mort de M. Vernois, membre de la section d'hygiène. Mardi prochain, M. Delpech, membre de la même section, doit prononcer l'éloge de ce collègue très-aimable et très-regretté.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Épulis myxo-sarcomateux d'origine périostogène.

Je veux appeler votre attention aujourd'hui sur une malade couchée au n° 12 de notre salle des femmes, qui est atteinte d'une affection dont le diagnostic est facile, mais à propos duquel on se contente souvent de se payer de mots. C'est une jeune femme de vingt-quatre ans, un peu pâle, sensible, délicate, nerveuse qui, il y a environ un an, a accouché d'une fille parfaitement bien portante d'ailleurs. Elle raconte que pendant son accouchement, ayant serré les dents sous l'influence d'une douleur, elle s'est faite mal au bord alvéolaire et que consécutivement à cette sorte d'effort elle a vu apparaître une petite grosseur qu'elle présente encore aujourd'hui et pour laquelle elle est entrée à l'hôpital. Il existe en effet sur le bord alvéolaire de l'arcade dentaire supérieure, entre les deux incisives médianes, une petite tumeur d'une forme assez irrégulière, bosselée, d'une coloration blanchâtre à sa partie antérieure et évidemment due à des cautérisations, d'ailleurs inopportunément et inutilement faites. Cette tumeur fait saillie à la partie antérieure, sous la lèvre, et s'étend presque jusqu'au sillon gingivo-labial : elle a un volume de 15 à 18 millimètres. En arrière elle empiète également un peu sur la face postérieure du bord alvéolaire. Mais, je vous le répète, cette petite grosseur est arrondie, bosselée : caractères importants, car c'est à l'aide de ces signes qu'au premier abord, on peut faire le diagnostic immédiat entre la nature de cette tumeur et les épithéliomas. Ces derniers, en effet, ont en général un aspect efflorescent, de choux-fleurs qui n'existent pas du tout ici. Enfin, il convient de vous faire remarquer que cette femme n'a encore que vingt-quatre ans, que cette grosseur n'a pas altéré son état général, et que celle-ci a suivi une marche assez rapide puis qu'elle remonte à un an à peine, et qu'enfin elle n'a donné lieu à aucune espèce de retentissement ganglionnaire, d'aucun côté.

Eh bien, en général, les élèves se contentent d'appeler ces tumeurs des épulis et se figurent avoir fait un diagnostic, quand ils ont prononcé ce mot. Or, il faut savoir qu'un épulis ne veut absolument rien dire que ceci : sur la gencive, tumeur de la gencive. C'est un de ces vieux mots de la langue médicale qui remontent aux premiers temps de la médecine, à Galien lui-même, et qu'on opposait au terme parulis : à côté de la gencive. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'un mot de siége, si je puis m'exprimer de la sorte, et vous avouerez qu'il n'est pas besoin d'être chirurgien ou médecin pour dire d'une tumeur semblable, que c'est un épulis.

Par cette dénomination, on ne fait donc que donner une indication de siége et il est évident qu'il faut ajouter encore épulis d'un certain genre, d'une certaine nature, constituée par tel ou tel tissu. C'est là seulement que le diagnostic commence.

Qu'est-ce donc alors que la tumeur que nous avons sous les yeux? De quoi est-elle composée? Par quels éléments est-elle formée?

Ici, il ne peut pas avoir lieu à la moindre hésitation. La tumeur est un myxome, ou plutôt un myxosarcome. Je n'ai, il est vrai, aucune raison symptomatique, séméiologique qui permette de reconnaître la nature myxomateuse de cette épulis, mais je dis que cela est, tout simplement, par la raison que l'anatomie pathologique nous apprend que ces sortes de tumeurs sont ordinairement ainsi constituées. De plus c'est un sarcome et un sarcome d'une certaine espèce, parce que la tumeur est ferme, un peu bosselée ; parce qu'elle s'est développée avec une certaine rapidité et qu'elle est d'origine périostogène ; parce qu'elle n'a pas envahi l'os lui-même ni même

la profondeur du périoste et qu'elle n'est pas ulcérée, ni ne paraît très-vasculaire, parce qu'enfin il n'y a aucun retentissement sur les ganglions voisins. Mais il faut savoir qu'on appelle encore épulis des tumeurs d'un tout autre genre que celle dont il est question ici. Telles sont celles dont vous avez pu lire la description dans certains ouvrages un peu anciens sous le nom de tumeurs à myéloplaxes. Comme les précédentes, celles-ci sont des sarcomes, mais d'origine osseuse, médullaire. Ces épulis de la nature à myéloplaxes qui ont été décrites par plusieurs auteurs et particulièrement par Eug. Nélaton, ont en effet leur point de départ dans l'os lui-même; puis, ainsi nées, elles traversent le périoste, soulèvent la gencive et viennent faire saillie au dehors du bord alvéolaire, absolument comme la variété dont cette femme nous offre un exemple.

Je veux en arriver à ma conclusion qui consiste à vous dire ceci : ne prenez pas un mot pour une chose, et ne croyez pas avoir fait un diagnostic parce que vous aurez prononcé cette épithète banale d'épulis. Et alors même que vous aurez ajouté, comme c'est ici le cas, épulis sarcomateux, vous n'auriez pas encore assez dit. Il est d'autres tumeurs qui peuvent en effet en imposer pour des tumeurs sarcomateuses du bord alvéolaire,et pour ne parler que de l'une d'elles, je vous citerai cette nouvelle variété de tumeur du maxillaire supérieur sur laquelle un interne très-distingué de M. le professeur Verneuil vient tout récemment d'appeler l'attention du chirurgien, sous le nom d'*épithélioma* térébrant de la mâchoire supérieure. Cette tumeur qui, d'après M. Reclus, aurait pour point de départ les éléments glandulaires du follicule dentaire lui-même, bien qu'elle s'enfonce très-profondément dans le maxillaire, ne s'en présente pas moins comme une tumeur de la gencive. Certains abcès, certaines tumeurs inflammatoires sont encore dans le même cas.

Revenons maintenant à notre jeune malade, et reprenons le diagnostic au point où nous l'avons laissé. Je vous ai dit qu'il s'agissait chez elle d'un sarcome, et d'un sarcome périostogène. La preuve de ce que j'avance, c'est que la tumeur ne tient pas à l'os et qu'elle est mobilisable sur ce dernier. Or, nous savons que les tumeurs périostogènes du genre de celle que nous avons sous les yeux, se comportent toujours de cette manière; que de plus, comme la nôtre encore, en soulevant la gencive dans une étendue plus ou moins considérable, elles semblent adhérer à l'os lui-même, mais qu'il n'en est rien et qu'au contraire le point d'implantation est toujours beaucoup moins considérable qu'il ne le paraît.

J'ai encore dit myxome ou myxo-sarcome, parce que l'anatomie pathologique nous apprend que ces petites tumeurs présentent en général dans leur épaisseur de véritables îlots de substances hyaline, grise, qui ressemblent volontiers aux granulations grises qu'on rencontre parfois dans certains parenchymes et qui ne sont autres que des îlots de substance myxomateuse. Je vous rappellerai enfin que les myxomes et les sarcomes ont tous deux la même origine et que les uns et les autres sont des tumeurs du tissu connectif jeune. On comprend très-bien, dès lors, comment ces myxo-sarcomes périostiques, constitués par des tissus myxomateux, se développent de préférence chez les individus peu avancés en âge. Pour ma part, j'en ai opérés sept ou huit et je ne me rappelle pas les avoir jamais rencontrés au delà de trente-quatre ou trente-cinq ans. Ceci est d'ailleurs parfaitement d'accord avec ce que l'on sait aujourd'hui de l'étiologie de ces tumeurs.

J'ai lu dans certains auteurs classiques, excellents d'ailleurs, que ces tumeurs se développaient plus fréquemment à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure. Or, toutes celles que j'ai opérées appartenaient au maxillaire supérieur. J'imagine alors que cette assertion est une reproduction empruntée à des descriptions anciennes plutôt qu'à une observation personnelle. Enfin je les ai toujours vues affecter la ligne médiane ou ne s'en éloigner que très-peu.

Ces petites tumeurs sont gênantes, elles défigurent les malades, elles constituent une gêne de la mastication. De là la nécessité de les faire disparaître. Par bonheur, il est assez facile de les guérir. Il faut se rappeler seulement que ces sarcomes sont des tumeurs très-nettement circonscrites, localisées et que par conséquent, si l'on peut atteindre leur surface d'implantation, et mieux en dépasser un peu les limites, on est assuré de la guérison. De plus, il est très-important d'enlever la partie du périoste sur laquelle la tumeur est née, le plus tôt possible parce qu'avec le temps, on pourrait voir celle-ci subir un travail de dégénérescence graisseuse, diminuer de volume, tandis que pendant ce temps le périoste étant envahi sur une étendue de plus en plus grande, on pourrait avoir affaire plus tard à un véritable périosto-sarcome. Il y a un moyen très-simple de reséquer cette petite tumeur, c'est celui qui consiste à faire pénétrer un grattoir dans la rainure qui la sépare de la gencive, et à en circonscrire le pédicule par deux incisions, à en racler ensuite le point d'implantation, puis, pour plus de sûreté à cautériser la surface dénudée en ayant soin d'empiéter un peu sur les parties voisines. Pour cela on peut se servir d'un petit cautère à chaleur maintenue ou bien du thermo-cautère de M. Paquelin.

LABORATOIRE DE M. VULPIAN

Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la glycérine

Par A. Catillon.

Poursuivant mon étude de la glycérine au point de vue physiologique et thérapeutique, j'ai entrepris récemment une série d'expériences sur les cobayes, sur les chiens et sur l'homme dont les résultats peuvent se formuler ainsi qu'il suit :

La glycérine à faible dose exerce une action favorable sur la nutrition.

Des cobayes adultes, à la nourriture desquels j'ai mélangé 0gr50 chaque jour de glycérine pure, pendant un mois, ont subi une augmentation de poids variant de 1/5 à 1/10 de leur poids primitif et se traduisant par les chiffres suivants :

Poids avant l'expérience pris six heures après le repas : 840, 790, 530, 475, 555, 600 grammes.

Dernière pesée après un mois de régime, six heures après le repas : 975, 880, 600, 580, 600, 725 grammes.

Quatre autres cobayes, laissés comme témoins dans les mêmes conditions d'alimentation, sont restés stationnaires : ils pesaient au début 690, 680, 455, 460 grammes; ils pèsent à la fin de l'expérience 705, 690, 440, 458 grammes.

L'expérience étant alors renversée, j'ai supprimé la glycérine aux six premiers et j'en ai donné aux quatre autres. A la fin du second mois, le résultat se traduisait par les chiffres suivants pris six heures après le repas 900, 780, 670, 500 grammes.

Le docteur Davani avait déjà constaté une augmentation souvent notable du poids des malades chez lesquels il combattait par la glycérine la langueur, l'anémie, le rachitisme.

Nos expériences établissent que ce résultat reconnaît plusieurs causes agissant dans le même sens.

La glycérine diminue la désassimilation en fournissant un aliment à la combustion respiratoire. Il en résulte une économie des matières grasses de l'organisme, ce qui, déjà présumé par Schultze, pour expliquer l'action de la glycérine dans le diabète, est mis en

évidence par l'augmentation du tissu adipeux et aussi une économie de substance azotée, ce qui est démontré par la diminution de la quantité d'urée excrétée chaque jour.

La combustion qui fait partie des phénomènes de la nutrition intime non-seulement ne s'affaiblit pas, mais elle devient plus active. J'ai toujours vu, en effet, l'ingestion de la glycérine par les chiens, suivie d'une élévation de température qui de quelques dixièmes pour les doses modérées atteint : 1° parfois 1°5 pour les doses élevées.

La diminution d'urée s'est montrée chez l'homme de 6 à 7 grammes par jour, sous l'influence de 30 grammes de glycérine étendue de huit à dix parties d'eau prise en trois fois au début des repas. Une dose plus élevée n'a pas amené une diminution plus considérable de l'excrétion d'urée.

Voici les résultats d'une expérience dans laquelle j'ai dosé l'urée avant, pendant et après l'administration de la glycérine et sous l'influence d'un régime très-régulier.

Avant : moyenne de six jours.	23,55
Sous l'action d'une dose de 30 grammes, moyenne de six jours.	17,10
— de 45 grammes, —	18,10
Après : les six jours suivants sans glycérine, moyenne. . .	23,70

Chez les chiens, je n'ai jamais pu faire de dosages comparatifs de l'urée des vingt-quatre heures ; j'ai constaté que la proportion en était toujours très-faible dans les urines, après l'ingestion de la glycérine.

La glycérine favorise l'assimilation en excitant l'appétit et en régularisant les fonctions digestives. Cette action se traduit par une augmentation dans la production de l'urée qui peut contre-balancer la diminution provoquée dans l'état physiologique.

Les chiffres précédents font déjà un peu ressortir cette contre-influence qui se manifeste avec une bien autre intensité si l'on fait l'expérience sur un sujet dont l'estomac fonctionne mal.

Dans ce cas, l'urée de vingt-quatre heures, après avoir diminué pendant les premiers jours, remonte à mesure que les fonctions digestives deviennent plus actives et plus régulières, et peuvent s'élever au-dessus même de ce qu'elle était au début. Voici les résultats de l'expérience précédente répétée sur un sujet chlorotique et dyspeptique.

Avant l'administration de la glycérine, moyenne de six jours, 22 gr. 21 d'urée ; les jours suivants on prend 30 grammes de glycérine, moyenne de cinq jours, 17 gr. 47 ; à partir du sixième jour, les digestions se font plus régulières, l'appétit est meilleur, le chiffre remonte, moyenne des sept jours suivants, 28 gr. 55.

La glycérine est alors suspendue, la digestion se maintient assez bonne pendant quelques jours, puis redevient laborieuse, l'urée diminue, moyenne des six jours, 24 gr. 28.

L'urée contenue dans le sang des chiens soumis à la glycérine est également inférieure à la moyenne, je n'ai trouvé que 0,09 et 0,10 par là, ce qui prouve que l'effet de cette substance est bien de diminuer la production et non de mettre obstacle à l'élimination de l'urée.

L'urine est une voie d'élimination de la glycérine en excès, et celle-ci commence à s'y montrer chez l'homme lorsque la dose ingérée dépasse 20 grammes. Pour une dose de 30 grammes, j'en ai retrouvé de 3 à 3 gr. 50 et de 12 à 14 grammes après une dose de 60 grammes. Pour les doses très-élevées la quantité éliminée par les urines n'est plus en rapport avec la dose, et chez les chiens qui prenaient des centaines de grammes de glycérine, je n'en ai jamais retrouvé plus de quelques grammes dans chaque miction. Cette élimination commence moins d'une heure et cesse quatre à cinq heures après l'administration. Nous n'avons pas retrouvé de glycérine dans la sueur. A aucune dose nous n'en avons retrouvé non plus dans les fèces. La glycérine ne séjourne pas dans le sang. Nous l'y avons recherchée une heure, deux heures, trois heures après l'ingestion de doses considérables et alors qu'elle se montrait déjà dans l'urine, sans pouvoir en retrouver une proportion qui nous permit de la caractériser. Elle doit y être en grande partie brûlée à mesure qu'elle y pénètre, car, elle est absorbée en totalité et on n'en retrouve qu'une proportion relativement faible dans les produits d'excrétion.

Dans le sang des chiens soumis pendant longtemps à de très-fortes doses de glycérine, nous avons trouvé une diminution notable de la proportion de sucre, que j'ai vu descendre à 0 gr. 28, 0 gr. 29 et 0 gr. 32 par litre. Mais cette influence sur la glycérine ne s'exerce qu'à des doses ultra-thérapeutiques, et nous croyons qu'il faut plutôt chercher l'explication des effets favorables que la glycérine peut produire chez les diabétiques dans son action sur l'urée et sur les fonctions digestives. Je n'ai jamais trouvé ni sucre ni albumine dans les urines après l'ingestion de la glycérine.

La glycérine possède une action laxative manifeste. Une dose de 15 à 30 grammes provoque chez un adulte une selle facile et molle, quelquefois deux. L'effet laxatif n'augmente pas avec les doses élevées administrées tout d'un coup.

A doses massives, la glycérine introduite dans l'estomac agit de deux façons complétement différentes, suivant qu'elle est ingérée brusquement ou bien suivant qu'elle est ingérée par fractions.

Dans le premier cas, on se rapproche des conditions de la méthode hypodermique, et lorsqu'on atteint la dose de 15 grammes par kilogramme du poids du corps, on voit se développer des accidents caractérisés par une congestion des centres nerveux, comparable à celle de l'alcoolisme aigu. Il faut deux fois plus de glycérine que d'alcool pour produire ce résultat final en dehors duquel il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets de ces deux substances. L'alcool, en outre des désordres de l'ivresse, provoque la perte de l'appétit, des vomissements, de la constipation ; c'est exactement la contre-partie des effets de la glycérine, qui excite l'appétit, favorise la digestion et combat la constipation. Les autopsies faites par M. Bochefontaine n'ont pas révélé dans les organes autres que le cerveau les désordres signalés par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé.

Chez nos animaux, le foie n'a présenté aucun indice de désorganisation ; le rein a été trouvé à peu près normal et l'urine, loin d'être sanguinolente, était complétement incolore ; la muqueuse intestinale, au lieu d'offrir des traces de congestion, des plaques hémorrhagiques, était également très-pâle.

Il y a là une différence notable dans l'intensité de l'action qui doit tenir aux conditions différentes de l'absorption et de l'élimination. Cette différence se manifeste déjà dans les doses, puisque les accidents toxiques ne se développent ici qu'à partir de 15 grammes par kilogramme du poids de l'animal ; mais elle est mise en évidence d'une façon bien plus frappante et plus intéressante à tous les points de vue si, au lieu d'avaler tout d'un trait, étant à jeun et affamé, une dose de glycérine correspondant à 15 grammes par kilogramme de son poids, l'animal l'avale lentement ou en deux fois. Il n'en éprouve alors aucun malaise.

Les seuls symptômes apparents sont l'élévation de la température, parfois quelques coliques et un peu de dégoût pour ce qui sent la glycérine. Une douzaine d'expériences nous ont démontré surabondamment que cette innocuité de la glycérine à dose massive est la règle toutes les fois que l'animal n'avale pas tout d'un trait la dose toxique. On peut impunément approcher de cette dose ; on peut la dépasser et la répéter plusieurs fois chaque jour pendant un temps très-long, à la seule condition de la faire prendre en deux fois au lieu d'une.

L'un de nos chiens a pris ainsi chaque jour, pendant près d'un mois, sans manifester le plus léger malaise, des doses s'élevant jusqu'à 600, 700, 800 grammes de glycérine. Je les lui donnais en deux fois, moitié à 9 heures et moitié vers 2 heures. Il avalait d'un trait, et il en aurait pris, je crois, indéfiniment, si je n'avais pas trouvé le résultat assez concluant. On voit que si la glycérine est toxique, c'est à une dose à laquelle toutes les substances qui ne sont pas absolument inertes le seraient comme elle.

Des expériences s'ajoutent à celles qui ont eu pour but la recherche et le dosage de la glycérine dans l'urine et dans le sang, pour démontrer que sa décomposition dans l'économie et son élimination se font avec une très-grande rapidité.

De ce que j'ai dit de l'action de la glycérine sur la production de l'urée, de son action laxative et de son élimination, il ressort que la dose rationnelle à administrer est de 15 à 30 grammes, si l'on veut utiliser ses propriétés reconstituantes et régulatrices des fonctions digestives ; une dose de 40 à 60 grammes peut provoquer une

légère excitation des reins et de la vessie, et pour avoir le maximum d'effet dans ce sens, il faut l'administrer en une fois. Si l'on voulait donner des doses plus fortes, comme le fait le docteur Harnach, qui fait prendre de 180 à 360 grammes aux diabétiques, il importerait de les fractionner pour qu'elles fussent supportées. Ces doses élevées ne me paraissent offrir aucun avantage, et elles provoquent des coliques. Elles n'ont d'ailleurs pas d'autre inconvénient, à la condition toutefois qu'on ne fasse pas ingérer d'un seul coup une quantité équivalente à 15 grammes par kilogramme du poids du corps. C'est là une recommandation inutile, car jamais aucun médecin ne prescrira une pareille dose, qui correspond à plus d'un kilogramme pour un adulte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la trente-septième livraison de la carte de France dressée par l'état-major.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général sur le service médical des eaux de Montigny (Vosges), pour 1874.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Chabannes, lauréat de l'Académie.

2° Un travail de M. Tremaux, intitulé : *Causes motrices du sang.* (Comm. : MM. Gavarret, Marey et Moreaux.)

3° Un mémoire de M. le docteur Pietra Santa, intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde.* (Comm. : MM. Guéneau de Mussy et Jaccoud.)

M. le Président a le regret d'annoncer la perte douloureuse que l'Académie vient de faire en la personne de M. Vernois, membre titulaire.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. L'ordre de présentation des candidats par la commission est le suivant :

En première ligne, M. Luys ;

En deuxième, M. Philippeau ;

En troisième, *ex æquo*, MM. Paulet, Marc Sée et Tillaux.

Le nombre des votants étant de 77 dont la majorité est de 39.

M. Luys obtient.	54 suffrages.
M. Philippeau.	8 —
M. Marc Sée.	8 —
M. Paulet.	5 —
M. Tillaux.	2 —

En conséquence, M. Luys ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie.

ÉLOGE DE M. DE KERGARADEC

M. Chauffard s'exprime en ces termes, à l'occasion de la mort de M. le docteur de Kergaradec.

Messieurs,

Il est des figures vénérées qui représentent parfois dans une compagnie la paix de l'âme, l'élévation du caractère, la pureté de la vie, l'aménité sociale, et qui, par tous ces dons heureux, acquièrent un charme doucement pénétrant, inspirent à tous un respect encore plus affectueux que profond, et forcent à dire, comme un suprême éloge, de celui qui est pour tous un exemple, quel homme honnête et bon !

Tel fut notre confrère, le docteur Le Jumeau, vicomte de Kergaradec, membre de l'Académie de médecine depuis l'année 1823, que nous venons de perdre chargé d'ans, et que chacun de nous aimait et vénérait comme le plus noble représentant de toutes les vertus médicales et de l'honneur professionnel. Quelle vie, en effet, plus digne et plus éminemment respectable que la sienne ! Nul n'y a connu un moment de faiblesse, nul n'a vu M. Kergaradec céder, pour un instant, aux entraînements et aux passions que suscitent les luttes de la vie, aux ambitions qui agitent les esprits dans notre société fiévreuse. Quelle modestie constante fut la sienne, quelle inaltérable modération en toutes choses, quelle affabilité dans les manières, quelle sérénité dans chacune de ses paroles, quelle sincérité douce et qui ne sut jamais devenir agressive !

La préoccupation, le besoin, le type idéal de la dignité morale et professionnelle du médecin répondaient si bien au fond de sa nature, que ses premiers accents et que son premier acte à l'entrée de la carrière se rapportent à ces sentiments élevés. Ancien interne des hôpitaux de Saint-Antoine et de l'Hôtel-Dieu de Paris, ayant apporté dans l'observation des malades le soin consciencieux qui était sa règle en toutes choses, et surtout dans l'accomplissement de ses devoirs, le jeune Le Jumeau de Kergaradec ne va pourtant pas choisir le sujet de sa thèse dans la longue suite de faits pathologiques que le mouvement hospitalier a déroulé sous ses yeux ; non, il porte ses regards plus haut, vers les régions morales, que sa pensée habite comme une patrie naturelle et préférée, et où il trouve inscrits les vertus que doit posséder le médecin, et les devoirs difficiles qu'il doit pratiquer. Aussi demande-t-il le titre de docteur en médecine en présentant, en 1809, une thèse inaugurale qu'il intitule : *De la nécessité et de la dignité de la médecine, et des qualités nécessaires pour être médecin.*

On découvre tout entier notre confrère dans ce premier travail ; il devine déjà l'étendue des devoirs du médecin, il sait les rares qualités qui lui sont nécessaires pour s'élever à la hauteur de sa mission. Permettez-moi, Messieurs, de citer quelques-unes de ses paroles : il expose d'abord les qualités extérieures et comme physiques que doit posséder le médecin ; puis allant au delà : « Si nous passons maintenant, dit-il, aux qualités du cœur, nous devons placer au premier rang la sensibilité, qui, bien dirigée, nous fait compatir aux maux de nos semblables. Cette qualité ne s'acquiert pas ; c'est le don le plus précieux de la nature ; et malheur à celui qui n'en ressent pas en lui les mouvements ! il n'est pas fait pour être médecin. C'est elle qui sait inspirer aux malades une confiance, qui est si nécessaire que l'on doit savoir l'acheter aux dépens même de quelques règles de l'art ; c'est elle qui nous fait avoir pour les malheureux qui souffrent tous les ménagements qu'exige leur état ; c'est elle qui nous fait aimer les malades comme des amis, et nous inspire le vif désir de les sauver ; c'est elle enfin qui, dans les temps de calamité publique, nous donne le courage de braver tous les dangers, pour le soulagement des malheureux malades. »

Développant cette image du bon médecin, notre confrère ajoutait : « Il doit encore être désintéressé, traiter également le pauvre et le riche, voler avec empressement du salon le plus brillant à un cinquième étage ; il doit être doux et bon avec ses inférieurs, simple avec ses égaux, fier avec les grands. Les passions humaines ne doivent point avoir accès dans son cœur. L'amour de ses semblables doit être son unique passion ; leur être utile, sa seule ambition. »

Ayant ainsi fixé tous les traits que doit réunir en lui le médecin, le jeune Kergaradec voit quel noble idéal il vient de retracer, et il s'écrie : « Oui, le médecin qui s'acquitte de ses devoirs avec honneur et probité a les droits les plus réels à l'estime et à la considération des hommes ; et l'on doit s'écrier avec Hippocrate, le modèle de tous les bons médecins : *Medicus philosophus deo similis habetur!* La reconnaissance du malade et l'approbation générale doivent être sa plus douce récompense. Mais il doit même leur être supérieur ; et lorsque l'injustice des hommes les lui refuse, il trouve encore dans les témoignages de sa conscience des motifs de consolation, de paix et de bonheur. »

Et ce n'étaient pas là, Messieurs, de vaines paroles prononcées du bout des lèvres, ou écrites comme une amplification de circonstance ; non, elles jaillissaient du cœur même de l'écrivain, et elles ont pour témoignage de leur sincérité la longue vie de M. de Kergaradec. Il n'écrivit pas des vertus et des devoirs du médecin, comme Sénèque, dit-on, écrivit du mépris des richesses ; il ne se borna pas à des préceptes toujours faciles à donner ; il les pratiqua, ce qui est l'art

difficile, et il réalisa lui-même le modèle qu'il avait entrevu dans les clartés de son âme. Aussi en lisant ce travail inaugural, d'une saveur morale si pure et si forte, ma pensée s'est-elle involontairement reportée vers un illustre contemporain de Kergaradec, qui a laissé, dans cette Académie et dans le monde, un souvenir impérissable de haute vertu et de dévouement professionnel, je veux parler de Cruveilhier. Lui aussi, que tant de gloire scientifique environnait, écrivit un jour de belles pages sur la dignité de la médecine et les devoirs qui en ressortent pour le médecin; et lui aussi, il montrait, sans le vouloir, l'exemple de sa vie entière; et en écoutant, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le noble discours de Cruveilhier, chacun de nous sentait que ces enseignements sortaient des entrailles mêmes de l'orateur, et le discours ainsi grandissait et acquérait une autorité et une éloquence incomparables; nous étions subjugués, parce qu'il y avait là un homme sincère qui parlait. C'est un tel sentiment qu'inspire involontairement la thèse de 1809; la justification de toute une vie la rend éloquente.

De Kergaradec était compatriote de Laënnec. Ces deux fils de la Bretagne aimaient leur pays avec passion; c'est un trait de cette race douce et forte, et qui se donne pour toujours à ses premières affections. Cet amour de la patrie commune les attacha l'un à l'autre, et cet attachement devint fécond. Kergaradec reçut comme une impulsion du génie ardent et créateur de son grand compatriote; il avait suivi Laënnec dans ce champ de découvertes successives que l'auscultation lui ouvrait; il avait assisté à ces merveilleuses explorations qui fournissaient avec une rapidité inouïe dans les fastes de l'art, une abondance de signes qui transformaient le diagnostic des affections de poitrine et du cœur, et qui faisaient la lumière là où régnaient d'invincibles obscurités. Kergaradec s'illumina à ce spectacle; lui aussi, pour une fois, devint inventeur comme son immortel ami; il trouva l'une des belles applications secondes de l'auscultation. Laënnec le proclame dans la seconde édition du *Traité de l'auscultation*, auquel il ajoute un appendice qu'il intitule : *Application de l'auscultation à plusieurs cas étrangers aux maladies de poitrine*; et il commence ce nouveau chapitre par cette déclaration : « Je n'avais pas songé à appliquer l'auscultation à l'étude des phénomènes de la grossesse. Cette heureuse idée est due à mon compatriote et ami M. le docteur de Kergaradec, qui, s'occupant à vérifier les faits contenus dans la première édition de cet ouvrage, voulut étudier à l'aide de l'auscultation, les mouvements exécutés par le fœtus dans le sein de sa mère. Ses premières recherches furent faites sur une jeune femme qui touchait au terme de sa grossesse. Il obtint pour résultat la connaissance de deux phénomènes qui peuvent être regardés aujourd'hui comme les signes les plus certains de la grossesse : l'un est le battement du cœur du fœtus; l'autre désigné par M. de Kergaradec sous le nom de *battement simple avec souffle* ou de *bruit placentaire*, parce qu'il en place le siége dans le placenta ou dans la partie de la matrice où il s'implante, est évidemment un bruit artériel avec bruit de soufflet. »

Cette page est inscrite dans un livre qui n'a rien à redouter du temps et qui restera comme l'éternel honneur de la médecine du XIXe siècle; elle soutiendra le nom de Kergaradec et lui fera traverser les âges, alors que bien des noms, aujourd'hui plus retentissants, seront tombés dans l'oubli.

Des deux phénomènes signalés par Kergaradec, le premier, le battement du cœur du fœtus, avait été signalé avant lui par Mayor de Lausanne, ainsi que le constate Laënnec et que le reconnut le loyal Kergaradec. Cette découverte de Mayor, brièvement indiquée dans une note insérée en 1818 dans un recueil de Genève, était comme perdue et n'avait obtenu aucun retentissement. Mayor n'avait pas d'ailleurs dépassé la simple constatation du fait; il n'en avait pas montré la portée. Kergaradec, ignorant ce que son confrère de Genève avait fait, découvrit à nouveau l'auscultation du cœur du fœtus; et à ce premier phénomène de la grossesse il en ajoutait un autre que Mayor n'avait en rien soupçonné et qu'il appela : *pulsation avec souffle* ou *souffle placentaire.* Non-seulement notre confrère signalait ces deux faits nouveaux, mais il les étudiait en détail dans leurs conséquences diagnostiques et pronostiques, conséquences nombreuses et dont il faisait valoir l'importance. Il livrait définitivement cette double découverte au public scientifique, en lisant à l'Académie de médecine, en 1822, son remarquable *Mémoire sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse.* L'Académie donna une prompte récompense, et la plus haute, au service éminent qu'il venait de rendre à la science; M. de Kergaradec fut nommé membre titulaire de la compagnie en 1823.

Après ce brillant début, M. de Kergaradec sembla délaisser les voies de l'observation et s'occuper plutôt de littérature médicale que de science pratique. Il publia cependant une *Instruction sur le choléra en* 1832 : la terrible épidémie le rappelait à l'art qu'il paraissait abandonner. Mais ses travaux consistèrent surtout en de nombreux articles publiés dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, dans l'*Encyclopédie méthodique*, dans le *Journal général de médecine*; l'économie politique ne lui était pas étrangère et il écrivit quelques études sur cet ordre de connaissances, où les erreurs et les vérités s'entremêlent si volontiers, où l'illusion et le système se jouent et dupent si aisément les esprits.

Breton avant tout, M. de Kergaradec aimait à mettre en relief toutes les gloires de son pays. Il inséra dans un recueil de biographies bretonnes, les biographies de Broussais et de Laënnec. Il avait ainsi à juger ces deux athlètes, qui avaient combattu l'un contre l'autre avec tant de persistance et d'âpreté; l'un emporté, déclamatoire, ne trouvant de clartés qu'en soulevant des orages, abondant en invectives brutales ou passionnées; l'autre, patient, froid, dédaigneux du bruit, écrivain d'un style bref et précis; l'un aimant les systèmes et les conceptions *à priori*, l'autre cherchant les faits de détail, poursuivant les explorations minutieuses; tous deux ayant exercé une action puissante sur leurs contemporains, dont l'une, il est vrai, grandit tous les jours, dont l'autre s'affaissait du vivant même de celui qui l'exerçait; celui-ci, plutôt agitateur, et ne laissant derrière lui que des traces effacées, comme tout ce qui suit l'agitation; celui-là, plutôt créateur, et semant des germes qui croissent et multiplient, comme tout ce qui est création réelle et production véritable. En regard de ces rôles opposés, Kergaradec a dû trouver dans son esprit de justice, et dans son culte pour tout ce qui avait illustré son pays, d'équitables appréciations, distribuant à ces deux grandes figures leur part légitime de gloire, n'abaissant pas l'une pour grandir l'autre, les élevant toutes deux pour leurs œuvres, et par le vigoureux génie qui reste leur marque ineffaçable.

M. de Kergaradec, parut s'éloigner définitivement de la science et de l'Académie en acceptant, en 1850, de hautes fonctions administratives; il fut nommé à cette époque recteur du Morbihan, à la prière de la députation de ce département. La modification de la loi qui régissait momentanément l'Université, lui fit ensuite abandonner ses fonctions, et il vint aussitôt reprendre sa place à l'Académie et sa part à nos travaux. Dans la séance du 8 janvier 1861, il lut un travail sur le *devoir de pratiquer l'opération césarienne après la mort de la mère*; en 1865, il rédigea un remarquable *Rapport général sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année* 1864. Ce fut, je crois, l'une de ses dernière œuvres.

M. de Kergaradec avait accompli depuis quelques années sa cinquantaine académique, lorsqu'il y a un mois à peine, lui fut décernée la médaille que, par une heureuse inspiration, l'Académie offrait à tous ceux qui lui appartenaient depuis plus de cinquante ans. Nul ne fut plus sensible à cet honneur et à ce délicat souvenir que notre confrère; il avait beaucoup aimé l'Académie; il vit que l'Académie le lui rendait. Depuis quelque temps, il n'assistait plus à nos séances; les infirmités de l'âge le tenaient éloigné. Il s'est éteint doucement à l'âge de quatre-vingt-dix ans. Il est mort comme il avait vécu, calme et serein, plein de foi et d'espérance. Aucun de ces doutes qui traversent et troublent aujourd'hui tant d'esprits n'avait effleuré son âme croyante; c'était un homme de bien et un chrétien d'autrefois, l'un de ceux auxquels s'applique en toute vérité cette douce image du sage :

Approche-t-il du but, quitte-t-il ce séjour,
Rien ne trouble sa fin. C'est le soir d'un beau jour.

LECTURE

Sur une cause peu connue de paralysie du nerf cubital. — M. le docteur Panas, chirurgien de Lariboisière, agrégé à la Fa-

culté de médecine, candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe, fait la lecture suivante :

En 1871, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie mes recherches sur la paralysie par compression du nerf radial. Ce travail inséré dans les *Archives générales de médecine* (juin 1873), avait pour but de démontrer que la paralysie, *dite a frigore*, n'était autre qu'une compression éprouvée par le nerf pendant le sommeil. Tous les travaux publiés depuis, sur le même sujet, n'ont fait que confirmer, ainsi que je l'exposais dans une autre occasion, ma manière de voir.

Aujourd'hui, je désire entretenir l'Académie d'un autre ordre de faits, concernant *la compression du nerf cubital.* A ma connaissance, les observations que je vais relater sont entièrement nouvelles et touchent à une question importante d'anatomie pathologique : celle de la *névrite paralytique* de cause locale.

A ce double point de vue, ces faits m'ont paru dignes d'attirer l'attention de la savante compagnie.

Pour ne pas fatiguer votre attention, je me bornerai à exposer sommairement les observations qu'il m'a été donné de recueillir sur la paralysie en question.

Dans le premier cas, auquel se rapporte le moule en plâtre, et qui provient d'un jeune homme de dix-neuf ans, entré dans mon ancien service de l'hôpital Saint-Louis, en 1869, il s'agit d'une paralysie progressive du nerf cubital, par compression et altération de nutrition du nerf, au niveau du coude. Chose étrange ! la cause de cette lésion n'était autre qu'un os sésamoïde, du volume d'un haricot, développé dans l'épaisseur du ligament latéral interne de l'articulation. Cet os, en s'accroissant, avait fini par rendre la portion attenante du nerf cubital, volumineuse, dure, douloureuse spontanément et au toucher, et par provoquer la paralysie des muscles situés au-dessous.

A la suite de l'extirpation de l'os sésamoïde en question, que j'avais pris pour une exostose du crochet cubital, tellement il semblait faire corps avec ce dernier os, il y eut arthrite suppurée du coude, terminée par la mort. L'examen histologique de la portion renflée, et comme névromateuse du nerf paralysé, permit de constater l'existence, en ce point, *d'une névrite hyperplasique, à marche chronique*, provoquée, sans doute, par la présence du corps étranger. Cette névrite se caractérisait par une prolifération du tissu conjonctif du nerf, avec hyperémie, tandis que les tubes nerveux, fortement comprimés, et comme étranglés par la masse conjonctive néoplasique, avaient subi une diminution notable de leur volume, d'où aussi la paralysie, qui en a été la suite.

La seconde observation est relative à une lésion du nerf cubital, identique à la précédente, avec cette différence toutefois, que la cause de la paralysie était une ancienne fracture du coude, remontant à douze ans.

On sait, depuis longtemps, que les fractures de la trochlée humérale peuvent se compliquer parfois de paralysie du nerf cubital. Mais ce qu'on ignore absolument, c'est que cette paralysie puisse se montrer, comme dans le cas présent, douze ans après la guérison de la fracture. Voici l'explication de ce fait, en apparence si étrange :

Par suite de la fracture de la trochlée et de la formation d'un cal volumineux, la gouttière intermédiaire à la trochlée et à l'olécrâne se comble, et le nerf, tiraillé et rendu superficiel, se trouve, par cela même, exposé à l'action des violences extérieures. Petit à petit, une névrite hyperplasique s'y développe, la portion correspondante du nerf devient noueuse, et la paralysie s'établit d'une façon lente, mais progressivement croissante. Chez ce malade, âgé de quarante ans et d'une constitution robuste, la paralysie et l'atrophie des muscles étaient parvenues à un degré très-élevé. Malgré cela, l'électrisation du membre (courants interrompus d'abord, puis courants continus) a procuré la guérison complète de la paralysie.

Notre troisième observation est relative à une paralysie progressive et très-grave du cubital, succédant également à une névrite chronique. Le tronc du nerf cubital était devenu noueux au-dessous du coude. La cause de ces accidents résidait en une compression, avec frottements rudes du nerf, pendant les quelques heures que l'individu, monté sur une barque et étant surpris par la tempête, ramait pour atteindre le rivage. C'est six mois plus tard que la paralysie cubitale commença à se manifester. Lorsque nous vîmes le malade, la paralysie datait de plus de deux ans, aussi le membre paraissait-il décharné. Six mois de traitement par l'électrisation et les douches froides guérirent cet état, et le malade put recouvrer tous ses mouvements.

La quatrième et dernière observation est un exemple d'une paralysie incomplète du nerf cubital produit par une augmentation du volume de la trochlée, avec effacement de la gouttière que parcourt le nerf. La cause de cette déformation du coude n'était autre qu'une arthrite sèche ou déformante de l'articulation huméro-cubitale. Ici encore, le nerf était devenu noueux et douloureux, aussi bien à la pression que spontanément.

En résumé, voici ce qui semble ressortir des faits relatés plus haut :

Par suite de causes diverses (développement anormal d'un os sisamoïde dans le ligament latéral interne du coude; fracture ancienne de la trochlée ; compression fonctionnelle prolongée, déformation de la trochlée par arthrite sèche), le nerf cubital devient superficiel, se trouve exposé à des violences souvent répétées.

Sous l'influence de ces chocs, le nerf s'enflamme chroniquement, devient comme névromateux, et une paralysie progressive se montre dans tous les muscles situés au-dessous de l'avant-bras et de la main.

L'électricité constitue le moyen de traitement par excellence de cette névrite paralytique ; sous son influence, nous avons vu non-seulement les muscles paralysés revenir à leur état normal, mais encore le gonflement et l'induration du nerf disparaître à mesure.

Dans les cas, relativement rares, où une exostose, ou toute autre production morbide devient la cause de la compression du nerf, on peut songer à pratiquer une opération ; à condition, bien entendu, que celle-ci n'expose pas à des dangers. Pour plus de sécurité, on procédera, alors, d'après les règles de la méthode antiseptique.

Une fois la paralysie et la névrite, qui en est la cause, guéries, il faut s'attacher à en empêcher le retour ; et pour cela, nous avons eu le soin de faire porter aux malades, une cupule métallique, destinée à préserver le nerf, devenu superficiel, de toute violence extérieure.

COMMUNICATION SUR LES MOUVEMENTS D'INCLINAISON LATÉRALE DU RACHIS.

M. JULES GUÉRIN reprend l'exposition des conditions anatomiques que président aux mouvements d'inclinaison latérale du rachis, par l'étude des muscles, qui sont les agents directs ou auxiliaires de ces mouvements.

Les agents directs ont toujours leurs insertions sur la colonne vertébrale même au-dessus et au-dessous de l'articulation qui est le centre du mouvement, et leur action s'exerce dans le plan transversal.

Les agents auxiliaires sont ceux dont la contraction simultanée se résout dans une résultante dont l'action se confond avec celle des moteurs directs.

1° Pour l'inclinaison cervico-dorsale, le moteur direct est le muscle transversaire du cou dont les insertions supérieures se font aux apophyses transverses des dernières vertèbres cervicales et les insertions inférieures aux cinq vertèbres dorsales qui suivent la seconde.

2° Pour l'inclinaison dorso-lombaire, c'est le muscle décrit par Vinslow sous le nom de *spinal* ou *long épineux* du dos et par M. Sappey sous le nom de *faisceaux épineux*. C'est en outre un faisceau spinal qui n'avait point encore été décrit et qui, s'insérant d'une part un petit crochet apophysaire de la douzième vertèbre dorsale, va s'attacher d'autre part aux apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales.

3° Pour l'inclinaison lombo-sacrée, c'est le carré des lombes dont la position est rigoureusement dans le plan des surfaces articulaires de la dernière lombaire avec le sacrum.

M. Jules Guérin décrit également les muscles qui concourent à ces diverses inclinaisons par leur action simultanée et ceux qui président aux mouvements de latéralité de l'articulation occipito-cervicale.

Il résume l'ensemble de son travail ainsi qu'il suit :

« De l'ensemble des faits et des considérations contenues dans ce mémoire, je crois être fondé à tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe quatre centres d'inclinaisons latérales de la colonne vertébrale : une inclinaison occipito-atloïdienne, une inclinaison cervico-dorsale, une inclinaison dorso-lombaire et une inclinaison lombo-sacrée.

2° Chacun de ces centres d'inclinaison correspond à des dispositions articulaires spéciales, dirigées toutes sur une partie fixe de la colonne.

3° Les portions intermédiaires de la colonne placées entre ces différents centres d'inclinaison offrent des dispositions décroissantes de la disposition centrale : au-dessus une diminution de la mobilité, au-dessous une décroissance de la fixité.

4° Le système musculaire affecté à chaque mouvement d'inclinaison comprend des agents directs et spéciaux et des agents auxiliaires et généraux, les premiers situés et agissant dans le plan transversal de ce mouvement, les seconds agissant par leur résultante intermédiaire, et venant se confondre avec l'action transversale de son ou de ses agents directs.

5° Comme accessoires et auxiliaires de chacune de ces actions localisées, il existe toujours une action harmonique et collective des muscles obéissant au système général de l'accommodation et en vertu de laquelle l'ensemble prête son concours à l'acte particulier pour lui assurer la régularité et la solidité.

« En terminant, ajoute M. Guérin, qu'il me soit permis de faire remarquer qu'il résulte de cette étude, que la détermination physiologique des actions musculaires est une base indispensable pour conduire à la connaissance la plus parfaite de la physiologie, des rapports et des propriétés de chaque partie du système. C'est à l'aide de cette méthode, que j'espère soumettre prochainement à l'Académie une nouvelle détermination et classification des muscles de l'épine. »

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 février 1877, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Leroy (Arsène-Victor-Abel), médecin de la première succursale de la Légion d'honneur; exerce la médecine depuis vingt ans, dont quatorze à la première succursale. Administrateur de la commune d'Ecouen pendant le siége, il a rendu les plus grands services à ses habitants.

— Le corps médical de Paris vient de faire deux grandes pertes ; M. le docteur Emile Dubois, praticien des plus estimés, a succombé à un érysipèle gangréneux, contracté près d'un malade — M. le docteur Maxime Vernois, médecin des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine, dont nous publierons l'éloge dans quelques jours.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Stœber et Hussenet, démissionnaires; MM. Guyot (Philippe-Louis-Mélasippe), né à Lifflol-le-Petit (Haute-Marne), le 13 février 1853 ; et Hypolitte (Charles-Victor-Hippolyte), né à Dagonville, le 4 juillet 1854.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Audibert (Sauveur-Jean-Baptiste), né à Sey, le 5 février 1852, bachelier ès-sciences, est nommé préparateur de zoologie et de botanique (emploi nouveau).

— Sont nommés officiers de l'Instruction publique; MM. Bert professeur à la Faculté des sciences de Paris; Lassègue professeur à la Faculté de médecine de Paris, Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Charcot, Dolbeau et Pajot, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Gros, professeur à l'École de médecine d'Alger ; Sirus-Pirondi, professeur à l'École de médecine de Marseille ; de Fleury, professeur à l'École de médecine de Bordeaux ; Viassannes, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Lestocquoy, professeur à l'École de médecine d'Arras ; Lallemant, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Monnoyer, chargé de cours à la même Faculté ; Le Maistre, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Labéda, professeur à l'École de médecine de Toulouse ; le docteur Chevreuse, président de la délégation cantonale à Charmes (Vosges) ; le docteur Perrin, délégué cantonal du onzième arrondissement de Paris, et M. Vigneau, secrétaire agent-comptable de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— M. le docteur Blin est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Quentin.

Traité de pathologie interne, par S. Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Appendice aux quatre premières éditions. — 1 vol. in-8° avec 4 planches en chromolithographie. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité, par le doctenr Lacroix. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 20. — SAMEDI 17 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 17 FÉVRIER 1877. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 16 février 1877.

UN CONCOURS A RÉTABLIR

Aujourd'hui vendredi, un incident important a été soulevé à la Société médicale des hôpitaux. Plusieurs membres ont formellement demandé le rétablissement du concours pour les places de médecin des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, et même dans les asiles départementaux de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard et Vaucluse).

C'est par la voie du concours que MM. Baillarger, Trélat père, Lélut, Mitivié, Archambault, Moreau (de Tours) et Delasiauve avaient conquis leur situation. Ils siégeaient alors comme juges de tous les concours de l'Assistance publique, faisaient partie de la Société médicale des hôpitaux, atteignaient leur limite d'âge à soixante-cinq ans et ne recevaient que les appointements minimes des médecins des hôpitaux. L'assimilation était complète, absolue.

Au moment d'atteindre l'âge de la retraite, Falret père fit abroger les dispositions anciennes. Les médecins aliénistes perdirent leur prestige, leurs droits et prérogatives, et ne furent plus considérés comme membres du corps médical des hôpitaux. Ils purent de la sorte rester en fonctions jusqu'à un âge extrêmement avancé et donner aux élèves le spectacle affligeant d'une caducité sénile non exempte d'infirmités. Seuls, MM. Mitivié, Lélut et Baillarger, se retirèrent de bonne heure, pleins de forces et de santé.

En 1860, pour la première fois, une nomination « directe » fut faite à Bicêtre. M. Marcé bénéficia de cette mesure. Après lui, MM. Prosper Lucas, Berthier, Aug. Voisin, Legrand du Saulle et Jules Falret entrèrent dans le service. Ces nominations furent hautement ratifiées par l'opinion publique, et l'on sait jusqu'à quel point elles furent justifiées depuis. Mais, malgré ces précédents si heureux, le mode de nomination directe doit-il être conservé? Nous ne le pensons pas.

La Société médicale des hôpitaux vient de s'émouvoir tout à l'heure à l'occasion du fait suivant : un médecin de la Salpêtrière, âgé de soixante-treize ans, solliciterait depuis quinze mois, pour raison de santé, la nomination d'un coadjuteur et il aurait itérativement désigné son adjoint et futur successeur. Son choix, hâtons-nous de le dire, porte sur un médecin distingué, élève favori et collaborateur zélé de M. Charcot depuis quinze ans.

L'administration générale de l'Assistance publique a résisté et à maintes fois manifesté l'intention, lorsque des vacances se produiraient à la Salpêtrière, d'appeler par rang d'ancienneté les médecins de Bicêtre à les remplir. Il y a là une tradition qui date de la fin du siècle dernier. L'administration de l'Assistance publique a d'autant plus le désir et la ferme volonté d'invoquer la tradition, que des trois médecins actuels de Bicêtre, l'un compte plus de onze ans et demi de service et les deux autres plus de dix ans.

La Société médicale des hôpitaux a pensé qu'il était de son devoir de s'élever contre la nomination directe à la Salpêtrière de tout coadjuteur ou suppléant. On sait ce que cachent ces adjonctions *in extremis*. Rien n'est plus définitif que le provisoire.

De là au rétablissement des concours pour les places de Bicêtre il n'y avait qu'un pas, et la Société l'a résolument franchi. Le conseil général de la Seine émet chaque année, depuis 1873, un vœu analogue, et l'on se souvient de toute l'insistance avec laquelle notre honorable confrère M. Bourneville a plaidé la même cause. Depuis une dizaine d'années n'avons-nous pas nous-même saisi toutes les occasions de réclamer les concours à tous ses degrés?

Une occasion nouvelle se présente. Nous n'hésiterons donc pas à demander le rétablissement de ce concours spécial. Nous pensons qu'il y a urgence, car deux vacances très-prochaines sont annoncées à la Salpêtrière. Nous formons des vœux ardents pour que la Société médicale des hôpitaux et la Réunion des médecins législateurs obtiennent rapidement gain de cause sur ce point auprès des pouvoirs publics.

Honorer la science et rehausser la profession, telle sera toujours notre devise.

Dr E. LE SOURD.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La thérapeutique jugée par les chiffres.

Tel est le titre d'un travail original dans sa conception et très-curieux dans ses résultats, publié dans les deux dernières livraisons des *Archives générales de médecine*, et auquel nous allons emprunter quelques-uns des faits qu'il contient.

On nous a souvent entendu dire ici, — et nous sommes toujours disposés à le répéter, — que rien n'est plus décevant que l'application de la statistique aux questions de thérapeutique, à moins qu'elle ne soit faite dans les seules conditions

qui puissent donner une valeur réelle à ses résultats, savoir : qu'on n'agisse que sur des grands nombres et sur des valeurs comparables, et que, dans la supputation des conséquences à déduire de ces nombres on tienne compte des limites d'erreur possible dans lesquelles doit être comprise la conclusion. C'est parce que nous considérons que ces conditions se trouvent remplies, en grande partie du moins, dans ce travail, que nous n'avons pas hésité à le résumer à l'usage de nos lecteurs.

C'est une pensée très-originale, en effet, qui a inspiré à deux des professeurs éminents de notre Faculté, M. Lasègue, professeur de clinique médicale, et M. Regnauld, professeur de pharmacologie et directeur de la pharmacie centrale, qui ont associé à cet effet leurs aptitudes et leurs connaissances spéciales, le projet de jeter les fondements d'une histoire de la thérapeutique contemporaine et de ses variations sur le calcul des médicaments consommés pendant une période de temps donnée. Il s'agissait d'apprécier les changements intervenus dans la thérapeutique, dans cette période, d'après les variations de la consommation de médicaments faite par la pharmacie centrale des hôpitaux, se fondant sur cette idée, juste dans sa généralité, que les oscillations subies par l'usage des remèdes répartis entre les divers établissements hospitaliers, suivant la prescription des médecins, pourraient représenter, dans leur ensemble, les variations de la thérapeutique elle-même.

Les éléments de cette statistique ont été fournis par les registres de la pharmacie centrale, où il est tenu un compte exact des médicaments entrés et sortis. En relevant les chiffres des médicaments employés par année, les auteurs de ce travail, jusqu'ici sans précédent, ont espéré qu'il en ressortirait dès à présent des renseignements intéressants et pour l'avenir, en supposant qu'il soit continué, des éléments précieux pour l'histoire de la thérapeutique. Malheureusement les anciens livres de la pharmacie n'ayant point été conservés, ce n'est qu'à dater de 1855, et par conséquent sur une période relativement très-courte des vingt dernières années seulement, qu'ils ont pu faire porter leurs calculs. Exceptionnellement, cependant, pour un agent important et qui a joué un grand rôle dans notre histoire médicale, les sangsues, ils ont eu l'heureuse chance de pouvoir remonter jusqu'en 1820. Malgré cette brièveté relative de l'une des bases de leurs calculs, les résultats présentent, toutefois, un véritable intérêt, ainsi que nos lecteurs vont pouvoir en juger.

Les substances anesthésiques figurent à la tête de cette longue énumération, comme représentant dans cette statistique l'un des faits les plus récents et l'une des préoccupations dominantes de la thérapeutique contemporaine.

Le chloroforme dont la consommation, en 1855, était de 141 kilog., s'élève, en 1875, à 308 kilog.

Le chloral, qui n'a fait son apparition dans les services hospitaliers de Paris qu'en 1869, et dont la consommation n'était cette année que de 5 kilog., s'est élevé en 1875 à 360 kilog.

L'iodoforme figure pour la première fois, vers la même époque, pour le chiffre de 250 grammes, et seize ans après pour celui de 28 kilog.

Le bromure de potassium suit, de 1855 à 1875, une progression qu'il est intéressant d'indiquer année par année, les chiffres montrant les premières indécisions pendant une dizaine d'années pour s'élever ensuite rapidement, une fois les premières incertitudes levées.

Voici ces chiffres : en 1855, 3 kilog. 200; en 1856, 7,100; en 1857, 4,820; de 1858 à 1861, de 2,000 à 2,995; en 1862, 5,782; en 1863, 7,661; en 1864, 22,300; en 1865, 73,530, et de 1866 à 1875, de 133,300 à 730,910.

Du tableau des narcotiques végétaux (opium, aconit, ciguë) il ressort : en ce qui concerne l'opium, que cet agent a toujours conservé, depuis 1855 jusqu'en 1875, son rang élevé dans la consommation, presque sans variations, de 150 à 200 kilog. environ, par année, tandis que quelques-uns de ses principes, la codéine, qui paraît pour la première fois en 1868 seulement, s'élève de 15 grammes à 704 en 1875, la morphine de 272 grammes en 1855 à 10 kilog. 330 en 1875, et la narcéine oscille de 1868 à 1875, entre les chiffres très-faibles de 0,50 à 0,05.

L'aconit, très-usité dans quelques pays étrangers, ne figure, dans cette période de vingt années, que pour des chiffres en général très-minimes. La consommation est même nulle dans certaines années.

Les chiffres relatifs à la ciguë présentent de grandes oscillations entre 1 et 200 kilog.

La belladone semble avoir baissé un peu dans ces dernières années, mais le sulfate d'atropine, représentant absolu de ses propriétés, s'est élevé de manière à maintenir au moins, sinon même à élever un peu la progression.

Le datura et le jusquiame ont monté sensiblement.

L'hyosciamine, qui fait son apparition en 1855, pour la très-faible quantité de 005 grammes, reste sans emploi jusqu'en 1870, où sa consommation reprend au même chiffre, pour cesser encore en 1871 et reprendre en 1872, 1873 et 1874, aux quantités de 003, 048,5 et 034.

La digitale n'a subi dans toute cette période que des variations presque insignifiantes. La digitaline (granules) compense, par une augmentation rapide depuis 1865, la diminution légère de la digitale pendant ces dix dernières années.

Les antispasmodiques par la délimination indécise de leurs propriétés, par la multiplicité et la variabilité même de leurs indications, ne peuvent fournir que des renseignements assez vagues. Aussi les quelques variations que présentent les plus usités d'entre eux peuvent-elles être considérées comme de peu de valeur. La valériane oscille entre 150 et 400 kilog., le camphre entre 250 et 900, l'acide hydrocyanique entre 200 et 800 grammes, l'eau de laurier cerise entre 145 et 379 kilog., l'asa fœtida entre 3,065 et 7,470 grammes, le musc entre 839 et 2,610 grammes, le castoréum entre 2 et 6 kilog.

Si des antispamodiques, qui s'adressent, en général à des affections nerveuses sans matière, mal déterminées, aux névroses ou à des symptômes spasmodiques pouvant appartenir à des affections pyrétiques diverses, nous passons aux moyens qui sont plus particulièrement dirigés contre les affections plus accusées, les lésions diverses du système nerveux, nous allons nous trouver en présence de ce fait, plus d'une fois renouvelé dans l'histoire de la médecine, d'un progrès considérable accompli en pathologie, sans progrès thérapeutique correspondant. On pourrait même dire qu'à mesure que les lésions nerveuses ont été mieux connues, l'usage des moyens employés pour en combattre les effets, excitants de la sensibilité et de la motilité a été en diminuant. C'est ainsi qu'en jetant les yeux sur le tableau qui comprend ces agents : noix vomique, strychinine, brucine, cévadille, vératrine, etc., on voit que les chiffres de leur consommation sont restés, pour quelques-uns d'entre eux, dans une moyenne uniforme, tandis que pour quelques autres ils ont subi un notable abaissement.

De 1855 à 1875 on voit la noix vomique figurer pour des chiffres très-variables 250 gram. jusqu'à 27,250; la fève de Saint-Ignace manque complètement pendant sept années et

figure pendant les autres années, pour des chiffres qui varient depuis 200 grammes minimum jusqu'au maximum de 4,000 grammes.

La strychnine se maintient dans une moyenne d'oscillation assez grande, mais sans apparence d'augmentation ni de diminution notable. On voit apparaître, à dater de l'année 1869, les granules de strychnine qui tendent à se substituer à la forme primitive. La brucine indiquée de 1855 à 1869, pour de très-faibles proportions, disparaît à peu près complétement à dater de cette année. L'ergot de seigle, dont la consommation pour l'année 1855 a été de 20 h. 070, augmente d'une manière faiblement graduelle jusqu'en 1874, où elle s'élève à 174,420, pour retomber en 1875 à 68,125. La vératrine n'a été employée qu'en très-petites quantités de 1855 à 1869 ; à dater de 1870, époque où figurent les granules de vératrine, leur nombre augmente sensiblement.

Mais, comme le disent les auteurs de ces recherches, ce n'est là qu'une médication qui s'adresse aux effets de la maladie et non à la maladie elle-même ou à ses causes. C'est ce qui explique pourquoi la consommation des agents qui viennent d'être passés en revue reste, à peu de chose près, stationnaire. Il est vrai qu'il faudrait y ajouter l'application de l'électricité qui ne pouvait pas figurer dans ces tableaux et dont il n'est pas possible d'indiquer les progrès par des chiffres.

Les alcooliques, soit qu'ils aient été administrés à certaines périodes des grandes maladies fébriles ou qu'ils n'aient été donnés qu'à titre de réconfortants ou même de condiment alimentaire, ont acquis, dans cette période, des proportions tout à fait extraordinaires. Ainsi pour l'alcool cette proportion s'élève de 1,270 litres en 1855, à 7,836 en 1860, à 19,981 en 1865, à 40,499 en 1870, d'où il se maintient jusqu'en 1875 à cette moyenne de 40,000 environ. L'eau-de-vie, qui ne figure pas de 1855 à 1861, commence en 1862 à 4 litres, pour s'élever rapidement de 133 en 1863 jusqu'à 975 en 1866, 1,504 en 1867 et graduellement de 2,826 en 1868, jusqu'à 4,108 en 1875. Le rhum suit une progression à peu près semblable, de 35 litres en 1862, il s'élève à 2,458 en 1865, à 3,775 en 1870, à 5,682 en 1875. De même pour le vin rouge, le vin blanc, le vin de Bagnols et le vin de Bordeaux.

Il était intéressant de rapprocher de cette énorme augmentation dans la consommation hospitalière des alcooliques, la diminution également énorme que présente la consommation des sangsues dans le même temps. Ici le relevé remonte beaucoup plus haut. C'est à dater de l'année 1820 que les registres de la pharmacie centrale vont nous donner le mouvement très-curieux à étudier, de la consommation des sangsues. De 1820 à 1823 elle se maintient à un niveau moyen de 180,000 environ. En 1824, elle monte tout à coup à 457,000, va en augmentant à dater de cette année jusqu'au chiffre de 1,030,000 qu'elle atteint en 1834, 1,280,000 chiffre le plus élevé qu'elle atteint en 1836 ; se maintient au chiffre déjà un peu moindre de 937,000, 909,000 en 1838 et 1839, pour commencer à baisser graduellement les années suivantes à 888,000, 688,000, 706,000, 571,000, 505,000, 400,000, 300,000, ainsi de suite en décroissant jusqu'à l'année 1855, où elle revient à peu près à la moyenne des années 1820, 1821, 1822 et 1823 ; et à dater de 1856, descend graduellement de plus en plus jusqu'à n'être plus dans les douze dernières années que d'une moyenne de 50,000 environ, c'est-à-dire de près des deux tiers moindre de ce qu'elle était avant 1824, époque de son premier mouvement ascensionnel.

Le rapprochement de ces deux séries de chiffres montrant : l'une, la consommation annuelle des sangsues qui descend par une dégradation rapide du maximum de 1,280,000, qu'elle atteint en 1838, au chiffre minimum de 41,000 où elle tombe en 1870, c'est-à-dire à un chiffre plus de trente fois moindre ; et l'autre, la consommation des alcooliques qui s'élève parallèlement en moins de vingt ans à plus de quarante fois sa consommation moyenne, traduit d'une manière frappante, aux yeux du lecteur, la transformation si profondément radicale qui s'est opérée depuis le premier tiers de ce siècle environ dans la thérapeutique des maladies pyrétiques graves, auxquelles ont été également et principalement adressés ces deux ordres de moyens si différents.

La suite de ce dépouillement pouvant nous entraîner trop loin pour aujourd'hui, nous la renverrons au numéro prochain.

Torticolis intermittent.

M. le docteur Bertrand, médecin à bord du *Kléber*, nous transmet la relation d'un fait de paludisme qui ne manque pas, pour nous servir de sa propre expression, d'une certaine originalité. Le lecteur en jugera.

Il s'agit d'un torticolis intermittent, manifestation assez rare, en effet, croyons-nous, de l'influence palustre. Voici l'observation :

Le croiseur *le Kléber* rentre à Toulon le 26 novembre, après un mois et demi de station à Ajaccio. Le 30 novembre, l'élève mécanicien G... (vingt-deux ans) se présente à la visite. La veille, à midi, raconte-t-il, il a éprouvé, dans le côté gauche du cou, des élancements douloureux avec irradiations vers la nuque, l'épaule et le dos. Puis est survenue, dans l'exécution des mouvements d'inclinaison latérale et surtout de rotation, une gêne qui est allée croissant jusqu'au soir. La tête était fortement inclinée vers l'épaule gauche, et, selon l'expression du malade, la région était le siége de « pulsations » incommodes. (Contractions fibrillaires ?)

Pendant toute la durée du séjour en Corse, l'élève mécanicien G... a été bien portant et n'a jamais eu d'accès de fièvre.

Au moment où il se présente à l'observation de M. Bertrand, tous les symptômes signalés plus haut ont disparu. Les douleurs ont cessé, et le cou accomplit librement ses différents mouvements. La tension du trapèze et du sterno-mastoïdien est normale. Prescription : pulvérisation d'éther ; embrocations huileuses ; bromure de potassium.

31 novembre. Les mêmes phénomènes se sont reproduits hier à la même heure et ont duré jusqu'au moment où le malade s'est couché. G... dit en outre avoir ressenti quelques frissons suivis de sueurs peu abondantes. Ce matin encore, tout s'est amendé, il n'y a plus ni douleurs ni gêne dans les mouvements.

Cette périodicité marquée dans l'apparition et la cessation des accidents, leur intermittence franche, les frissons et les sueurs du deuxième jour, le séjour en Corse, l'arrivée récente du navire à Toulon, donnent l'éveil à notre confrère et, lui laissant entrevoir la possibilité d'une influence palustre, le conduisent à instituer de suite la médication quinique. — Sulfate de quinine 75 centigrammes à prendre à dix heures, soit deux heures avant le retour présumé de l'accès.

1er décembre. Les douleurs et la contracture ont reparu, mais beaucoup moins intenses et seulement à deux heures de l'après-midi : l'accès a donc été atténué et retardé. Sulfate de quinine 75 centigrammes à prendre à onze heures.

2 décembre. Rien d'anormal jusqu'à cinq heures de l'après-midi. A ce moment, quelques douleurs et une gêne peu pro-

noncée. Au bout d'une heure, tout a disparu. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

3 décembre. Calme complet dans la journée d'hier. Les crampes et les douleurs ont entièrement cessé. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

4 décembre. Le malade est guéri.

Ce fait est un nouvel exemple des formes larvées, si variées que peut présenter l'impaludisme. On sait que les névralgies figurent pour une assez grande proportion dans ces formes larvées de l'affection intermittente. Or, il sera évident pour tout le monde que ce torticolis, se manifestant ainsi par intermittence, n'est en réalité, comme l'a très-judicieusement énoncé, d'ailleurs, notre confrère dans la courte note qu'il nous communique, qu'une sorte de névralgie ou, pour parler le langage moderne, une hyperkinésie probable de la branche externe du spinal et peut-être de quelques autres nerfs animant les muscles du cou. Quoi qu'il en soit, ce fait n'en est pas moins singulier, et, nous le croyons du moins avec M. Bertrand, sans exemple connu jusqu'à présent. Le résultat de la médication a, d'ailleurs, parfaitement justifié la détermination de notre confrère.

Méthode de pansement des plaies d'amputation.

A l'occasion de l'observation d'amputation de la jambe avec cicatrisation par première intention, par M. Pozzi, publiée dans le n° du 8 février dernier de la *Gazette des hôpitaux*, M. le docteur Félix Paquet (de Roubaix) nous transmet un petit opuscule extrait du *Bulletin médical du Nord* (octobre 1876) et dans lequel se trouve l'exposé d'une méthode de pansement des plaies par amputation avec réunion primitive, dont il a eu l'occasion de constater les bons résultats dans un cas d'amputation du bras.

Le pansement de M. le docteur Paquet participe à la fois de la réunion par première intention, du pansement par occlusion et du pansement par drainage de M. Chassaignac. Il est basé sur les propriétés opposées du collodion, suivant que cette substance est ou non additionnée d'huile de ricin, propriétés d'agglutination dans le premier cas, d'extension dans le second, qui sont également utilisées, l'une pour fixer les lacets qui doivent servir à la suture sèche, l'autre pour faire au moignon une coque élastique, extensible, adhérente, imperméable, inaccessible à l'air et susceptible de se dilater et de se rétracter avec lui.

Voici comment il procède :

On attend quelques moments après l'amputation pour voir si l'hémorrhagie ne se produit pas, on nettoie la plaie et on essuie les téguments de manière à les rendre le plus secs possible. Puis, on fait sur la surface postérieure du membre, jusqu'à 10 centimètres au-dessus de la plaie, des traînées du collodion le plus agglutinatif. Sur chacune de ces traînées longitudinales et larges à peu près de 1 centimètre, on fixe l'un à côté de l'autre des lacets de corset en coton, dont on étire la trame afin qu'ils s'imbibent plus facilement de collodion. Les lacets, en nombre voulu selon le volume du membre, doivent être adhérents au tégument de la surface postérieure sur une longueur de 10 centimètres et libres à 2 millimètres au-dessus des bords de la plaie ; ils dépasseront également la plaie d'une longueur de 10 centimètres au moins pour pouvoir être fixés solidement sur les téguments de la surface antérieure. Ils doivent être juxtaposés, parallèles à eux-mêmes et perpendiculaires aux lèvres de la plaie.

Les lacets étant fixés, on fait sur toute la surface postérieure une couche de collodion élastique ou riciné et l'on procède à la réunion. Pendant qu'un aide tient les bords de la plaie rapprochés, le chirurgien exerce des tractions légères et continues sur le premier lacet de la surface postérieure du membre et le fixe aux tégument de la surface antérieure au moyen du collodion agglutinatif. Il place dans la plaie au-dessous et à côté du premier lacet, à la profondeur de 1 centimètre, un drain long de 3 centimètres, dont l'orifice extérieur est fermé à volonté au moyen d'un robinet. Puis il fixe de la même manière les deuxième, troisième et quatrième lacets, après les avoir repliés sur la surface antérieure. A la partie la plus déclive, on a soin de poser un deuxième drain muni de robinet, et les fils de ligature, ou bien, si on a recours à la forcipressure, la pince qui assure l'oblitération de l'artère.

Après avoir achevé les sutures au moyen des lacets, posé les drains et réuni les fils de ligatures à la partie la plus déclive, on étend sur le moignon et les lacets de nombreuses couches de collodion riciné jusqu'à ce que l'épaisseur de l'enveloppe en soit suffisante. On a également soin de bien entourer de collodion, au niveau de la plaie, les drains et la pince à forcipressure, afin de s'opposer le plus possible à la pénétration de l'air, et de fixer solidement au moignon les accessoires du pansement.

On a formé par ce badigeonnage au collodion riciné une coque assez résistante qui entoure le membre complétement et favorise immédiatement, après l'opération, le dégorgement sanguin.

Cette envelopppe est cependant assez extensible pour qu'on n'ait pas à craindre l'étranglement quand apparaît la tuméfaction du moignon, avant-coureur de la suppuration. Du reste, l'étranglement n'est à redouter que si la compression est linéaire, annulaire, au lieu d'être repartie sur une large surface.

Le pansement étant complétement sec, on enveloppe le moignon d'un feuillet de ouate maintenu par un triangle de linge.

Les deux drains munis de robinets qui ont été posés dans la plaie servent à prévenir la rétention des liquides du fond de la plaie et la distension douloureuse qui pourrait en être la conséquence. On peut aussi, sans défaire le pansement, faire des injections et des irrigations ; on peut, à l'exemple de plusieurs chirurgiens, faire des injections de glycérine pour prévenir l'infection purulente.

Le pansement est levé au bout de douze jours ; la cicatrisation est alors obtenue ; il ne reste à fermer que deux trajets fistuleux à l'endroit même où les drains ont été placés et dont la cicatrisation consécutive est facile à obtenir.

Les principaux avantages que M. Paquet attribue à son mode de pansement sont :

1° d'être supérieur aux sutures et aux bandelettes de sparadrap, l'appareil au collodion pouvant, sans inconvénient, être laissé en place aussi longtemps qu'on le juge utile ; de maintenir les bords de la plaie en contact parfait, en assurant aussi la fixité du moignon ;

2° De maintenir la plaie à l'abri des variations de l'air ;

3° De ne nécessiter que des pansements rares et d'éloigner les complications habituelles des plaies d'amputation ;

4° De convenir à toutes les méthodes d'amputation ;

5° Enfin de permettre d'avoir recours à la forcipressure, notamment pour l'oblitération des artères athéromateuses.

Nous soumettons, sans la juger nous-même, la méthode de M. Paquet à l'appréciation des chirurgiens.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

ANÉVRYSMES INTRACRANIENS.

Pour compléter l'histoire des anévrysmes de la tête et du cou, il reste à parler des anévrysmes intracrâniens et des anévrysmes de la carotide interne ou de ses branches dans l'orbite ou le sinus caverneux.

Quant aux anévrysmes intracrâniens, je n'ai qu'à les citer très-brièvement dans une série de leçons consacrées au traitement chirurgical de cette affection. Nous ne savons rien pour le moment touchant le diagnostic, de sorte qu'aucun traitement ne leur est spécialement applicable. Et quand on considère la large communication des quatre gros troncs qui alimentent le cerveau, on ne doit pas s'attendre à ce que des mesures chirurgicales, appliquées à l'un d'eux, puissent amener la consolidation d'un anévrysme situé sur l'un de ces troncs. Cette consolidation même ne mettrait pas le patient à l'abri de symptômes cérébraux. Le professeur R. W. Smith, de Dublin, cite un cas d'anévrysme de l'artère cérébrale postérieure, qui amena la mort par compression du cerveau, bien qu'il se fût consolidé complétement.

Cependant on peut se demander s'il ne vaudrait pas la peine d'essayer, si faible que fût l'espoir de réussir, si on pouvait seulement établir le diagnostic. Permettez-moi de vous citer deux cas, l'un bien connu opéré par M. Coe, de Bristol, l'autre rapporté par R. W. Smith dans le *Dublin Quaterly Journal*, nov. 1870.

Le fait de M. Coe est très-connu et j'en ai donné un extrait dans le *System of Surgery* (2e édit. vol. III. p. 584). Il y avait des symptômes de compression sur les nerfs du sinus caverneux, accompagnés par un bruit intense sur tout le côté de la tête et beaucoup de malaise cérébral à la suite d'un coup. Tous les symptômes disparurent après la ligature de la carotide, et le malade est demeuré en bonne santé jusqu'à présent, plus de vingt-ans après.

L'analogie entre ces symptômes et ceux de l'anévrysme orbitaire, que j'aurai plus tard à vous indiquer, est frappante, sauf l'absence de dilatation des veines orbitaires et conséquemment de l'exophthalmie et des pulsations du globe de l'œil. Mais ces symptômes ne surviennent que quelques temps après la blessure. (Dans quelques cas, suivant Demarquay, il s'est écoulé des années entre l'apparition des symptômes et la protrusion du globe oculaire. *Tumeurs de l'orbite*, p. 322); et j'avoue que dans ce cas, il me semble que le coup a dû injurier les vaisseaux du sinus caverneux d'une manière quelconque, peut-être en produisant une fracture de la base du crâne. Cette blessure amenât-elle un anévrysme artériel, ou artério-veineux, ou une thrombose du sinus produisant le bruit, pendant que l'artère était le siége des pulsations? C'est ce que nous ignorons en l'absence d'autopsie.

Ce sur quoi je désire appeler votre attention dans ce cas, c'est la présence de symptômes sérieux, pas précisément cérébraux, mais affectant les nerfs de la base du cerveau, et puisant dans l'auscultation une explication conjecturale, qui fut à tel point corroborée par le résultat, que l'opération, entreprise sur la foi de ce diagnostic, rendit le malade à la santé. Il faut admettre que dans le cas de M. Coe le diagnostic d'anévrysme prête au doute. S'il y avait anévrysme, il était fort probablement situé dans le sinus caverneux, et n'était pas *intracrânien* dans le sens restreint de ce mot, voulant dire par là, à mon avis, non pas *dans la boîte crânienne* (d'après le sens littéral) mais bien *à l'intérieur des membranes du cerveau.* Ce cas, cependant, montre l'importance extrême de l'auscultation quand on soupçonne un anévrysme à l'intérieur du crâne, et elle fut utile à un autre égard, d'autant plus que les symptômes n'étaient pas très-pressants et donnèrent au chirurgien le temps d'établir son diagnostic. Dans beaucoup de cas d'anévrysme intracrânien, la maladie se révèle d'abord par une attaque d'apoplexie; et comme je vous l'ai déjà indiqué, même si on pouvait établir le diagnostic et si un traitement chirurgical pouvait amener la consolidation, il est loin d'être prouvé que la vie du malade serait sauvée.

Mais le cas suivant, rapporté par le professeur R. W. Smith, nous montre que l'anévrysme intracrânien peut quelquefois suivre une marche chronique, et qu'il y a tout lieu d'espérer que, dans des cas analogues, l'arrêt de la marche de l'anévrysme sauverait au moins la vie du malade si elle ne lui rendait la santé. Le malade était un mineur, ivrogne de profession, âgé de trente-trois ans. Il avait été plus ou moins ivre pendant trois jours avant son admission, bien que travaillant avec ardeur la plus grande partie de ce temps; il dormit dehors la nuit, exposé au mauvais temps; c'est alors qu'essayant de se lever, il chancela et tomba et fut apporté insensible à l'hôpital. Il n'y avait pas d'indication de blessure. Ses symptômes étaient apoplectiques, avec rétention d'urine et impossibilité d'avaler; mais il revint bientôt de cet état, et fut alors capable de quitter l'hôpital. Il était alors indifférent et stupide, presque sans mémoire; mais le seul symptôme paralytique réel était un prolapsus partiel de la paupière droite, un strabisme divergent avec affaiblissement considérable de la vue de ce côté, les gros objets n'étant vus qu'imparfaitement et les petits pas du tout. Les fonctions du cinquième et du septième nerf étaient intactes. Dans cet état il resta pensionnaire de l'asile pendant quatre ans et mourut subitement d'une attaque d'apoplexie qui l'enleva en un quart d'heure. On constata que la lésion était un anévrysme de la grosseur d'un raisin de Corinthe, situé sur la portion du cercle de Willis où se termine la carotide, et la terminaison fatale était due à sa rupture. Le sac était complétement rempli par de la fibrine stratifiée, d'une grande densité de couleur grise et de la consistance du cuir. Le sujet, dit-on, était resté longtemps en observation et avait excité beaucoup d'intérêt. La lésion était évidemment située dans le voisinage de la troisième paire et du nerf optique, mais on n'avait pas soupçonné la présence de l'anévrysme. C'est très-regrettable, car il eût été fort intéressant de connaître le résultat de l'auscultation. Si, comme dans le cas de Coe, il y avait eu un bruit perceptible sur le côté de la tête, il eût put amener à noter les effets de la compression de la carotide et par là à tenter la guérison, et le résultat, quel qu'il eût été, n'eût pas manqué d'être fort intéressant. Je ne suis pas le moins du monde certain que dans une telle tumeur on puisse entendre un bruit, sauf que le malade le perçoive lui-même; mais quant à aprésent nous n'avons que je sache aucun renseignement sur ce point.

Nous voyons donc que, bien qu'il soit possible que quelques cas peu nombreux d'anévrysme intracrânien puissent être soumis à un traitement chirurgical; nos renseignements sur ce sujet sont pour le moment très-limités, et on n'a presque pas essayé le traitement chirurgical.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 février.

REVUE DE LA PRESSE

Hémophilie héréditaire. (H. Lossé.) — La famille Mampel (de Kirchleim, près Heidelberg) a compté jusqu'aujourd'hui trois générations de sujets hémophiliques.

Sur cent individus, on en a noté dix-sept chez lesquels la dyscrasie était manifeste, et, parmi ceux-ci, neuf sont morts d'hémorrhagie.

En outre, beaucoup d'enfants appartenant à cette famille meurent de bonne heure par la même cause. Chez d'autres, la diathèse se manifeste surtout à l'âge adulte. En général, les femmes la transmettent à leurs enfants. Les individus appartenant au sexe masculin n'ont pas eux-mêmes de descendants hémophiliques. — (*D. Z. f. chir.*, et *D. med. Wochenschr.*, 1877, p. 7.)

Emploi du sable comme médicament topique dans les maladies de la peau. — Le docteur Ellinger (de Stuttgart) emploie cette médication de la manière suivante :

Dans l'acné des jeunes personnes, il fait des frictions avec du sable blanc, et, au bout de dix à douze jours, on constate déjà une amélioration sensible. Dans les éphélides, le même traitement réussit également bien, mais il est nécessaire de le poursuivre plus longtemps. Le pityriasis versicolor, l'acné rosacé, le psoriasis palmaire, le lichen blanc, le prurigo, sont guéris aisément par cette médication.

Il faut faire choix d'un sable dont les grains ne sont ni trop gros ni trop fins. Celui qui sert pour la peau des extrémités ou des membres doit être plus gros que celui qu'on emploie pour la face. Les parties malades doivent être nettoyées au savon avant la friction, que l'on fera lorsque la peau est encore humide. On aura soin d'enlever avec une éponge les fragments de sable qui restent adhérents à la peau.

On peut employer le sable pur ou un liniment formé de :

Sable.	5 grammes.
Carbonate de potasse. . . .	1 —
Eau.	9 —

Le sable est également indiqué dans les maladies internes accompagnées de *manifestations cutanées*. — (*Wien. Med. Wochenschr.*, 1876, nº 45, et *Med. Times*, 1877, p. 46.)

Tumeur solide de l'ovaire. Compression de l'iliaque primitive. Gangrène des deux pieds. Mort. — Chez une femme de cinquante-huit ans, on constata une coloration bleuâtre du quatrième orteil du pied gauche avec excoriation de la peau. Quelques jours plus tard, les autres orteils se gangrenèrent à leur tour. La malade portait une tumeur abdominale, qui paraissait être la cause de cette gangrène. Cette tumeur déterminait une constipation opiniâtre, que l'on traita par les évacuants. Le gonflement et les douleurs de la jambe furent diminués par les narcotiques. Pendant six mois, les choses restèrent dans le même état, puis la gangrène s'étendit au pied gauche. La mort survint par le fait d'une péritonite.

On trouva à l'autopsie un fibrome de l'ovaire gauche qui comprimait l'iliaque primitive à gauche de la colonne vertébrale. — (*The obstetr. journal of Great Britain*, septembre 1876, et *Centralb. für Chir.*, 1877, nº 1.)

Maladies syphilitiques des yeux. (J. Hock.) — L'auteur divise ces maladies en deux classes. La première comprend :

1º Celles qui intéressent les paupières;
2º Celles de la conjonctive;
3º Celles de la cornée;
4º Celles de l'iris;
5º Celles de la choroïde;
6º Celles de la rétine;
7º Celles du périoste orbitaire.

Dans la deuxième classe, il a rangé :
1º La névrite optique, d'origine cérébrale;
2º L'atrophie du nerf optique de même cause;
3º Les paralysies des muscles intrinsèques et extrinsèques du globe de l'œil.
4º Les maladies de l'appareil lacrymal.

I. *Paupières.* — Les chancres y sont très-rares, tandis que les gommes y sont fréquentes; elles ressemblent à l'orgeolet ou au chalazion.

II. *Conjonctive.* — On a noté des accidents primitifs ou secondaires, mais les uns et les autres sont exceptionnels.

III. *Cornée.* — Pour Hutchinson, la kératite profonde serait toujours due à la syphilis héréditaire. Hutchinson, sans nier absolument l'influence de cette cause, croit plutôt à celle de la scrofule. Au contraire, la kératite ponctuée de Mauthner et la kératite interstitielle diffuse accompagnent souvent la syphilis.

IV. *Iritis.* — L'iritis spécifique est la manifestation la plus commune de la syphilis oculaire. On la rencontre même dans les cas de syphilis héréditaire. Lawsaz a vu une iritis spécifique développée pendant la vie intra-utérine. Unilatérale d'abord, la maladie envahit bientôt les deux yeux. Les végétations iridiennes se rencontrent exclusivement dans l'iritis spécifique. Les gommes siégent le plus souvent sur la petite circonférence ou même dans le corps ciliaire. Dans certains cas, la chambre antérieure est occupée par de petites vésicules, que l'on pourrait confondre avec celles qui renferment le cysticerque.

Le pronostic de l'iritis spécifique est toujours un peu plus grave que celui de l'iritis idiopathique; il est plus favorable dans l'iritis aiguë récente que dans l'iritis chronique ancienne.

L'auteur traite la maladie par les instillations d'atropine (1/120) et les préparations mercurielles à l'intérieur. Au début, les saignées locales, les cataplasmes chauds, rendront de véritables services. Dans les exacerbations douloureuses et les synéchies étendues, on doit recourir à l'iridectomie. S'il est survenu une irido-cyclitis suivie de perte de la vision d'un côté et d'accidents sympathiques de l'autre, il faut recourir à l'énucléation.

V. *Choroïde.* — Dans le cours de l'iritis spécifique, la choroïdite extérieure se présente ordinairement sous deux formes : irido-choroïdite et choroïdite séreuse.

Dans le premier cas, on constate une diminution rapide de l'acuité visuelle, des troubles étendus du corps vitré, des hémorrhagies et du pus dans la chambre antérieure; plus tard, des cataractes et un staphilome latéral de la sclérotique. La choroïdite séreuse ne se manifeste que par des troubles siégeant dans la région antérieure du corps vitré. Elle précède rarement l'iritis. Le traitement mercuriel est indiqué.

La choroïdite postérieure se présente sous quatre formes :

1º La choroïdite aréolaire de Forster, caractérisée par des taches jaunâtres ou d'un rouge clair visible surtout vers la périphérie ou bien encore par de petites taches blanches environnées d'un cercle de pigment.

2º La choroïdite centrale avec des taches plus ou moins nombreuses d'un brun rougeâtre.

3º Dans une autre forme, on trouve vers le pôle postérieur une plaque blanche brillante, qui s'étend parfois jusque sur le *macula lutea*.

4º Enfin, l'atrophie syphilitique de la choroïde. Celle-ci part de l'équateur de l'œil et rayonne vers la partie postérieure. La lésion est toujours accompagnée d'un rétrécissement périphérique du champ visuel, qui disparaît graduellement.

On ne sait jamais au juste quelle marche suivront ces diverses maladies; cependant le pronostic de la choroïdite syphilitique est en général plus favorable que celui des autres. Au début, les émissions sanguines locales peuvent rendre de vrais services.

VI. Bien moins fréquente que les maladies précédentes, celle-ci n'arrive, en général, qu'à une période tardive de la syphilis.

D'après Jacobson, ses lésions anatomiques consisteraient en végétations papilliformes périvasculaires sans altérations proprement dites des parois des vaisseaux.

Forster croit que cette maladie est annoncée, en premier lieu, par

un trouble peu marqué du corps vitré, un léger rétrécissement, quelquefois des interruptions et des irrégularités du champ visuel. L'auteur a vu en même temps de l'héméralopie. La rétinite spécifique s'accompagne de *micropsie* et de *métamorphopsie.*

Les traitements dirigés contre cette maladie sont peu efficaces et elle se termine souvent par atrophie de la rétine, de la choroïde et du nerf optique.

De Graefe a décrit, sous le nom de rétinite centrale spécifique, une maladie caractérisée par des troubles de la tache jaune et des parties voisines. Tout disparaît en quelques jours, pour revenir une ou plusieurs fois.

VII. — *Périoste.* La périostite est un accident rare et tardif. Cette maladie ne se termine point par suppuration, mais le plus souvent elle aboutit à la formation d'une exostose intra-orbitaire.

Les autres maladies spécifiques de l'œil, telle que la névrite optique, l'atrophie, les paralysies musculaires, etc., proviennent, le plus souvent, de la présence de gommes sur les méninges ou dans la substance cérébrale.

Les affections de l'appareil lacrymal sont consécutives à des caries de l'unguis du maxillaire supérieur ou à des gommes des parties molles. — (*Wiener Klinik*, 1876, nos 3 et 4, et *D. med. Wochenschr.*, 1877, p. 9.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

1. Bourguet. Influence de la rougeole.
2. Ducros. Des soins que réclame la femme en couches.
3. Agastini. Quelques mots sur l'étiologie et le traitement de la tumeur lacrymale.
4. Meneguin. Études cliniques sur l'hypertrophie du cœur.
5. Desgraves. Plaies pénétrantes des articulations.
6. Mary. Étude sur l'othématome, ou tumeur sanguine de l'oreille.
7. Degoute-Bailly. Essai sur la pourriture d'hôpital et son traitement par l'essence de térébenthine.
8. Dargelas. Des indications fournies par la fluxion utérine.
9. Turrel. De la dysenterie endémique en Cochinchine et au Tonkin.
10. Galtier. De l'emploi de l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.
11. Bergis-Dounous. Des anévrysmes intra-caverneux de l'artère pulmonaire.
12. Fallot. Essai sur le pneumothorax.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Edmond Perrier, professeur, commencera le cours de zoologie (Annélides, Mollusques et Zoophytes) le mardi 20 février, à deux heures trois quarts, et le continuera les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine, à la même heure, dans les galeries de zoologie du Muséum.

Le professeur traitera d'une manière générale de l'histoire des animaux composant l'embranchement des mollusques. Il fera connaître les principaux traits de leur organisation, de leur développement et de leur classification et insistera plus spécialement sur l'histoire des mollusques acéphales.

Des conférences pratiques auront lieu au laboratoire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Étude sur les différents traitements des abcès ossifluents externes, suivie de l'exposition d'un procédé particulier de la méthode des caustiques appliqués aux abcès ossifluents externes volumineux, par le docteur Fourestié. — In-8o. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'Iridotomie, par le docteur Michelon.— In-8o avec 11 figures intercalées dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la Dilatation rapide des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Bos. — In-8o avec une planche. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude générale sur les variations physiologiques du gaz du sang, par le docteur Noel. — In-8o. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les cas de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1876, par le docteur Moizard. — In-8o. Prix : 1 fr. 50. — Pàris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la Fracture du péroné avec déchirure du ligament latéral interne, par le docteur Deny. — in-8o. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Cataplasme Lelièvre

approuvé par l'Académie de médecine.

Adopté par le Ministère de la guerre pour les Ambulances et les Hôpitaux militaires, et par le Ministère de la marine pour le service de la Flotte.

Sous le nom de *Cataplasme Lelièvre*, j'ai innové une nouvelle substance qui supprime tous les inconvénients attachés à l'emploi de la farine de lin.

Au lieu des opérations multiples désagréables et dispendieuses nécessitées par la méthode ordinaire, il suffit de mouiller une de ces feuilles en la plongeant dans l'eau bouillante *pendant quelques minutes* et de l'appliquer ensuite sur la peau en la recouvrant d'une baudruche ou d'une toile cirée.

On supprime ainsi tous les inconvénients inséparables du cataplasme à la farine de lin qui souille le lit, fermente rapidement, exhale une odeur désagréable et presque toujours est préparé avec de la farine falsifiée et déjà rancie.

Dr Lelievre

Pharm. de 1re cl. de la Faculté de Paris.

Dépôt à Paris : Avenue Victoria, 24, maison Rigollot et Ce, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Exiger le vrai nom.

Glycérine, fer et quinquina.

Ces préparations utilisent les propriétés par nous découvertes à la *glycérine* de dissoudre la totalité des principes du *quinquina* et d'annihiler leur incompatibilité avec le *fer*. Quoique très-chargées de ces deux médicaments, elles combattent la **constipation** au lieu de la provoquer. Elles offrent un moyen agréable et sûr d'administrer la *glycérine pure* que les médecins anglais et américains emploient comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie, etc.*)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

Dito FERRUGINEUX (élixir) : quina, glycérine et fer (0.25 par cuill.) *troubles digestifs, fièvres intermittentes, typhoïde, chloro-anémie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Chlorose, Anémie. — Pilules

et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

Nota. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. Vigier, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Royat, Eaux minérales

NATURELLES, CHLORO-BICARBONATÉES, ALCALINES MIXTES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES ET LITHINÉES.

SOURCE SAINT-MART (Temp. 30°). 35 *milligr. de chlorure de lithium par litre.* L'action tonique et résolutive de cette Eau la rend efficace contre les dyspepsies, le diabète, les catarrhes de la vessie, la gravelle urique, les rhumatismes et gouttes articulaires et viscérales, les affections cutanées, les laryngites et bronchites chroniques, l'asthme humide et toutes les variétés du catarrhe pulmonaire dépendant d'un vice lymphatique ou arthritique.

SOURCE CÉSAR (T. 29°). Ses effets diurétiques et digestifs sont remarquables dans les gastralgies, les pesanteurs d'estomac, les maladies du foie et en général tous les troubles nerveux de l'appareil de la digestion. Elle peut se boire journellement aux repas avec le vin qu'elle ne décompose pas, et conviennent aux personnes dont la vie sédentaire rend les digestions pénibles, surtout quand ces personnes présentent des antécédents rhumatismaux ou goutteux.

SOURCE SAINT-VICTOR (T. 20°). Cette Eau, plus gazeuse que les précédentes, est riche en carbonate de chaux, en chlorure de sodium, et surtout en fer: ce qui lui donne des propriétés toniques et reconstituantes spéciales, et la rend éminemment propre à relever les constitutions déprimées. Elle est souveraine contre la chloro-anémie ou pâles couleurs, la dysménorrhée, les leucorrhées, certaines formes de stérilité et contre les manifestations diverses du lymphatisme.

Expédition par caisses de 30 et 50 bouteilles.

Caisse de 30 bouteilles, 20 fr.; de 50 bouteill., 30 fr.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme) et chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minér.

Koumys—Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail, rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées, apéritives, toniques, reconstituantes.

Chlorose, anémies, aménorrhée, dysménorrhée. Maladies de matrice. Gastralgie, dyspepsie. Diarrhée, inertie intestinale. Hystérie. Névroses, stérilité, albuminurie, etc.

DÉPOT principal, 43, boulevard Malesherbes, Paris. (La bouteille : 70 centimes.)

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

N° 21. — MARDI 20 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. MARDI 20 FÉVRIER 1877. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 19 février 1877.

LA QUESTION DES EAUX D'ÉGOUT

LEUR ÉPURATION ET UTILISATION

L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE (1)

I.

L'importante question de l'épuration et de l'utilisation des eaux d'égout impose de plus en plus à l'attention du public qu'il est capital, en de telles matières, d'éclairer et de convaincre, afin de trouver en lui le mouvement d'opinion qui seul peut permettre de mener à bonne fin des travaux d'utilité publique de cette nature. Cette propagande n'est point petite affaire du reste, et toute la rigueur scientifique, le luxe de preuves, d'enquêtes et de contre-enquêtes, tous les documents, observations et expériences que l'on trouve dans le rapport de la commission (2) ne seront point de trop, « pour substituer aux préjugés, qui dominent aujourd'hui un trop grand nombre d'esprits, des connaissances certaines sur le mécanisme de l'épuration des eaux d'égout par le sol et sur les grande profits que l'agriculture peut retirer de leur emploi sans que la santé publique soit en aucune façon compromise, » ainsi que le dit fort justement, dès le début, M. Henry Bouley, président.

Deux faits s'imposent tout d'abord dans l'étude de cette question : l'infection de la Seine sous Paris, par les eaux d'égout qu'y rejettent les grands collecteurs ; la perte matérielle qui résulte de la non-utilisation des matières azotées contenues dans les eaux d'égout. Il faut partir de ces deux points à la fois distincts et connexes, distincts en théorie, mais parfaitement unis dans la pratique, pour comprendre et ces travaux d'épuration et ces travaux d'utilisation.

L'infection de la Seine est un fait qui n'est malheureusement point contestable ; cette infection ne se produit pas par les matières minérales (arsénic, chlorure de calcium, etc., employés dans l'industrie), mais bien par les matières organiques solubles et insolubles.

Solides, les matières organiques se déposent en véritables bancs que l'on trouve presque continus de Clichy à Marly, tantôt avec une épaisseur d'un mètre, tantôt avec une épaisseur de deux mètres. Que le niveau du fleuve vienne à baisser, cette vase plus ou moins rapprochée de l'air extérieur, laisse échapper des produits gazeux qui, recueillis et analysés, ne sont point autre que le gaz des marais ; le lit de la Seine n'est autre que la vase des marais.

Les matières organiques solubles, échappant à l'analyse scientifique et par conséquent à nos sens, sont plus dangereuses encore.

Solubles ou non, ces matières organiques doivent subir une série de réactions chimiques qui leur permettent de revenir à l'état d'éléments et les rendent de nouveau assimilables. C'est un fait de chimie biologique bien connu aujourd'hui, que la circulation de la vase au moyen des assimilations et des désassimilations, des décompositions ou combustions, tant végétales qu'animales, et il est inutile d'insister sur un point considéré comme familier au lecteur.

En ce qui touche particulièrement les phénomènes de décomposition organique, on peut les ramener à deux types : ou la combustion se fait à l'air libre, c'est-à-dire avec excès d'oxygène, et c'est là ce qui se passe, à l'état ordinaire, dans la putréfaction des organismes végétaux et animaux, à la surface de la terre, phénomène encore activé par la naissance de végétaux et animaux de nouvelle formation ; ou la combustion se fait avec un air, c'est-à-dire un oxygène nul, insuffisant, et elle est incomplète. A défaut d'oxygène gazeux, libre, la matière organique prend de l'oxygène déjà combiné dans l'eau, dans ces sulfates, dans ces nitrates, elle ne peut alors que brûler imparfaitement et exhaler de l'hydrogène, de l'hydrogène carboné, de l'hydrogène sulfuré, de l'oxyde de carbone ; l'azote devient libre en partie, le reste se combine à de l'hydrogène et forme de l'ammoniaque. On observe ces phénomènes de combustion imparfaite dans les vieux cimetières saturés de matières organiques ; on les observe précisément encore dans ces bancs de matières organiques solides qui constituent les dépôts vaseux du lit de la Seine ; ce sont donc là des foyers d'infection qui ne sauraient se produire quand les matières répandues sur le sol sont en

(1) Rapport de la Commission d'enquête sur l'avant-projet d'un canal d'irrigation à l'aide des eaux d'égout, entre Clichy et Achères (au-dessus de Poissy). Trois volumes in-8°, chez Gauthier-Villars. — Paris, 1876.

(2) La Commission était composée de MM. Bouley, membre de l'Académie des sciences, président ; Callon, professeur à l'École centrale, Delem, ingénieur en chef des mines ; docteur Lagneau, médecin à Paris ; Laizier, président de la Société des horticulteurs de la Seine ; Orsat, industriel à l'île Saint-Denis ; Goslier, directeur au ministère de l'agriculture ; Schlœung, directeur de l'École d'application des manufactures de l'Etat, membres ; et de MM. Belgrand, directeur des eaux et des égouts ; Mille, inspecteur général des ponts et chaussées ; Durand-Claye et Pesson, ingénieurs des ponts et chaussées et Gozet, chef de bureau à la ville.

contact intime avec l'air, alors la combustion est simple, directe, très-intense, et par conséquent inoffensive.

Solubilisée dans l'eau, la matière organique subit encore une décomposition qui ne peut s'opérer sans ce concours de l'oxygène de l'eau elle-même, pour lequel elle manifeste une affinité fort grande. Les recherches de MM. Bouley et Gérardin sont probantes ; elles montrent que le litre oxymétrique de la Seine (c'est-à-dire le volume d'oxygène dissous dans un litre d'eau) qui est de 4^{cc},34 au pont d'Asnières, est réduit à 1^{cc},02 à la Briche qui est à 6 kilomètres en aval du collecteur d'Asnières, s'est à peine relevé à 1^{cc},91 à Marly après un parcours de 20 kilomètres, et ne reprend un taux à peu près normal qu'à Mantes.

La pollution des eaux de la Seine, au moyen des matières organiques solides ou solubles rejetées par les collecteurs qui se trouvent, tout d'abord, chimiquement établies, est encore prouvée par les observations médicales faites sur la santé des riverains.

Que faire donc de ces eaux impures?

La Commission d'enquête a rejeté, comme entraînant des dépenses excessives et ne résolvant point d'ailleurs complétement le problème, les projets de MM. Passedoit, Brunfaut et Ducuing, qui conduisaient les eaux d'égout jusqu'à Quillebœuf ou jusqu'à Canteleu, au-dessous de Rouen ; elle a montré que le procédé d'épuration simple par filtrage n'enlève pas les matières organiques solubles, que le procédé d'épuration par agents chimiques (chaux, sels d'albumine, etc.) n'agit point non plus sur les matières solubles, que ces agents sont uniquement des clarificateurs qui respectent la plus grande partie des matières putrescibles, dissoutes, et elle s'est arrêtée définitivement à l'*épuration par le sol*.

M. Schlœung, le rapporteur de la commission, a clairement expliqué le mécanisme de l'épuration par le sol.

Le sol, en effet, filtre tout d'abord les eaux d'égout répandues en arrêtant les matières insolubles à sa surface. Les couches plus profondes s'imbibent à leur tour, chaque particule de terre s'enveloppe et se pénètre d'une couche liquide extrêmement mince : c'est alors que va s'opérer le second effet de l'irrigation, la combustion de la matière organique dissoute ; c'est là que va agir l'oxygène de l'air extérieur, et une combustion simple, à l'air libre avec flamme, n'agit point avec une intensité aussi parfaite que cette combustion latente à l'intérieur du sol, laquelle ne réduit pas seulement la matière organique en acide carbonique, en eau et en azote, mais oxyde lui-même l'azote organique et le transforme en acide nitrique, indice d'une complète combustion. L'humus, ce terreau lui-même, c'est-à-dire les résidus de l'oxydation des matières végétales désorganisées, a de plus la propriété d'exciter la combustion de l'ammoniaque et de rendre les combustions plus complètes, c'est-à-dire l'épuration des eaux chargées de matières solubles plus achevée (1).

La détermination du pouvoir épurateur du sol sur lequel on doit répandre les eaux d'égout, a été faite expérimentalement par les ingénieurs de la ville de Paris, selon les procédés du docteur Frankland, dont les recherches sur ce sujet sont restées classiques ; la commission a de même fixé les conditions qui facilitent l'épuration sur un sol même approprié.

Comme fait d'observation générale, les sols argileux épurent plus complétement que les sols sableux, parce que l'argile conserve bien l'humus, le terreau; mais l'air, agent indispensable de la combustion s'y renouvelle plus lentement. Les sols, sableux sont d'ordinaire assez pauvres en matière humique, mais la circulation de l'air y atteint sa plus grande activité. Ainsi, les deux types extrêmes ont chacun leur avantage et leur inconvénient, que partagent à des degrés divers tous les sols de composition intermédiaire. Le sol doit donc être filtrant (le sol caillouteux de Gennevilliers par exemple), afin que l'eau pourvoyeuse des matières d'épuration puisse circuler; la même condition fera que le sol sera bien aéré. L'irrigation sera intermittente, ce qu'il est facile de réaliser, tout en la faisant journalière, l'irrigation sera enfin modérée, afin que l'épuration puisse se faire complétement.

Comme il n'y a pas de lois fixes, la détermination du pouvoir épurateur du sol doit être faite, pour les diverses terres que l'on a choisies, dans le but d'y distribuer les eaux d'égout. Le docteur Frankland a établi cette détermination en calculant ce qu'un mètre cube du terrain retient de litres d'eau quand il est saturé et égoutté ; connaissant la profondeur du sol filtrant sur place et l'étendue des terres disponibles, on voit dès lors le temps nécessaire pour l'épuration totale des eaux. Le docteur Frankland a ainsi montré qu'un mètre cube de sable épure par jour environ 25 litres d'eau d'égout de Londres. Les expériences des ingénieurs de la ville de Paris établissent qu'à Gennevilliers 1 mètre cube de terre épure par jour 7 litres 81. Si l'on force un peu la dose d'eau d'égout, on peut naturellement arriver à un chiffre supérieur ; ce calcul des ingénieurs donne donc une dose annuelle de 57,000 mètres cubes par hectare, dose maxima à Gennevilliers. A Merlhyr-Tydfil en Angleterre, en 1870, l'irrigation sur un sol filtrant, argile, placé sur gros gravier, avec une profondeur de 2 mètres, a été pratiquée à raison de 180 à 240,000 mètres cubes d'eau d'égout par hectare et par an. D'une manière générale, en Angleterre, *quand il ne s'agit que d'épurer les eaux d'égout* (il n'est pas encore question d'utilisation) *par filtration à travers le sol*, la dose annuelle a été comprise entre 80 et 200,000 mètres cubes par hectare, le sol ayant une épaisseur utile de 1^{m}8 à 2 mètres.

L'intermittence de l'irrigation est une question de haute importance; il faut que l'eau à épurer séjourne le temps voulu pour que l'épuration soit complète, faute de quoi, et l'expérience suivante le démontre exactement, les couches profondes du liquide seront chassées par les couches de nouvelle irrigation, avant d'être dépouillées par la combustion des principes putrescibles. Le rapport donne une très-nette idée du mouvement de l'eau dans un sol filtrant : « Un grand tube vertical, de 10 centimètres de largeur par exemple, sur 1 mètre de long, est rempli de terre meuble; on y verse de l'eau de manière à mouiller plus qu'il ne faut toute la terre, et on laisse bien égoutter. Puis, on verse de nouveau dans le tube une petite quantité d'eau. Que devient-elle? Va-t-elle parcourir toute la longueur du tube, cherchant à se loger quelque part, trouvant toutes les places prises et finissant par s'écouler par le haut opposé? Non; elle prendra simplement la place d'un volume d'eau égal logé dans le haut du tube; celui-ci va descendre et déloger à son tour un égal volume d'eau, qui demeurait au-dessous de lui, et ainsi de suite. C'est ce qu'on appelle un déplacement en chimie. Ainsi procède la filtration de l'eau dans l'irrigation intermittente; l'eau d'un arrosage déplace celle du précédent. » La combustion à l'intérieur du sol étant lente et continue, il faut que le temps du trajet de l'eau égale ou dépasse le temps réclamé par l'épuration pour que la combustion

(1) Cette propriété de l'humus a été mise en relief par des expériences de M. Boussingault, sur la nitrification; l'azote du sang, de la chair, des chiffons de laine, de la paille, des tourteaux n'a pu être nitrifié dans ces expériences, quand ces matières ont été divisées dans le sable ou la craie, mais l'a été quand le sable et la craie ont été remplacés par la terre végétale.

des matières organiques soit complète et l'eau parfaitement épurée (1).

L'évacuation filtrée se fait par le *drainage* du sol sur lequel elles sont répandues; il est inutile d'insister longuement sur ce point.

Ces données importantes mises en lumière, nous pouvons aborder le second terme de la question, celui de l'utilisation par l'agriculture des principes fertilisants contenus dans les eaux d'égout. Sur cette utilisation, tout le monde est d'accord; les agriculteurs savent fort bien aujourd'hui que la restitution est la condition d'une production indéfinie, et c'est avec leur seul concours que l'utilisation peut se faire d'une manière profitable. Une ville comme Paris, dont on évalue le volume annuel des eaux d'égout à 100 millions de mètres cubes, ne peut acquérir, pour y organiser la grande culture, le nombre d'hectares nécessaire à l'épuration ou à l'utilisation, bien que, dans le cas d'épuration, le nombre d'hectares soit dans la proportion de 3 à 60 environ. Pour épurer les eaux de Paris, il faudrait 3 à 4,000 hectares; pour les utiliser, environ 60,000 hectares.

Mais la richesse des eaux d'égout est telle, que l'on évalue à 5,400,000 kilogrammes la quantité d'azote qu'elles contiennent, ce qui représente une valeur de 13 à 14 millions. Laissant de côté la potasse et les phosphates, pour ne considérer que cet azote, on calcule que ces 5,400,000 kilogrammes d'azote équivalent à 1,200 millions de kilogrammes de fumier de ferme et représentent le fumier de 40,000 hectares, à raison de 30,000 kilogrammes par hectare et par an, ce qui dépasse de beaucoup la moyenne des fumures en France.

L'utilisation est beaucoup plus satisfaisante que l'épuration, laquelle est restreinte par la superficie des terrains et pour la quantité d'eaux; les frais de drainage sont, de même, très-réduits à cause des larges surfaces.

Là où les essais d'utilisation ont été faites, les résultats ont été véritablement notables, M. Durand-Claye, dans un intéressant travail (2), a montré, par exemple, que dans les prairies du Milanais arrosées par la Vettalia, rivière où sont rejetées les eaux impures de Milan, on obtient ordinairement jusqu'à six coupes de foin, produisant 54 kilogrammes à l'hectare (Delesu), quelquefois même huit coupes annuelles. Un hectare de ces mêmes prairies milanaises peut entretenir trois vaches, alors qu'en France on compte en moyenne une vache par hectare de prairies; or, d'après M. Hervé-Mangon, ces eaux de la Vettalia sont dix fois moins riches en matières organiques que les eaux d'égout parisiennes à Asnières.

En Angleterre, à la ferme de Lodge-Farm, les prairies irriguées avec des eaux d'égout ont donné jusqu'à sept coupes annuelles, alors qu'en France les prairies ordinaires n'en donnent que deux.

Les essais pratiqués pour la culture maraîchère et potagère ont, de même, dépassé toute attente. Dans la plaine de Gennevilliers (dont le sol est semblable à ses carrières d'où l'on extrait le sable et les cailloux), les cultures les plus variées sont abordées avec confiance et succès : fruits, légumes, pépinières, fleurs, fourrages, racines, céréales, plantes médicinales ou utiles à la parfumerie, tout s'y trouve; or, avant le secours des irrigations, on ne pouvait récolter dans cette plaine aride ni blé, ni carottes, ni choux, ni artichauts, ni absinthe, ni menthe, etc. La Société centrale d'horticulture, par la voix de savants tels que MM. Duchartre et Brunquart, la Société des agriculteurs de France, ont, dans leurs nombreuses expositions, signalé au public les beaux résultats et donné leur pleine et compétente sanction à tous les essais.

Sur ce point donc, il n'y a qu'une voix pour approuver les résultats de l'utilisation en elle-même.

(1) La détermination expérimentale du temps nécessaire pour épurer une quantité donnée d'eau d'égout s'obtient de la manière suivante par le procédé de M. Frankland : on connaît le nombre de litres *retenus* par 1 mètre cube de terre égouttée, soit 150 (cas du sol de sable facile à déterminer en pesant le tube plein de terre sèche avant l'introduction de l'eau, et le pesant de nouveau après mouillage et égouttage). Puisque 1 mètre épure en un jour 25 litres, et qu'il en retient suspendu 150, l'eau y demeure 150/25 = 6 jours.

(2) *Situation de la question des eaux d'égout et de leur emploi agricole en France et en Angleterre.* 1873.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux.

Il est extrêmement rare que les lésions érosives ou ulcéreuses qui se développent sur les organes génitaux ne soient pas le produit d'un virus et le résultat d'une contagion. Aussi, pour peu que les apparences s'y prêtent, est-il tout nature d'admettre une pareille origine. Les probabilités en sa faveur sont même si grandes, qu'on ne se tromperait peut-être pas une fois sur mille en restant dans les termes généraux de ce diagnostic étiologique. Quand je dis une fois sur mille, je mets de côté l'herpès génital, qui occupe une assez large place numérique, d'abord parce qu'il est commun, et puis parce qu'il a une grande tendance à récidiver.

Mais, en dehors de cette affection, je n'en vois pas beaucoup qui puissent simuler les chancres simples, les chancres infectants, les plaques muqueuses et les accidents syphilitiques plus tardifs des organes génitaux, tels que les tubercules, les ulcérations serpigineuses, les hyperplasies diffuses et les tumeurs gommeuses.

Je crois cependant avoir rencontré quelques cas d'ulcérations qui n'étaient ni syphilitiques ni chancreuses. Il m'a été possible de les suivre pendant longtemps, et j'ai examiné à loisir et scrupuleusement noté les principales circonstances de leur histoire. C'est ainsi que j'ai été conduit peu à peu à corriger la première impression que leur physionomie et leur processus avaient fait naître dans mon esprit.

Comme ces faits sont tout à fait exceptionnels, il est permis d'hésiter un peu et de faire quelques réserves au sujet de leur interprétation. Je pense seulement qu'ils ne procédaient d'aucune cause virulente. On va en juger.

Affection furonculo-acnéiforme du gland.

I

Le premier cas qui me donna l'éveil sur la nature peu connue de certaines lésions génitales fut le suivant. C'est un des diagnostics qui m'ont causé le plus d'embarras; et, encore aujourd'hui, après tout ce que j'ai vu et l'expérience que j'ai acquise depuis l'époque où le malade vint me consulter, je trouve qu'il est fort difficile de se prononcer d'une manière formelle.

Obs. I. — M. A. X..., âgé de quarante-deux ans, n'avait jamais eu ni chancres, ni accidents syphilitiques consécutifs. On ne découvrait dans ses antécédents, comme maladie vénérienne, qu'une blennorrhagie très-légère contractée longtemps auparavant. Il était robuste, bien constitué et avait toujours joui d'une santé parfaite.

En décembre 1868, trois ou quatre jours après avoir eu commerce avec une femme qu'il connaissait depuis longtemps et dont l'état sain ne lui laissait, paraît-il, aucun doute,

M. X... s'aperçut de l'existence d'une écorchure dans le sillon balano-préputial.

Lorsque ce malade vint me consulter, huit jours après (28 décembre 1868), je trouvai derrière la couronne du gland, un peu à gauche, une ulcération creuse, indolente, reposant sur une base hémisphérique très-dure, de 2 centimètres de diamètre environ et tout à fait semblable à l'induration syphilitique. Il n'existait aucun engorgement inflammatoire dans les tissus périphériques; les ganglions inguinaux n'étaient ni gonflés ni douloureux. Aucun traitement général ou local n'avait été fait jusqu'alors; et je m'assurai, par l'interrogatoire, que l'incubation de trois ou quatre jours était la seule admissible, l'avant-dernier coït remontant à une époque beaucoup trop éloignée. Je fis une légère cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, et je prescrivis des pansements avec de la charpie imbibée de vin aromatique.

Le 4 janvier 1869 (quinzième jour), l'ulcération était en voie de se cicatriser. Une coque cartilagineuse, nettement implantée au milieu des tissus sains, l'entourait toujours. Il n'existait pas la moindre trace d'adénopathie ganglionnaire spécifique ou inflammatoire.

Le 11 janvier (vingt et unième jour), la cicatrisation était à peu près complète. Les ganglions inguinaux et cervicaux n'étaient pas tuméfiés. L'induration restait toujours ligneuse et nettement circonscrite; elle débordait de beaucoup l'ulcération, dont le diamètre diminuait rapidement. Santé excellente; aucune douleur locale; aucun trouble général. J'eus beau fouiller dans le passé du malade, je ne découvris chez lui aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

J'étais extrêmement intrigué par plusieurs circonstances qui me paraissaient incompatibles avec les caractères intrinsèques de cette ulcération. A l'envisager en elle-même, ne présentait-elle pas, en effet, une identité parfaite avec une des variétés les mieux accusées de l'accident primitif, avec celle dont l'induration en demi-sphère, plus ou moins évidée par le travail ulcératif, plonge au milieu des tissus sains, s'en détache par des contours arrêtés, et n'irradie autour d'elle aucun phénomène inflammatoire? Et pourtant, l'incubation n'avait été que de trois jours; et, chose tout aussi étonnante, au bout de vingt et un jours, aucun des ganglions inguinaux n'était devenu le siége de cette adénopathie spécifique qui fait si rarement défaut dans l'accident primitif de la syphilis. En considérant cette ulcération comme un chancre induré, on se trouvait donc en face de deux anomalies qu'il fallait prendre en sérieuse considération : 1° la brièveté de l'incubation; 2° l'absence complète d'adénopathie inguinale.

Du vingt et unième au vingt-neuvième jour, le travail réparateur qui semblait précédemment devoir aboutir à une prompte cicatrisation, s'arrêta sous je ne sais quelle influence. L'ulcération s'agrandit considérablement au bout de quatre jours. Elle se creusa sous la forme d'un petit cratère, semblable au trou d'un furoncle. Dans le fond de ce cratère proéminait un paquet de tissu cellulaire blanchâtre et sphacélé. Le processus nécrobiotique qui avait conduit à un pareil résultat était survenu d'une façon insidieuse, sans douleur ni inflammation périphérique. Il semblait qu'il eût tout à coup liquéfié l'induration. Du reste, aucun accident réactionnel ni général ni local, et aucun retentissement sympathique du côté des aines.

Le 23 janvier (trente-troisième jour de l'ulcération), le cratère s'était élargi et ressemblait absolument à un furoncle suppuré, sauf qu'il n'existait aucune inflammation périphérique. Au fond de l'ulcération, le gros bourbillon composé de filaments de tissu cellulaire sphacélé, se détachait peu à peu et on pouvait en enlever tous les jours quelques parcelles au moyen d'une pince, sans causer de vives douleurs. L'induration se trouvait réduite par ce travail gangréneux central à une coque cartilagineuse, qui plongeait très-profondément au milieu des tissus sains et s'en détachait avec netteté. Les ganglions inguinaux restaient toujours indolents; ils étaient même si petits qu'on avait peine à les découvrir, quoique le malade fût maigre.

Le 1er février (quarante et unième jour), l'élimination du tissu cellulaire sphacélé était à peu près complète, et l'ulcération formait une cavité assez grande pour contenir une petite cerise; alors elle était entourée d'une coque indurée et épaisse. Pas trace d'adénopathie inguinale ni cervicale.

Comme on approchait de l'époque à laquelle se déclarait habituellement les accidents constitutionnels, j'examinai avec la plus scrupuleuse attention la peau et les muqueuses, et je conseillai au malade d'en faire autant une ou deux fois par jour. Il me le promit, et n'y manqua pas, quoiqu'il eût la conviction intime que cette ulcération n'avait rien de virulent et qu'elle était tout au plus traumatique.

Pendant les dix premiers jours du mois de février, elle continua à s'agrandir aux dépens de la coque indurée qui la circonscrivait. Puis, avec une rapidité étonnante, en moins de huit jours, elle se combla et se cicatrisa complétement, si bien que le 25 (soixante-sixième jour de l'accident), le malade put pratiquer le coït sans autre inconvénient qu'une petite écorchure, qui ne tarda pas à se guérir.

A la fin de février, l'induration avait diminué de moitié; mais elle conservait toujours la même consistance ligneuse et le même mode d'implantation au milieu des tissus périphériques non enflammés. Elle avait la forme d'une demi-sphère.

Il n'était survenu aucune adénopathie, et j'eus beau explorer toutes les régions où se manifestent les premières poussées de la syphilis, je ne découvris rien. La santé générale resta toujours excellente. Je voyais souvent ce malade; lui-même s'examinait soir et matin; il est donc peu probable que les accidents cutanés muqueux ou autres nous eussent échappés L'induration ne diminua que très-lentement; vers la fin de mars (troisième mois révolu) elle persistait encore, mais il n'y avait pas le moindre retentissement du côté des ganglions de l'aine ou du cou, ni aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ancienne ou récente.

Je suivis le malade jusqu'au 16 août de la même année. Eh bien, au huitième mois, rien n'était survenu, la peau et les muqueuses étaient et avaient toujours été intactes. On voyait dans la rainure balano-préputiale une cicatrice blanche et gauffrée, un peu rouge à la périphérie et reposant sur une base encore légèrement indurée. Pas d'adénopathie ni aux aines ni ailleurs. Le malade était de plus en plus convaincu qu'il n'y avait aucune teinte syphilitique dans son accident, qu'il était purement local et que la femme qu'il voyait toujours et qui se portait très-bien, n'avait pas pu lui communiquer une syphilis qu'elle n'avait pas. Il me raconta qu'il avait éprouvé quelque chose d'analogue au commencement de l'année 1868, à la suite d'une déchirure. Dans l'incertitude où j'étais, je ne soumis M. X... à aucun traitement spécifique interne. Par conséquent, son affection balanique évolua en toute liberté.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 février 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Système lymphatique pulmonaire. — M. Grancher rappelle la communication qu'il a faite, dans la dernière séance, sur le même sujet, et fait connaître les résultats de ses nouvelles recherches. On sait qu'il divise les lymphatiques pulmonaires, comme le système pulmonaire lui-même, en lymphatiques péri-aériens et en lymphatiques péri-vasculaires; or il est impossible d'injecter les uns sans injecter les autres, ce qui prouve que ces deux systèmes lymphatiques communiquent entre eux. Le liquide injecté forme des espaces polygonaux, qui ne sont autre chose que les réseaux périlobulaires ; mais il est facile de voir qu'on injecte un réseau commun aux deux lobules voisins l'un de l'autre. Or s'il est vrai, comme M. Grancher l'a montré dans sa première communication, que chacun des petits systèmes pulmonaires est plongé dans un sac lymphatique, il n'a pas pour lui seul un système lymphatique complet, celui-ci étant commun à deux lobules juxtaposés. La circulation lymphatique entre les différents lobules pulmonaires est une circulation plus riche et plus large qu'aucune autre circulation artérielle ou veineuse. La circulation de chaque lobule est à la fois propre à un lobule et commune à ce lobule et au lobule voisin. La circulation lymphatique, plus qu'aucune autre, établit donc des rapports d'intimité anatomique très-étendus.

Influence des courants continus sur la suppuration et la cicatrisation des plaies. — M. Onimus dit qu'on peut, au moyen de courants électriques continus, augmenter ou diminuer la suppuration des plaies ou des ulcères, selon la direction du courant.

Le courant descendant, c'est-à-dire celui dont le pôle positif est placé près des centres nerveux, et le pôle négatif à la périphérie, augmente la suppuration ; mais en même temps, les phénomènes de nutrition sont plus considérables et les bourgeons charnus se forment avec une grande abondance et une grande rapidité.

Lorsque, au contraire, on emploie un courant ascendant, c'est-à-dire lorsque le pôle négatif est placé près des centres nerveux, et le pôle positif près de la plaie, la suppuration disparaît très-promptement, et dans tous les cas, diminue d'une façon vraiment étonnante. Il se forme sur la plaie une petite croûte qui s'enlève difficilement, et sous laquelle se forme la cicatrisation. Dans tous les cas, le fait important est l'*augmentation ou la diminution de la suppuration*, selon la direction que l'on donne au courant.

Dans les ulcères atoniques, dans ceux qui dépendent de varices, d'accidents locaux, il est préférable d'employer des courants très-faibles, qu'on laisse pendant quelques heures. Deux à trois éléments d'une pile ordinaire, mais peu énergique, suffisent dans ce cas. On met le pôle positif au-dessous de l'ulcère, et le pôle négatif est placé plus haut. On laisse les plaques en place pendant cinq à six heures ou plus, et l'on recommence tous les jours. On peut également, comme l'a déjà indiqué Spencer Wells il y a plusieurs années, mettre sur la partie inférieure une plaque d'argent, qu'on relie par un fil métallique avec une plaque de zinc, qu'on place plus haut sur le membre. Il se forme ainsi un courant électrique qui agit sur la guérison des ulcères. M. Arnold a recueilli plusieurs faits de ce genre dans la thèse qu'il doit soutenir prochainement, et il a observé des phénomènes analogues.

Lorsque les plaies ou les ulcères dépendent d'une altération nerveuse et sont très-difficiles à guérir, il est nécessaire d'employer des courants beaucoup plus intenses, mais de moindre durée. Dans ces cas, voilà comment M. Onimus procède : avec un courant de dix à vingt éléments, on promène légèrement une petite sonde en argent directement sur la plaie pendant deux à trois minutes; celle-ci est reliée à un des pôles et l'autre pôle est placé sur la colonne vertébrale, à l'origine des nerfs du membre. Puis avec un courant de quarante à soixante éléments, il électrise ces mêmes nerfs, mais en ne mettant plus les pôles directement en contact avec la plaie, et en les plaçant plus loin sur la peau intacte. Selon les effets que l'on veut obtenir, on emploie un courant ascendant ou un courant descendant. En général, les premiers jours, il est préférable d'employer un courant descendant, puis de changer le sens du courant, et surtout de mettre le pôle positif sur la plaie. L'action des courants électriques est due, dans ces cas, à des phénomènes électrolytiques, mais aussi aux modifications de la nutrition intime des tissus et aux changements dans la circulation locale. M. Onimus a obtenu, par ces procédés, des résultats des plus avantageux dans des plaies qu'aucun caustique ne parvenait à améliorer. Ces faits sont, d'ailleurs, d'accord avec ceux que MM. Onimus et Legros ont observé, il y a plusieurs années, sur l'influence qu'exercent sur la nutrition des courants électriques continus, selon leurs directions.

M. Rabuteau demande à M. Onimus s'il connait des faits relatifs à l'emploi de plaques de plomb dans le traitement des ulcères, faits qui paraissaient inexpliquables et se trouvent maintenant expliqués par les expériences dont vient de parler M. Onimus.

M. Onimus connaissait ces faits d'application de plaques de plomb sur les ulcères atoniques et fait observer qu'en effet, ces faits peuvent être rapprochés de ceux dont il vient de parler.

Décollement de la membrane hyaloïdienne. — M. Galezowski fait une communication sur une affection oculaire qui est encore très-peu connue, le *décollement de la membrane hyaloïdienne*. Iwanoff a, le premier, démontré le développement de ce processus pathologique sur des yeux énuclés. Knopp a rapporté un seul fait où, à l'ophthalmoscope, il a vu des membranes bleuâtres dans le fond de l'œil, et où, après l'autopsie, il a pu constater le décollement de la hyaloïde. Mais ni dans le travail de Knopp, ni dans les traités d'ophthalmoscopie en général, on ne trouve point de description concernant les symptômes de cette maladie. M. Galezowski a eu l'occasion d'observer cette maladie cinq fois, à des périodes plus ou moins avancées, et il communique à la Société les résultats de ses recherches.

Le décollement de la membrane hyaloïdienne s'observe constamment dans le segment postérieur du globe oculaire, tout près de la papille optique, de sorte que, si on examine cette dernière avec l'ophthalmoscope, on la voit un peu trouble et moins nette que dans un œil sain. Ce décollement se produit par un épanchement séreux qui s'accumule au-devant de la rétine, et refoule par conséquent la membrane hyaloïdienne sous forme d'un sac, dont les contours sont bien limités surtout dans une de ces circonférences.

Les signes qui caractérisent cette affection sont les suivants :

1° Le décollement hyaloïdien se développe d'une manière spontanée dans les yeux très-fortement myopes, qui portent les lunettes n° 3, 2 ou 1 concaves.

2° L'affection se déclare d'une manière rapide, dans l'espace de quelques jours.

3° L'acuité visuelle diminue d'une manière sensible, néanmoins, les malades peuvent lire quoique avec beaucoup de peine, les caractères n° 2, 3, ou 4 de l'échelle typographique.

4° Le champ visuel se trouve, dès le début, rétréci concentriquement dans de très-grandes proportions, mais d'une manière plus marquée du côté nasal.

5° A l'examen ophthalmoscopique, on constate une zone grisâtre semi-circulaire, à contours bien tranchés, qui contourne la papille à la distance de son diamètre. Les vaisseaux rétiniens forment des crochets à la limite de ce cercle grisâtre, ce qui est dû à la déviation apparente de l'image rétinienne par réfraction dans le kyste séreux sous-hyaloïdien. Deux figures faites en couleurs, d'après nature, par le docteur Galezowski, représentent cette disposition des vaisseaux.

6° Le fond de l'œil de ces individus présente des très-larges taches d'atrophie choroïdienne qui enveloppent la papille de tous côtés.

L'aspect ophthalmoscopique de cette maladie ne ressemble en rien à aucune affection connue jusqu'à présent, si ce n'est à un décollement de la rétine. Mais cette dernière occupe toujours, comme on sait, le segment antérieur du globe, voisin du cercle ciliaire, et ne s'étend à la portion postérieure de l'œil que sous forme de plis et

de stries blanchâtres. Tout au contraire, la membrane hyaloïdienne forme une tumeur globuleuse, sphérique, à contours bien tranchés, tandis que le reste du fond de l'œil est complétement sain.

7° Le décollement de la membrane hyaloïdienne est le résultat de l'épanchement séreux, dont l'origine ne nous est point connue. Mais qu'elle provienne de la rétine ou de la choroïde, il n'est pas sans inconvénient de laisser ce liquide exsudatif en contact avec la membrane visuelle, c'est pourquoi le docteur Galezowski se propose de pratiquer une opération, qui consiste à faire une déchirure de la membrane hyaloïdienne, pour établir la communication entre cette poche et l'intérieur du corps vitré. Le docteur Galezowski propose aux membres de l'assemblée d'examiner un malade atteint de cette affection, qu'il a amené avec lui.

De la non-toxicité des sels de cuivre. — M. GALIPPE continue depuis 1872, une série d'expériences sur les animaux, qui lui permettent d'affirmer que les sels de cuivre ne sont pas toxiques. Cherchant, autant que possible, à se placer dans les conditions d'un individu qui voudrait empoisonner son semblable, il n'a pas recours, à des moyens d'expérimentation particuliers tels que l'administration des sels de cuivre sous forme pilulaire ou la ligature de l'œsophage, pour empêcher les vomissements; il se contente de mélanger le sel de cuivre aux aliments habituels des chiens en expérience. Dans ces conditions, jamais il n'est parvenu à empoisonner un chien. En allant progressivement, il est arrivé à faire absorber au même chien des quantités considérables de cuivre sans donner lieu ni à des vomissements, ni à de la diarrhée. C'est ainsi qu'un chien a pu en prendre 45 grammes à raison de 1 gr. 70 par jour, sans avoir ni diarrhée ni vomissements.

M. Galippe a recherché quelles étaient les origines de la prétendue toxité du cuivre. C'est vers 1700 qu'on a commencé à prétendre qu'il y avait de grands dangers à manger des aliments préparés dans des vases de cuivre. Jean-Jacques Rousseau a tracé lui-même dans un journal, le *Mercure de France*, un tableau épouvantable des dangers qu'il y avait à préparer les aliments dans des vases en cuivre. Ce fut sous la Convention que parut le décret interdisant l'emploi de ces vases. L'action toxique des sels de cuivre fut donc officiellement établie, sans pourtant qu'on pût apporter une seule observation à l'appui de cette opinion. Or, l'étamage contenant souvent 50 pour 100 de plomb, est beaucoup plus nuisible que le cuivre même, dont il a été impossible jusqu'à présent de démontrer la toxicité.

M. LABORDE fait observer que cette question de la toxicité ou de la non-toxicité du cuivre est des plus importantes et met en jeu de grands intérêts au point de vue industriel. Il rappelle que les premières expériences qui semblent avoir établi que le cuivre n'est pas toxique ont été faites par lui au laboratoire de physiologie, et il cite, à l'appui, un article inséré dans la *Tribune médicale* où, après avoir signalé les résultats des recherches de MM. Bergeron et Lhote sur la présence d'une certaine quantité de cuivre dans l'économie, notamment dans le foie, après avoir rappelé l'autopsie faite par MM. Bourneville et Yvon d'une femme épileptique, traitée par le sulfate de cuivre, qui, dans l'espace de quatre mois, avait ingéré jusqu'à 43 grammes de ce métal et dont le foie contenait 295 milligrammes de cuivre, M. Laborde s'exprime en ces termes:

« Sur deux chiens, auxquels nous faisions avaler, tous les jours, du sulfate de cuivre aux doses progressives de 50 centigrammes à 1, 2, 3 et 4 grammes, nous avons vu se produire des efforts de vomissement tels que des accès convulsifs tétaniformes s'ensuivaient. Les matières vomies plus ou moins liquides, selon l'état de vacuité ou de plénitude préalable de l'estomac, offraient, dès le début, une coloration particulière, caractéristique, *gris verdâtre*; puis, dans les derniers efforts de vomissement, ces matières n'étaient plus constituées que par un liquide spumeux blanchâtre et filant. Plusieurs défécations successives suivaient constamment les vomissements : la première était de consistance à peu près normale, les autres étaient diarrhéiques et présentaient une coloration très-semblable à celle des matières vomies; toutefois, la couleur des selles était moins *verte*, et se rapprochait davantage de la teinte *grisaille*. Les animaux, pendant ces défécations, paraissaient visiblement souffrir de coliques violentes; ils poussaient parfois des cris plaintifs et leur ventre était plus ou moins rétracté.

Lorsque la crise était terminée (et elle durait habituellement une heure, environ) les animaux se couchaient sur le flanc comme vaincus par une grande fatigue, tombaient dans une sorte de collapsus bientôt suivi d'un sommeil plus ou moins profond. Puis, au réveil ils reprenaient leurs allures normales et leur gaieté; ils mangeaient avec grand appétit, et, au bout de trois semaines d'expérience, il ne s'était pas produit de modification appréciable dans leur état, notamment dans leur embonpoint qui, chez l'un d'eux, en particulier, était remarquable. Cependant, malgré ces apparences extérieures, nous avons constaté à l'autopsie de ces deux animaux, qui succombèrent rapidement à la suite d'une injection intra-veineuse de sulfate de cuivre l'existence, d'altérations évidentes, de nature inflammatoire, de la muqueuse de l'estomac et des intestins, surtout de l'estomac. Ajoutons qu'une certaine quantité de cuivre a été trouvée dans le foie.

Ces faits suffisent pour rendre compte des effets principaux de l'action des sels de cuivre sur l'économie, action plus ou moins négative, au point de vue toxique proprement dit, parce que, d'une part, il y a élimination immédiate et, en quelque sorte, providentielle, par les vomissements, et d'autre part emmagasinement par le foie et par les reins, principalement par le foie; mais action qui peut devenir à la longue plus ou moins nocive par le fait des accidents et des altérations *consécutifs*, provoqués par le contact incessant du composé chimique avec les tissus avec lesquels il est mis en relation immédiate. La mort, une mort à bref délai, peut-elle être la conséquence de ces altérations et de ces accidents? C'est là une question des plus graves et qui appelle les méditations les plus sérieuses du médecin légiste. Déjà les résultats acquis de l'expérimentation et de l'observation clinique permettent d'entrevoir une solution de cette question, peu en rapport avec certaines déductions suggérées par les investigations médico-légales dans des cas d'intoxication présumée. Mais l'étude expérimentale de ce sujet n'est pas encore complète, elle se poursuit au laboratoire de physiologie, dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de celles dans lesquelles les sels de cuivre peuvent être employés dans un but criminel..... »

M. HARDY fait observer que, dans la recherche du cuivre, il faut éviter autant que possible de se servir de creusets en platine, ceux-ci contenant presque toujours 5 pour 100 de cuivre.

M. KRISHABER a remarqué plusieurs fois que de simples attouchements du pharynx avec le crayon ou une solution de sulfate de cuivre avait amené des phénomènes d'intoxication très-intenses et d'une certaine durée, en particulier des vomissements incoërcibles, des sueurs froides, de la tendance aux lipothymies, etc., et cependant la quantité de cuivre, employée en pareil cas, est extrêmement minime. Ceci semblerait prouver que les choses ne se passent pas chez l'homme absolument de la même façon que chez les animaux.

M. RABUTEAU a fait un grand nombre d'expériences sur les métaux, et est arrivé à cette conclusion qu'un même métal, peut être toxique ou non suivant la dose, suivant qu'il est administré par le tube digestif ou injecté sous la peau ou dans les veines. S'il est vrai donc que les sels de cuivre ou de zinc, introduits dans le tube digestif, ne font pas mourir les chiens, il ne faut pas en conclure que, d'une façon générale, le cuivre n'est pas toxique. Mais il est vrai, cependant, qu'il est extrêmement difficile d'intoxiquer un chien en lui faisant avaler du cuivre.

M. GALIPPE répète qu'il n'a eu pour but, dans ses expériences, que de se placer au point de vue purement toxicologique. C'est pourquoi les expériences qui consistent à injecter du cuivre sous la peau, ou dans les veines, ou à lier l'œsophage, ne sauraient être comparées aux siennes.

M. Galippe répond à M. Krishaber qu'il est absolument convaincu qu'un milligramme de cuivre en contact avec la muqueuse pharyngienne est certainement incapable de produire des phénomènes d'intoxication. Toutefois les phénomènes observés par M. Krishaber peuvent s'expliquer par le fait seul du goût horriblement désagréable que laisse le cuivre dans la bouche.

M. LABORDE dit qu'il faudrait commencer par s'entendre sur le

mot toxique au point de vue physiologique et au point de vue médico-légal. Le cuivre, par exemple, qui a été démontré n'être pas toxique au point de vue médico-légal, peut l'être si l'on se place sur le terrain de l'expérimentation physiologique. M. Laborde a pu constater que le cuivre, donné en lavement à des chiens, a donné lieu à des vomissements terribles, accompagnés d'attaques convulsives qui semblaient à tous moments devoir être mortelles.

M. GALIPPE insiste sur ce fait seul qu'il a voulu démontrer qu'un individu ne pourrait pas empoisonner son semblable avec du cuivre. S'il s'agit d'un sel de cuivre soluble, un milligramme de ce sel suffit pour donner lieu à un goût tellement atroce, qu'il serait absolument impossible que la victime ne s'en aperçut pas et continuât à absorber la solution préparée à son intention.

Troubles de la sensibilité chez les ataxiques. — M. PAUL OULMONT expose le résultat des recherches qu'il a faites à la Salpêtrière, à l'aide des procédés graphiques sur les troubles de la sensibilité chez les ataxiques. Le procédé consiste en la représentation de chaque malade par une figure en pied, sur laquelle sont dessinées avec des crayons de couleur les plaques anesthésiques; la topographie des lésions apparaît ainsi d'une façon saisissante; et de la comparaison de ces sortes de cartes dessinées d'après vingt malades ataxiques choisis au hasard, le présentateur a tiré les conclusions suivantes :

1° Les troubles de la sensibilité (la sensibilité à la douleur est ici seule en question) sont à peu près constants;

2° Ils sont diffus, et répandus sur le corps tout entier. La tête même est prise dans la majorité des cas;

3° Ils sont disposés généralement avec une certaine symétrie; symétrie qui est surtout manifeste au tronc et sur les membres;

4° Ils occupent sur chaque partie du corps un siége d'élection. A la tête, ce sont les joues et les régions sus-orbitaires, tandis que le cou est presque invariablement libre. Au tronc, ce sont les seins, tandis que la région sternale est le plus souvent intacte, les omoplates et la région lombaire. Aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, les lésions de la sensibilité sont plus courantes, plus étendues et d'un degré plus avancé à la périphérie que vers le centre. Les îlots de peau saine existent de préférence au pli du coude et à la paume de la main pour les membres supérieurs, à la face interne des cuisses pour les membres inférieurs.

Cette répartition des plaques anesthésiques paraît caractéristique du tabes dorsalis, et elle a permis déjà au présentateur de poser, dans deux cas douteux, le diagnostic.

Contusion des nerfs médian, cubital, radial au niveau du bras; paralysie immédiate de l'avant-bras et de la main; abaissement notable de la température dans la partie paralysée; symptômes de névrite; guérison. — M. TERRILLON fait une communication sur ce sujet (sera publiée).

Application des courants électriques sur les parties anesthésiques — M. REGNARD a pratiqué sur trois malades de la Salpêtrière une nouvelle série d'expériences qui lui ont permis de constater les faits suivants, qu'il se contente de signaler sans leur donner d'explication.

Sur la première malade, un courant, amenant au galvanomètre une déviation représentée par deux, ne donne lieu à aucun phénomène physiologique. (Les chiffres suivants indiquent les déviations galvanométriques déterminées par les différents courants.) A 6, rien; à 14, rien; à 35, retour de la sensibilité; à 40, idem; à 65, rien; à 70, rien; à 90, retour des phénomènes.

Sur la seconde malade à 2, apparition des phénomènes; à 15, rien; à 30, retour des phénomènes; de 30 à 90, apparition des phénomènes.

Sur la troisième malade, à 2, rien; à 10, apparition des phénomènes; à 15, idem; à 45 rien; à 60, rien; à 80, retour des phénomènes. Tels sont les faits absolument singuliers qu'a constatés M. Regnard devant la commission de la Société de biologie.

M. LABORDE a assisté à ces expériences et déclare que les résultats mentionnés par M. Regnard, ont été d'une netteté parfaite.

M. CHARCOT fait observer que, dans les cas dont il s'agit, il paraît y avoir un véritable transfert de la sensibilité, c'est-à-dire que le côté sain semble perdre en sensibilité ce que gagne le côté malade sous l'influence des applications métalliques ou des courants électriques, puisqu'il est bien établi que c'est une et même chose. Ces faits ont surtout appris ceci, que des courants faibles peuvent donner ce que ne donnaient pas des courants intenses. On pourra sans doute en tirer des indications précieuses au point de vue thérapeutique.

Présentation d'instruments. — M. CHARPENTIER présente un appareil destiné à mesurer la sensibilité rétinienne.

La séance est levée à six heures.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 15 février 1877, il a été déclaré 961 décès, soit 27.0 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 35. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 54. — Pneumonie, 71. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Angine couenneuse, 31. — Croup, 27. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 263. — Affections chroniques, 405, dont 177 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 39. — Causes accidentelles, 10.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil poursuit le cours de ses recherches sur les influences réciproques que peuvent, l'une sur l'autre, exercer l'évolution d'une lésion traumatique et celle d'une affection générale ou locale. Chaque jour il porte son attention sur quelque nouvelle maladie considérée à ce point de vue; et, à mesure qu'on voit s'élargir ainsi le cadre de ses travaux, on en saisit mieux la portée réelle.

En effet, c'est une œuvre utile et d'une évidente actualité que de rappeler avec insistance aux praticiens jusqu'à quel point l'être vivant, l'individu est un, dans le concours harmonique de toutes ses fonctions, de tous ses organes, de toutes ses parties constitutives : jusqu'à quel point la santé forme un tout indivisible, pour ainsi dire.

Il fallait cette réaction au lendemain de la doctrine cellulaire et des théories de Virchow. Il la fallait venant d'un chirurgien et se présentant tout d'abord modestement, avec les apparences de l'observation à courte vue, qui, s'enfermant dans des faits isolés, en relève avec soin jusqu'aux moindres rapports, soit de causalité, soit de coïncidence.

On s'instruit bien mieux par les réflexions qui nous viennent de cette manière. On ne met pas son esprit à l'état de défense : comme on le ferait, sans aucun doute, pour une théorie tapageuse venant combattre une théorie à laquelle on est accoutumé.

C'est une impression faible d'abord, mais qui s'accentue en se répétant. Ceux mêmes qui s'étaient sentis le plus disposés à critiquer certains détails, à leur opposer au moins des doutes, sinon des objections formelles, se préoccupent, à la fin, de l'ensemble qui se découvre et de la question capitale qui sert de lien à toutes ces questions secondaires.

Les études de M. Verneuil ont déjà porté sur des intoxications lentes, telles que l'alcoolisme, sur des maladies constitutives, telles que le rhumatisme et la goutte, sur d'autres maladies générales, telles que le diabète, et sur des affections d'organes, telles que celles du foie et celles du cœur. C'est de celles-ci qu'il a parlé hier.

Lorsque le cœur est affecté, la santé générale peut ne point paraître troublée; mais pour montrer qu'en réalité elle l'est déjà plus qu'on le soupçonne, il suffit parfois du moindre choc. De même qu'une émotion morale, de même un léger traumatisme pourra modifier à jamais l'état antérieur d'équilibre instable, au moyen duquel les diverses fonctions de l'économie pouvaient s'accomplir d'une façon presque normale; et, en même temps, l'évolution de la lésion traumatique elle-même témoignera du trouble apporté dans le jeu des forces vitales par le fonctionnement imparfait du cœur.

De nouveaux chapitres viendront certainement affirmer les mêmes vérités en ce qui touche d'autres organes, dont les lésions peuvent passer inaperçues durant un certain temps, et se révéler tout à coup, avec la plus grande intensité, après une rupture d'équilibre par un choc moral ou physique.

La discussion sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde vient de reprendre et promet d'être chaude.

M. Guéneau de Mussy s'est senti atteint par les réflexions incidentes de M. Bouley sur les accusations portées contre les eaux d'égout, et, dans la séance d'hier, il a relevé le gant avec vivacité.

Maintenant les conclusions de son récent mémoire, il soutient que les faits prouvent la nocuité des émanations des égouts et du mélange de leurs eaux avec les eaux potables au point de vue de la propagation du choléra, de la fièvre typhoïde, etc. Il faudrait prendre des mesures pour empêcher la dissémination des germes de ces maladies, contenus surtout dans les déjections des malades.

Cette opinion que les déjections des malades peuvent, par leurs émanations, transmettre le germe de la maladie est depuis longtemps professée en Égypte en ce qui regarde la dysenterie épidémique, et certains faits, dont j'ai été témoin pendant une mission dans ce pays, tendent à me faire croire qu'elle est fondée.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des altérations du nerf optique de la rétine et de la choroïde produites par la carie vertébrale scrofuleuse et la pachyméningite spinale.

J'ai déjà eu l'occasion de vous montrer, dans le cours clinique de cette année, deux cas de carie vertébrale, avec névro-rétinite et tubercules de la choroïde, découverts au moyen

de l'ophthalmoscope. Ces faits ont été publiés par *la Gazette des hôpitaux*. En voici deux autres, dont je vais vous parler aujourd'hui, car je ne saurais trop insister sur ce sujet, pour vous montrer l'influence des diathèses et des dystrophies sur les différentes altérations des membranes profondes de l'œil. Syphilisme, leucémie, scrofulisme, glycosurie, albuminurie, saturnisme, etc., toutes les maladies générales peuvent sinon toujours, du moins très-souvent, se révéler au fond de l'œil par des caractères anatomiques certains qui donnent à *l'ophthalmoscopie médicale* une importance énorme, et qui en feront une méthode séméiologique usuelle, toute à l'honneur de la France où elle est née.

Ainsi que je l'ai montré dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie*, par des figures spéciales, accompagnées d'une description détaillée, quand une diathèse devient assez forte pour produire l'état cachectique, il se produit souvent des lésions du nerf optique de la rétine ou de la choroïde qui révèlent l'état du sang et du cerveau. Ici, nous voyons surtout, ces effets se produire dans la scrofule, soit qu'elle engendre la tuberculose des poumons, soit qu'elle produise celle des intestins ou des os, notamment des os de la colonne vertébrale.

Tantôt, c'est une simple névrite ou névro-rétinite, et tantôt c'est une névrite, accompagnée de choroïdite atrophique pointillée ou de choroïdite tuberculeuse. Les formes de la lésion profonde de l'œil varient énormément selon les sujets, mais on les observe si souvent, que la relation de cause à effet n'est pas douteuse.

Dans le premier fait, qui forme aujourd'hui le sujet de cet entretien, l'enfant a été amené pour une paraplégie, accompagnée de fièvre continue hectique. Elle était malade depuis longtemps, et son dépérissement l'a fait présenter à l'hôpital. Ceux qui l'ont amené n'ont pas dit qu'elle avait le dos difforme et ce n'est que dans ma salle, où elle fut mise, qu'on a découvert la gibbosité.

Voici du reste la note qui a été dictée le premier jour de l'examen et les faits qui ont suivi l'admission.

Obs. I. — *Carie vertébrale et pachy-méningite spinale.— Névrite optique. — Tubercules de la choroïde. — Mort sans méningite avec tubercules de la pie-mère.* — J..., âgée de trois ans, entrée le 1er mai 1876, au n° 37 de la salle Sainte-Catherine. Service de M. Bouchut.

Cette enfant, sur laquelle on a peu de renseignements, portait à la région dorsale une gibbosité considérable. Elle ne pouvait pas marcher, mais elle pouvait remuer les membres et n'avait pas de troubles de la sensibilité, c'était une paraplégie incomplète.

Elle mangeait énormément, buvait beaucoup, ne vomissait pas, n'avait pas de diarrhée et avait continuellement un petit mouvement de fièvre. Son corps était maigre, ses chairs molles et plissées et l'état d'amaigrissement considérable.

Elle avait sur la cornée des taies qui empêchaient de bien voir le fond de l'œil à l'ophthalmoscope; mais, malgré cet obstacle, à la circonférence de la taie, on pouvait encore voir la papille, gonflée et aplatie, pâle, blanchâtre, un peu atrophique, et dont les contours étaient distincts, offrant du côté externe un petit croissant de pigment noir bien formé. A droite, on croit voir une granulation blanchâtre, saillante, rougeâtre sur les bords; et, à gauche, deux granulations semblables, — mais, en raison de l'état de la cornée, on n'ose rien affirmer.

Du 6 juillet, on constate que l'enfant s'est encore affaiblie, qu'elle a maigri davantage et visiblement, qu'elle paraît près de mourir.

Les yeux, examinés dans ce moment, présentaient encore l'état d'atrophie papillaire indiquée précédemment; mais les contours de la papille étaient moins nets, et légèrement voilés par de l'œdème rétinien. Les veines étaient dilatées. Ce que l'on a cru être des granulations tuberculeuses n'a pas changé.

L'enfant continuait de manger, n'avait pas de vomissement, de constipation, ni de diarrhée, pas de somnolence ni de cris, et elle est morte sans paralysie ni convulsions. La mort a eu lieu le 9 juillet.

A l'autopsie, on trouve le corps des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales, détruit jusqu'au canal rachidien, de façon à laisser voir la moelle épinière. Il y a en avant de cette partie une poche fibreuse, remplie de matière caséeuse, épaisse, mêlée de nombreux fragments osseux, blanchâtres, décolorés, le foyer communique avec un autre foyer latéral, qui descend jusqu'à la dixième vertèbre et qui est rempli de matière crémeuse, verdâtre, épaisse, ne s'écoulant pas après l'incision. Dans le canal rachidien, en dehors de la dure-mère, il y a une bouillie gélatineuse rougeâtre, épaisse, qui recouvre les lames des vertèbres, dont la plupart sont imbibées. Au dedans de la dure-mère, la moelle ne paraît pas malade.

Les poumons sont parfaitement sains, sans tubercules ni granulations.

Les intestins sains et le péritoine, sans granulations; le foie, sans granulations. Rien aux reins, à la rate, ni au foie.

Le cerveau présente à la convexité des hémisphères, sous l'arachnoïde, un grand nombre de granulations tuberculeuses. Il n'y en a point dans la scissure de Sylvius, et la pie-mère très-rouge, adhérente à la substance corticale ramollie, n'offre point de traînées purulentes. La substance cérébrale est très-molle; les parois ventriculaires ramollies et il n'y a pas de tubercules dans la masse encéphalique.

Les yeux n'offrent pas d'hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique; — dans la choroïde, on trouve d'un côté, à droite, une granulation tuberculeuse et deux dans l'autre œil. Ces granulations n'avaient pas été vues pendant la vie, à cause des taies de la cornée qui empêchèrent l'exploration complète du fond de l'œil.

Ce qui caractérise le fait dont je viens de vous donner connaissance, c'est l'existence d'une cachexie scrofuleuse due à un mal de Pott, c'est-à-dire à une carie des vertèbres dorsales, donnant lieu à une gibbosité énorme, avec abcès prévertébral; à une pachy-méningite externe, ayant produit une irritation des méninges et le développement des tubercules de la pie-mère, sans suppuration méningée; à la prolifération tuberculeuse de la choroïde, et, malgré tout cela, laissant intacts et sains, sans granulations tuberculeuses, les intestins et les poumons.

Il semble ici que l'action irritante, née dans les os de la colonne vertébrale, ait borné ses effets au canal rachidien par la pachyméningite, à la cavité crânienne, par l'atrophie optique ou par la tuberculose de la pie-mère, enfin aux membranes qui dépendent de la pie-mère, par la tuberculose de la choroïde. En effet, en dehors des cavités encéphalo-rachidienne et oculaires tous les autres organes étaient sains.

C'est sous l'influence de ces lésions multiples que la fièvre hectique a pris naissance, et qu'il en est résulté un état de consomption mortelle, phthisie, qu'on pourrait appeler vertébrale, en raison de son origine, si toutefois le mot de phthisie devait être conservé par la science moderne.

Comme particularité, il faut mentionner le petit nombre de phénomènes locaux, qui résultaient de cette lésion osseuse énorme, avec abcès entourant la moelle épinière fléchie sur elle-même, en avant par la gibbosité antéro-postérieure et avec compression latérale des cinquième, sixième, et septième paires de nerfs rachidiens sous l'abcès osseux latéral. En effet, il n'y avait qu'une paraplégie incomplète et nulle altération de la sensibilité cutanée.

Je signalerai enfin, l'existence des tubercules choroïdiens chez un sujet qui est mort sans méningite, c'est-à-dire sans suppuration des méninges, et qui n'a présenté ni vomissements, ni constipation, ni somnolence, ni cris hydro-céphaliques, ni paralysie ou convulsions ultimes. C'est le troisième

fait de ce genre observé cette année dans mon service et il réfute une fois de plus cette erreur d'un oculiste qui, dans une appréciation critique de mes travaux, a cru pouvoir dire que la seule chose inconstestable de l'ophthalmoscopie médicale, c'était la présence de tubercules de la choroïde, indiquant *toujours* l'existence d'une méningite. Voyez si cela est vrai et comme il est utile de venir à l'hôpital s'inspirer de l'étude des malades, avant d'écrire des aphorismes de clinique.

Quant à l'autre fait, il diffère sensiblement du premier, parce que les altérations diathésiques du fond de l'œil sont différentes, et en effet, comme vous allez le voir, la diathèse scrofuleuse par ses lésions internes, était infiniment moins marquée. Sauf la lésion vertébrale, il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, ni dans les autres organes. Voici l'observation :

Obs. II. — *Carie vertébrale, bronchite, névrite optique, atrophie pigmentaire de la choroïde.* — T... Joséphine, neuf ans, 4 mai 1876, est entrée à l'hôpital pour une carie vertébro-dorsale avec une gibbosité considérable, sans paralysie des membres. Elle est malade depuis huit mois; à part cela, elle n'a pas eu d'autres maladies, elle est sujette à s'enrhumer. Elle tousse depuis quinze jours, et a un peu de fièvre; la résonnance de la poitrine est bonne, et la respiration, en arrière, accompagnée de râles muqueux. Bon appétit, pas de diarrhée. Pouls 120.

8 mai. — En haut de la poitrine et en arrière à gauche, bien qu'il n'y ait point de matité, il y a un bruit de souffle dans l'inspiration et l'expiration, accompagné du retentissement de la voix.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, présentent dans l'œil gauche un gonflement du nerf optique, caractérisé par la diffusion rougeâtre des bords de la papille qui sont confus et cachés par une teinte grisâtre ardoisée. La papille est uniformément rouge, aplatie, légèrement infiltrée, les veines sont peu dilatées, les artères bien visibles, et à gauche; au niveau de la macula, existe une tache blanc jaunâtre, qui a la sixième partie du volume de la papille, dont les bords sont déchiquetés et d'un côté infiltrés de pigment. Peu d'appétit, pas de vomissement, par de diarrhée, fièvre lente.

Sortie dans le même état le 25 juin 1876. — On la ramène à l'hôpital, le 16 novembre, pour une bronchite avec suffocation et cyanose, au moment des efforts de la toux.

Je ne la trouve pas plus malade de la colonne vertébrale et elle n'a aucune paralysie ni trouble sensoriel. L'œil est dans le même état, et on y retrouve la granulation indiquée plus haut, avec les mêmes caractères.

Dans les poumons, il y a de chaque côté, en arrière à la base des râles sous-crépitants, disséminés, mais par suite de l'incurvation de la tête et du contact du menton sur le sternum, le larynx est mal à l'aise, ratatiné sur lui-même et peu perméable. Aussi, dans les secousses de toux, l'expectoration est-elle très-difficile et il en résulte de la suffocation avec cyanose du visage et des lèvres.

Sur ces entrefaites, l'enfant fut atteinte dans les salles d'une varioloïde légère. Tout semblait marcher régulièrement lorsque, dans une quinte de toux, la mort survint par asphyxie. *A l'autopsie*, le *cerveau* est ferme, sain, congestionné, mais sans tubercule et sans granulations des méninges.

Les *poumons* sont fortement congestionnés, engoués, mais souples, sans pneumonie, et il ne présentent que deux granulations dures, grisâtres, enkystées. Les *ganglions bronchiques* ne sont ni hypertrophiés, ni tuberculeux.

Le *foie* et les *intestins* ne présentent rien de particulier.

La *colonne vertébrale* présente à la région cervicale une incurvation à angle de 60 degrés due à la destruction des quatrième, cinquième et sixième corps des vertèbres cervicales. Au-dessous, la septième cervicale, première, deuxième et troisième dorsales sont seulement érodées, cariées, couvertes d'une poche peu considérable, remplie de matière caséeuse. Cette partie de l'incurvation est aussi couverte de matière caséeuse blanche. La carie occupe également la tête des trois premières côtes de chaque côté.

Après avoir fait la coupe de la colonne par le milieu, de manière à voir dans chaque côté la moitié du canal rachidien et la moitié de chaque vertèbre. On voit que la moelle, placée au fond du foyer de la carie osseuse cervicale, est infléchie à 60 degrés environ, qu'elle est enveloppée de la dure-mère et qu'elle est saine. Elle est seulement atrophiée et de plus petit volume au niveau de la carie cervicale, mais son tissu n'est pas altéré.

Tout le tissu cellulaire du canal rachidien, qui environne la dure-mère spinale, est rouge, imprégné d'une sorte de bouillie sanguinolente grisâtre, purulente, et forme une sorte de feutrage considérable, allant des parois osseuses à la membrane fibreuse elle-même.

L'œil droit est sain; mais dans l'*œil gauche*, à l'endroit indiqué sur la figure coloriée sur la macula, on trouve un point d'atrophie choroïdienne avec dépôt de pigment granuleux considérable. La choroïde en ce point adhérait à la sclérotique et pas du tout à la rétine.

Dans ce fait, la mort est survenue par asphyxie, à cause de l'état de ratatinement du larynx, dont l'inflexion considérable empêchait les mucosités bronchiques de sortir. La tête, étant fléchie sur le sternum à un degré considérable, rendait le larynx tortueux et le ployait sur lui-même. A chaque secousse de toux, on voyait que l'expectoration ne pouvait avoir lieu qu'avec peine; il en résultait de la suffocation et une cyanose prononcée du visage et des lèvres. C'est dans un accès de suffocation que la mort a eu lieu, et l'autopsie a permis de constater cette obstruction du larynx par inflexion antéro-postérieure.

Elle a montré aussi que l'enfant n'était pas tuberculeux et qu'elle n'avait que les lésions du mal de Pott, c'est-à-dire destruction du corps de plusieurs vertèbres cervicales, inflexion considérable de la moelle occupant le fond du foyer de l'abcès, et enfin pachy-méningite assez étendue produite par la carie des os.

Ce qui nous intéresse dans cette observation, au point de vue spécial qui fait l'objet de ma leçon d'aujourd'hui, c'est l'état du fond de l'œil et les altérations que le mal de Pott y avait fait apparaître.

Cependant, j'avais constaté et dessiné au pastel les lésions du nerf optique et de la rétine voisine caractérisant un premier degré de névro-rétinite, plus dans l'œil gauche une petite tache jaunâtre, infiltrée de pigment, placée au niveau de la macula. Voici ce dessin colorié, fait il y a six mois, et, comme vous avez pu le voir, les lésions n'ont pas changé depuis cette époque.

Qu'est-ce que c'est que cette tache ou granulation jaunâtre infiltrée de segment? Quelques personnes ont cru que c'était peut-être un tubercule ancien de la choroïde en voie de régression, avec dépôt de matière pigmentaire. Je ne l'ai pas cru à cause de l'absence de relief et de la couleur légèrement jaunâtre de la production morbide.

L'histologie de l'œil pouvait seule faire reconnaître la nature du mal. La mort de l'enfant m'a permis d'en faire l'étude, et, sous le microscope, j'ai pu acquérir la certitude que la lésion intra-oculaire n'était pas tuberculeuse. C'était, comme je l'ai dit, une altération atrophique miliaire de la choroïde, laissant au devant d'elle la rétine intacte. Sur ce point, visible seulement à la loupe, la choroïde adhérait à la sclérotique, et elle était le siége d'une infiltration de granules pigmentaires en nombre considérable — autour d'une partie atrophiée.

On peut donc considérer cette tache miliaire jaune, semée de pigment, comme un produit d'inflammation chronique accompagnant la névro-rétinite occupant le même œil.

Comme vous le voyez, par les deux observations que je viens d'analyser et qui complètent une série de quatre faits étudiés cette année dans mon service, il n'y a rien d'exagéré dans la

prétention que j'ai eue d'établir une corrélation entre les maladies de la moelle et les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde. Cette corrélation se retrouve justifiée par l'étude des cas de chorée grave, de la première période de l'ataxie locomotrice, dans la période terminale de cette maladie, dans le tétanos, dans la myélite, etc. C'est une loi pathologique dont j'ai donné l'explication dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale*, et qui repose sur un très-grand nombre de faits constatés par beaucoup de médecins. Cette loi est la conséquence de l'action du nerf grand sympathique altéré par la lésion de la moelle d'où il prend ses racines. Ainsi s'explique l'hyperémie prolongée et, plus tard, l'atrophie du nerf optique si une certaine partie de la moelle épinière est altérée, et cette partie semble être la partie antérieure cervico-dorsale dans les cordons antérieurs et latéraux.

Maintenant, il y a quelque chose de plus à dire au sujet des altérations du nerf optique, de la choroïde et de la rétine dans la carie vertébrale, car deux causes peuvent produire ces altérations : d'abord, la myélite et la pachyméningite par l'intermédiaire du grand sympathique et, ensuite, la diathèse scrofuleuse qui, à elle seule, peut également occasionner la névro-rétinite.

Dans le premier des faits dont je parle actuellement, il est évident qu'il y a eu action du nerf sympathique combinée à l'action diathésique scrofuleuse, les tubercules de la choroïde en sont la preuve ; mais, dans le second, l'enfant n'avait rien de tuberculeux, et la cause des altérations du fond de l'œil a été purement réflexe, sans que l'influence de la diathèse y soit pour rien.

En résumé, voici quatre cas de carie vertébrale observés cette année dans mon service et morts de maladie intercurrente. Tous ont offert de la névrite optique ou de la névro-rétinite et deux ont eu en plus des tubercules de la choroïde.

Ces lésions, inconnues il y a quelques années, s'expliquent : 1° par l'effet de la diathèse scrofuleuse, qui produit dans le nerf optique, dans la rétine et dans le cerveau, des altérations trophiques semblables à celles qu'on observe dans le foie, dans les reins, dans les muscles et dans tous les tissus ; 2° par l'irritation du nerf grand sympathique né dans la moelle, irritation qui produit au fond de l'œil des troubles vaso-moteurs hyperémiques, dont la prolongation amène la névrite optique et la névro-rétinite.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Terrillon.

Contusion des nerfs médian, cubital, radial au niveau du bras. Paralysie immédiate de l'avant-bras et de la main. Abaissement notable de la température dans la partie paralysée. Symptômes de névrite. Diminution, progression de tous les symptômes. Guérison.

Un homme entré dans le service, au mois de décembre 1876, avait reçu la veille une contusion au bras gauche de la façon suivante : l'extrémité d'un timon de voiture avait contusionné brusquement le bras en atteignant sa face antéro-interne, alors que la face postérieure était appuyée contre un mur. Quinze heures environ après l'accident, on trouva une ecchymose légère au niveau du bras ; pas de gonflement ; les cordons du médian et du cubital sont douloureux et augmentés de volume au niveau de la contusion ; douleur également en arrière au niveau du radial.

Paralysie complète de l'avant-bras et de la main, sensibilité diminuée, contractilité électrique très-diminuée également. Ce qui frappe surtout, c'est une diminution de température de 7° comparativement au côté opposé.

Les jours suivants, la température se rapproche petit à petit de celle de l'avant-bras sain.

La contractilité volontaire renaît sous l'influence de l'électrisation. Quinze jours après, le malade peut reprendre son travail.

Actuellement il est presque complétement guéri, sauf une légère paresse des mouvements de la main et une sensation de froid dans l'avant-bras et la main, qui est indiquée par le malade, mais n'est plus appréciable au thermomètre. M. Terrillon insiste sur ce fait : que, l'on trouve, dans ce cas, une différence essentielle entre les phénomènes thermiques qui succèdent immédiatement à la section complète ou incomplète d'un nerf ; à la suite de ces lésions, en effet, il y a toujours élévation de la température au début.

Mais il fait remarquer que la compression des nerfs a donné à Walles et Weir Mittchel des résultats analogues à ceux qu'il a observés, et que Weir Mittchel cite deux faits de compression du nerf radial avec paralysie consécutive, qui ont donné un abaissement de température de 0°5 à 1°2.

La contusion donnant des lésions du côté des nerfs voisins de la compression, il n'est pas étonnant que les mêmes phénomènes en soient la conséquence. Dans le cas actuel, l'abaissement considérable de la température est dû à la contusion des trois nerfs du bras. Le résultat curieux de la contusion des nerfs n'avait pas encore été indiqué.

M. Terrillon aura, du reste, l'occasion d'insister sur ces phénomènes dans un travail qu'il prépare à ce sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie une lettre par laquelle il annonce qu'il met à sa disposition une somme de deux mille francs, destinée à récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge, et à publier le rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les renseignements d'après lesquels M. le préfet de police fait connaître qu'il n'y a pas eu d'épidémies dans le département de la Seine, pendant l'année 1875.

Une lettre de M. le préfet de la Dordogne annonce également qu'il n'a pas été observé d'épidémie dans le département, pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur les titres et les travaux de M. Félix Guyon, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Un mémoire destiné pour le prix Capuron, concours de 1876. Ce mémoire, qui porte pour devise : *Parce egenti, Domine*, a été envoyé trop tard pour pouvoir être admis au concours.

M. Larrey présente, au nom de M. Louis Fiaux, une brochure intitulée l'*Enseignement de la médecine en Allemagne*, et qui comprend une série de lettres publiées d'abord dans la *Gazette des hôpitaux*.

COMMUNICATION

Observations de blessures chez des sujets atteints d'affections cardiaques. — M. Verneuil a eu l'occasion d'observer, dans un court espace de temps, deux blessés chez lesquels existait une affection organique du cœur. Or, chez tous deux, la blessure a non-seulement offert une gravité notable due au développement d'accidents locaux particuliers, mais encore, réagissant à son tour sur la cardiopathie, en a singulièrement hâté et aggravé la marche, au point de faire apparaître prématurément les symptômes obtenus.

La première observation est intitulée : *Plaie contuse de la face*

dorsale de la main avec fracture des os du carpe; phlegmon diffus de l'avant-bras; hémorrhagies régulées nécessitant diverses opérations; accidents thoraciques; œdème des membres inférieurs; emphysème pulmonaire et lésion ancienne de la valvule mitrale.

La deuxième observation peut également se résumer par son titre : *Plaie légère de l'index de la main droite, lymphangite avec œdème considérable du membre; application de douze sangsues sur l'aisselle; hémorrhagie prolongée par les piqûres, anémie extrême, incision d'un abcès à la face entière du bras; six semaines après l'accident, troubles respiratoires; double hydarthrose; légère albuminurie; anasarque des membres inférieurs et du bras droit; rétrécissement aortique.*

Voici les conclusions que M. Verneuil croit pouvoir tirer de ces deux observations :

« 1° Les affections cardiaques préexistantes paraissent capables de retarder ou d'empêcher la guérison de certaines blessures, et suscitent des accidents locaux, parmi lesquels figurent des hémorrhagies et des inflammations diffuses.

« 2° Les blessures, par ces mêmes accidents locaux et par leurs conséquences, sont susceptibles de réagir sur les affections cardiaques antérieures, de façon à les aggraver et à provoquer prématurément des symptômes qui n'appartiennent, en général, qu'à leur période ultime. »

DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. GUÉNEAU DE MUSSY rappelle que, dans une séance précédente, M. Bouley a critiqué incidemment l'opinion de ceux qui regardent les émanations des égouts comme insalubres ; et leur a objecté : 1° que les égoutiers jouissent d'une santé irréprochable ; 2° que l'on sert souvent aux femmes élégantes, la galanterie d'une promenade sur sur les égouts, sans qu'on ait jamais entendu dire qu'aucun inconvénient en résultât pour elles ; 3° que les habitants de Bondy, exposés aux exhalaisons de leurs dépotoirs, jouissent d'une santé exceptionnelle.

M. Guéneau de Mussy conteste la nature probante de ces arguments. D'abord en ce qui touche les égoutiers, leur aspect même, leur teint hâve et plombé, ne prouvent pas une santé parfaite. Il n'est pas exact qu'ils soient moins que d'autres, sujets à la fièvre typhoïde. Parent-Duchatel, qui le premier avait émis cette opinion, reconnaît lui-même que, sur trente-deux qu'il a pu suivre durant six mois, quatre (c'est-à-dire un sur huit) ont été atteints de cette maladie. C'est une proportion considérable. D'ailleurs, la plupart de ces hommes, lorsqu'ils abordent cette profession, ont passé l'âge durant lequel on est le plus exposé aux affections typhiques, et c'est un point de vue à considérer. Peut-être même, un certain nombre ont pu acquérir une immunité relative, par quelque légère manifestation qui serait à cette pyrexie ce que certaines varioloïdes très-discrètes sont à la variole. Quant aux dames, qui vont se promener dans les égouts, on ne les a pas soumises à une observation assez suivie pour rien affirmer. On ne saurait se contenter de simples *on dit* en pareilles matières. M. Guéneau de Mussy admet que les ouvriers qui travaillent dans les dépotoirs de Bondy et les habitants de la plaine de Gennevilliers, dans laquelle les eaux d'égout ont servi à l'irrigation, n'en aient aucunement ressenti d'effet funeste. Mais les conditions sont ici tout autres que dans les égouts traversant les villes.

Pour ces derniers, qui renferment des matières excrémentitielles récentes et fraîches, l'observation a prononcé dans le sens de leur nocuité. Les épidémies de Courbevoie, de Windsor, de Westminster, de Bruxelles, de Kings Wood, ont eu leur cause principale dans les mauvaises conditions des égouts ; celle de Croydon est née dans des circonstances telles qu'un médecin, le docteur Carpenter, a pu la prévoir et la prédire, par cela seul qu'il prévoyait le mélange des eaux d'égout avec l'eau d'un des réservoirs qui fournissaient aux fontaines de la ville. En effet quatre cents personnes étaient atteintes de fièvre typhoïde, et exclusivement dans le quartier de la ville alimenté d'eau par ce réservoir, quinze jours après que ce mélange eût commencé à s'effectuer; l'épidémie cessa après qu'on eût veillé à la pureté des eaux potables.

De cet exemple et d'un grand nombre d'autres semblables, M. Guéneau de Mussy conclut à la propagation possible de plusieurs maladies infectieuses par les égouts; et il pense que les documents mêmes invoqués par M. Bouley pourraient fournir quelques arguments à l'appui de cette opinion. Il croit donc qu'il vaut mieux proclamer le danger et provoquer les modifications les plus urgentes dans la disposition de nos égouts, en les installant par exemple comme ils le sont à Bruxelles, plutôt que de laisser le corps médical et les populations dans une fausse sécurité.

M. BOULEY dit que la gravité de la question d'hygiène soulevée par la communication de M. Guéneau de Mussy lui impose l'obligation de se recueillir avant de répondre à l'argumentation qui vient d'être soulevée devant l'Académie. Il pense que d'autres membres voudront bien prendre part à la discussion et venir jeter dans la balance le poids de leur opinion.

M. BOUCHARDAT demande à dire quelques mots sur cet important sujet. On comprend bien, dit-il, que dans les matières excrémentitielles fraîches puisse être contenu le principe contagieux de la fièvre typhoïde ou du choléra; mais il n'en saurait être de même des matières anciennes déposées dans des fosses d'aisance ou mélangées avec les eaux des égouts, du moins les faits ne semblent pas démontrer que les fosses d'aisance ou les égouts puissent devenir des foyers de la contagion de la fièvre typhoïde ou du choléra. Soutenir cette opinion, c'est, suivant M. Bouchardat, aller au delà des faits.

Sans doute, personne ne saurait nier que l'accumulation considérable des matières animales dans un lieu donné, que le déversement des eaux des égouts collecteurs pendant les chaleurs de l'été n'aient pas d'inconvénient. Mais il ne faut pas pour cela condamner le système des égouts dans les grandes villes, qui est un mal nécessaire.

Si M. Guéneau de Mussy était venu, avec une statistique, démontrer que les égoutiers et les vidangeurs fournissaient un contingent plus considérable à la fièvre typhoïde, on pourrait accepter ses conclusions; mais des assertions, sans preuves à l'appui, n'ont d'autre résultat que de jeter dans l'esprit public du trouble et des appréhensions non justifiées.

M. GUÉNEAU DE MUSSY répond que puisque M. Bouchardat reconnaît la nocuité des matières excrémentitielles récentes, il ne peut se refuser à admettre l'action nuisible des fosses d'aisance et des égouts dans lesquels ces matières sont incessamment déversées. Cette action nuisible ne repose pas seulement sur de simples assertions, mais encore sur des faits recueillis dans de nombreux travaux que M. Guéneau de Mussy a signalés. M. Guéneau de Mussy ne prétend pas condamner le système des égouts; mais il voudrait qu'on l'améliorât et surtout que l'on ne laissât pas communiquer librement les égouts, soit avec l'intérieur des maisons, soit avec la voie publique. Il voudrait que l'on établît, comme on l'a fait en Belgique, des soupapes destinées à fermer ces communications dangereuses. M. Guéneau de Mussy récapitule rapidement les arguments qu'il a opposés aux assertions de M. Bouley, et il répète qu'il était utile d'appeler l'attention publique sur cette question pleine d'actualité.

LECTURE

Recherches sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle. — M. Félix Guyon, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, chirurgien de l'hôpital Necker, lit sur ce sujet un mémoire volumineux, dont les conclusions sont les suivantes :

« 1° La recherche des trois parties constituantes de l'arcade palmaire superficielle peut être faite dans la direction d'une ligne que prolonge obliquement, à travers la paume de la main, le bord cubital du pouce placé dans l'abduction la plus complète.

« 2° La ligne opératoire ainsi tracée passe au niveau et au-dessus de la portion transverse de l'arcade et jamais au-dessous, ce qui est nécessaire, dans tous les cas, pour réaliser les meilleures conditions de recherches.

« 3° La recherche de l'artère s'effectue toujours facilement et sûrement lorsqu'on a soin de faire écarter les lèvres de l'aponévrose incisée, en tendant fortement les doigts. Si l'artère n'est pas dès lors

à découvert, la dissection nécessaire pour la mettre à nu se fera en suivant la face profonde de l'aponévrose.

« 4° L'étendue de l'incision variera selon le point de l'arcade qui devra être lié, mais sa direction devra toujours être identique au tracé que nous avons indiqué.

« 5° Les anomalies de l'arcade palmaire ne peuvent être une contre-indication à l'application de la ligature directe pratiquée selon les règles précises, à l'aide desquelles l'opérateur sera toujour sûr de rencontrer les branches d'origine.

« 6° La situation respective de l'arcade palmaire et des tendons permet de facilement appliquer les règles opératoires qui mettent à l'abri de leurs lésions.

« 7° Dans la paume de la main, comme dans tout autre région où elle est applicable, la ligature directe des bouts de l'artère blessée est le moyen hémostatique le plus sûr à opposer aux hémorrhagies primitives ou secondaires.

« 8° L'ischémie préalable, que l'on peut obtenir par la méthode d'Esmarch, facilite beaucoup la recherche des bouts des artères blessées dans la paume de la main. »

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. PAULET offre un exemplaire de la deuxième édition de son *Résumé de chirurgie appliquée*.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Daniel Mollière (de Lyon), une observation de contusion simple du tibia qui a été suivie d'accidents graves, nécrose, suppuration abondante, émaciation du sujet, jusqu'au jour où l'on a reconnu la présence du sucre dans les urines. L'eau de Vichy et un bon régime guérirent alors le malade en quelques semaines.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. MARJOLIN rappelle le fait d'un enfant qui, jouant avec d'autres à se pêcher à la ligne les uns les autres, avala la boulette de pain qui servait d'appât et l'hameçon qu'elle recouvrait. Le médecin, auquel on l'amena de suite, introduisit le fil de la ligne, qui heureusement n'avait pas été cassé, dans une tige de poireau qu'il put faire glisser, grâce à ce conducteur, jusque sur l'hameçon. Refoulant alors le corps étranger, il parvint à le dégager et à le piquer dans la tige, et put enfin, l'extraire. Ce fait a été publié dans une des premières années de la *Gazette hebdomadaire*.

M. LARREY rappelle l'extraction d'une pièce de 5 francs faite à l'Hôtel-Dieu, par Dupuytren, à l'aide des pinces de Graefe. Les accidents produits par des fragments d'os introduits dans le pharynx étaient fréquents autrefois dans l'armée, à cause de la précipitation aveclaquelle les soldats mangeaient à la gamelle commune. Aujourd'hui que chacun a sa gamelle, ces accidents sont rares.

RAPPORT

M. DELENS fait un rapport sur une note, adressée par M. Daniel Mollière (de Lyon), sur une modification apportée à l'application de l'appareil de Esmarch, dans le cas de sutures de tendons qui demandent une recherche minutieuse. Cette modification consiste à n'appliquer la bande qu'à partir du point où doit être faite l'incision, de manière à laisser une certaine quantité de sang dans la partie inférieure du membre, sang qui aidera le chirurgien à reconnaître les parties. Quatre observations de sutures de tendons sont jointes à cette note et présenteraient un grand intérêt si elles n'étaient beaucoup trop écourtées. Le travail de M. Mollière sera déposé aux archives.

COMMUNICATIONS

M. NEPVEU donne la lecture d'un travail intitulé : *Etude sur le lymphangiome de la langue*. (Commission déjà nommée.)

M. PHILIPPE (de Saint-Mandé) fait connaître trois observations de hernies inguinales étranglées, réduites facilement après des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. (Commiss.: MM. Houël, de Saint-Germain, Le Dentu.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Cancer colloïde du gros orteil. — M. LE FORT présente une pièce recueillie dans son service et le moule qu'il en avait fait faire par M. Baretta avant l'opération. Il s'agissait d'une tumeur qui avait commencé à se développer, il y a dix-huit mois, sur le gros orteil d'un homme de soixante-quinze ans. Elle avait commencé par un léger gonflement au niveau de l'interligne articulaire de la face plantaire des deux phalanges, accompagné de quelques douleurs sur la face dorsale. Il y a trois mois, un léger suintement se fit au niveau de la matrice de l'ongle, et la tumeur prit un développement très-rapide. Le 30 janvier, l'orteil, dont la forme était conservée, avait 19 centimètres de long et 39 de circonférence. La peau était normale, mais présentait trois ulcérations d'étendues diverses. Celle qui siégeait au niveau de la matrice de l'ongle avait 7 centimètres sur 5. Dès hémorrhagies se faisaient de temps en temps, par ces ulcérations. Les autres orteils étaient intacts, mais fortement déviés en dehors. La consistance était plus molle que celle d'un lipôme. La tumeur a été enlevée ce matin en y comprenant les deux premiers orteils. A peine l'incision fut-elle faite, qu'il s'écoula une masse de substance molle presque diffluente, d'un aspect colloïde. L'os était réduit à quelques fragments ; la tête du métatarsien était intacte. M. Le Fort pense avoir eu affaire à un cancer colloïde.

COMMUNICATION

Guérison du prolapsus utérin par la suture du vagin.— M. LE FORT expose un nouveau procédé opératoire qu'il a appliqué à la guérison du prolapsus utérin. Avant de réduire l'utérus, le chirurgien fit, en avant et en arrière, sur les parois du vagin renversées, quatre incisions circonscrivant un quadrilatère dont il enleva la muqueuse devenue cutanée. Puis il réduisit l'organe jusqu'à ce que les deux parties avivées fussent en contact et plaça des points de suture métallique à mesure qu'il repoussait l'utérus. Pensant qu'il aurait de grandes difficultés à aller retirer le fils, il les laissa très-longs, espérant qu'ils finiraient par sectionner les parties et qu'il pourrait les tirer facilement par le vagin, ce qui eut lieu, en effet, quinze jours après. Cette femme est occupée depuis ce temps aux travaux de la cuisine de l'hôpital, et l'utérus est resté maintenu. Cependant, trois semaines après, M. Le Fort crut prudent de rétablir le plancher périnéal détruit et fit à cet effet une nouvelle opération dont les résultats ont été très-satisfaisants.

M. DESPRÈS pense qu'il faut attendre un ou deux ans pour se prononcer sur le résultat définitif de cette opération. Le plancher périnéal restauré ne résiste que s'il est maintenu par une ceinture munie d'une pelote. Encore faut-il que le coït ne vienne pas le déchirer.

M. VERNEUIL partage cette manière de voir sur l'inefficacité habituelle de ces opérations. Il a vu de ces sutures, très-solides au moment de la sortie de l'hôpital, détruites en peu de temps par le mari.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La question de temps est capitale dans les résultats de ces opérations.

M. ANGER a opéré une malade il y a dix-huit mois, et, aujourd'hui encore, le résultat de l'opération est excellent. La malade ne porte ni bandage ni ceinture.

M. TILLAUX croit que presque toutes ces opérations échouent. Elles permettent seulement aux malades de porter une ceinture ou un pessaire qui maintient alors l'utérus. Il ne s'agit d'ailleurs ici que de prolapsus anciens, car ceux qui sont de date très-récente, qui se sont produits brusquement et qu'on pourrait appeler *luxations de l'utérus*, guérissent très-rapidement par le repos.

M. POLAILLON a vu cet accident se produire chez une femme de

venue enceinte très-peu de temps après un accouchement. La réduction, le repos au lit, l'application d'un anneau de Gayral ou de Dumontpallier en triomphèrent aisément.

M. LE FORT ne trouve pas suffisant de mettre les malades en état de porter un pessaire ou un anneau de Gayral, dont celui de Dumontpallier n'est qu'une imitation. L'opération qu'il a pratiquée donne un résultat plus satisfaisant.

M. PANAS demande que chacun apporte les faits qui seront à sa connaissance. C'est le seul moyen d'arriver à élucider cette question. Il a, pour sa part, fait la suture des parois vaginales chez une malade qu'il a revue trois ans plus tard et chez laquelle la guérison s'était maintenue. Il ne s'agit pas de faire rentrer l'utérus dans sa place première, mais de le maintenir dans le vagin et de débarrasser les femmes de la gêne et de la douleur que leur cause la présence entre les cuisses de la tumeur formée par l'utérus. Un simple anneau peut quelquefois suffire, mais il y a des femmes qui ne veulent pas en porter et, dans ces cas, l'autoplastie du vagin, qui n'est pas plus grave que les autres opérations faites sur ce conduit, est une opération utile. La méthode employée par M. Le Fort est tout à fait nouvelle et constitue un véritable progrès.

M. TILLAUX ne conteste pas l'utilité de ces opérations, mais pense qu'elles sont infidèles et qu'il faut suivre longtemps les malades pour en connaître le résultat exact. Vaut-il mieux faire, comme M. Le Fort, une bride intra-vaginale ou faire simplement la suture de la vulve? M. Tillaux pense que la vulvorrhaphie est préférable pour empêcher la sortie de l'utérus chez les femmes qui ne peuvent supporter aucun appareil.

M. LE FORT pense que le prolapsus n'est plus possible après l'opération qu'il a faite et qui doit suffire dans l'immense majorité des cas. Il espère pouvoir suivre la malade et tenir la Société au courant des résultats de l'opération.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera le prix Fauré en 1878, dont nous reproduisons ci-après le programme.

« Les variations dans la consommation de la viande se lient intimement avec le mouvement de la population. A une augmentation dans la viande consommée correspond un accroissement de la population; une diminution dans le régime animal est suivie d'une décroissance de la population.

En France, la consommation de la viande, dans la classe peu aisée des villes et surtout dans les campagnes, est insuffisante pour satisfaire à une bonne alimentation; aussi la population ne s'accroît qu'avec une lenteur inquiétante.

Le prix élevé de la viande, l'insuffisance de sa production, surtout dans certains départements, sont les causes de cette consommation restreinte qu'on cherche à combattre depuis des années par la préparation ou l'importation de viandes conservées.

Mais quelle est la valeur nutritive de ces viandes salées, séchées, fumées, pressées, conservées dans le vide, par le froid, etc., etc.? Le prix auquel on les livre doit-il en favoriser la consommation, eu égard à leur pouvoir alimentaire? Les animaux qui les fournissent sont souvent, surtout à la Plata, amaigris, surmenés, malsains; cela ne peut-il offrir de dangers? Les travaux de MM. Girardin, Caneaux et Thorel, de Rouen (1855), ont déjà démontré que la salaison diminue la valeur nutritive des viandes qui abandonnent à la saumure le tiers et même la moitié de leurs principes nutritifs, tant salins qu'organiques.

Quelle est l'influence, sur cette valeur nutritive, des autres modes de préparation?

La Société, désireuse de voir élucider ces questions, met au concours le sujet suivant:

Étudier les avantages et les inconvénients de l'alimentation de la classe peu aisée, par les diverses viandes conservées, tant françaises qu'étrangères.

Le prix, d'une valeur de 600 francs, sera décerné à la fin de l'année 1878.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1878, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— *Errata.* — Plusieurs fautes se sont glissées dans le premier Paris (du 20 février), p. 161, ligne 2, lire *s'impose* au lieu de *impose*. — Dans la 2e colonne, ligne 23, la circulation *de la vie*, et non *de la vase*. — Page 162, lire *M. Schlæsing*. — Dans la 2e colonne, même page, lire ligne 54, finissant par s'écouler par le *bout* opposé. — Page 163, lire *Delesse*, *Brongniart*, au lieu de *Delesu*, *Brunquart*.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 3e année 1875-1876. — Prix: 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye.

Le Directeur: Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 23. — SAMEDI 24 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1877. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La thérapeutique jugée par les chiffres.

On a vu, dans l'exposé précédent(1), la médication antiphlogistique disparaître presque complétement, pour faire place aux médications toniques et reconstituantes. Mais ce n'était pas seulement à titre d'antiphlogistique que l'on avait recours aux émissions sanguines; la saignée, par exemple, était l'auxiliaire ou l'antécédent presque obligé de toute médication de quelque importance et de quelque durée. Aujourd'hui, c'est aux purgatifs que ce rôle est dévolu. La plupart des traitements, dans quelque vue et avec quelques agents qu'ils soient institués, débutent par des évacuations. De là, indépendamment des indications directes très-multiples des évacuants, l'accroissement considérale de leur usage. Cet accroissement, du reste, est antérieur à la période que comprend la statistique de MM. Lasègue et Regnault, ce qui fait qu'elle ne nous apprend rien sous ce rapport, les chiffres restant à peu près les mêmes depuis 1855 jusqu'en 1875. Les sels purgatifs, représentant pour l'usage des hôpitaux les eaux minérales purgatives, occupent le premier rang. Ils figurent pour une moyenne annuelle d'environ 3,500 kilogrammes. L'huile de ricin a augmenté graduellement ; de 1,063 kilogrammes en 1855 elle s'est élevée à 3,389 en 1875. Le séné, le tamarin, la manne et la rhubarbe n'ont pas sensiblement varié et figurent pour des chiffres très-inférieurs à ceux des sels et de l'huile de ricin.

Les drastiques, pendant cette même période, ont été soumis à des variations que rien n'explique, et dont il est difficile de se rendre raison. En général, l'usage de l'aloès, de l'huile de croton et de la gomme-gutte s'est accru.

Les préparations iodiques, sous les deux formes principales de teinture et d'iodure de potassium, la première pour l'usage topique, la seconde pour l'usage interne, ont vu leur consommation s'accroître rapidement d'année en année, au point d'être plus que doublée en vingt années. Nous laissons parler les chiffres.

L'iode libre (teinture), qui figurait pour 48 kilogrammes, de 1855 à 1860, s'élève à 79, de 1860 à 1865 ; à 109, de 1865 à 1870, et à 146, de 1870 à 1875.

L'iodure de potassium figure, pour les mêmes périodes, pour les chiffres de 248 kilogrammes, 299, 385 et 558.

Les mercuriaux : le mercure, l'oxyde rouge, l'azotate et le turbith minéral, exclusivement destinés à l'usage topique, ont peu varié. Le mercure est représenté par une moyenne annuelle d'environ 200 à 250 kilogrammes. Il y a une très-légère diminution dans les cinq dernières années. Le maximum est de 330 kilogrammes en 1870, le minimum de 178 en 1874. L'oxyde rouge, avec quelques oscillations, peut être représenté, par une moyenne annuelle de 2 kilogrammes. L'azotate oscille entre 4 et 8 kilogrammes et le turbith entre 10 et 30 kilogrammes. Les substances à usage mixte, tels que les chlorures et notamment le chlorure mercurique (sublimé), ont subi une augmentation considérable dans les quatre dernières années, ce qui tient sans doute à la quantité croissante des bains de sublimé. La consommation, qui de 1855 à 1871, ne variait guère que de 32 à 60 kilogrammes, s'élève tout à coup à 106,577 en 1872, à 135,553 en 1873, à 141,675 en 1874, à 102,585 en 1875.

La consommation de calomel reste à peu près la même, c'est-à-dire de 40 à 50 kilogrammes moyennement par année.

Enfin les iodures, proto et deuto-iodure de mercure restent stationnaires.

Le chlorate de potasse, longtemps délaissé, comme on le sait, s'élève rapidement depuis l'année 1855, époque où remonte sa réintégration dans la thérapeutique. Sa consommation pour cette année était de 38 kilogrammes, elle a été de 184 kilogrammes en 1860, de 245 kilogrammes en 1865, de 354 kilogrammes en 1870 et de 419 en 1875.

L'huile de foie de morue dont la consommation était déjà considérable en 1855, où elle s'élevait à 9,576 kilogrammes, n'a cessé de s'élever d'après une progression continue; elle est de 11,416 kilogrammes pour 1860, de 14,733 pour 1865, de 16,995 pour 1870 et de 18,571 pour 1875.

Le phosphate de chaux, qui répond à des indications à peu près analogues à celles de l'huile de foie de morue, mais cependant moins générales, a oscillé de 1855 à 1875 entre 100 et 300 kilogrammes.

En fait de préparations ferrugineuses, la thérapeutique hospitalière s'en tient depuis longtemps à un petit nombre de formes dont l'expérience a justifié l'utilité : le fer divisé (fer réduit), le sous-carbonate, le carbonate ferreux, le lactate, le chlorure, l'iodure et le tartrate ferrico-potassique.

Le fer réduit et le sous-carbonate, les deux formes les plus usitées ont suivi une marche inverse, le premier augmentant

(1) Voir la Revue précédente.

d'année en année dans une faible progression, le second diminuant dans des proportions à peu près égales, de manière à arriver à un chiffre égal pour la dernière période. Voici les chiffres qui montrent ce mouvement en leur inverse.

	Fer réduit.	Sous-carbonate de fer.
De 1855 à 1860.	54 kilog.	108 kilog.
De 1860 à 1865.	72 »	80 »
De 1865 à 1870.	73 »	81 »
De 1870 à 1875.	76 »	76 »

Le carbonate ferreux et le lactate suivent, dans des proportions beaucoup moins élevées, le même rapport inverse, qui marque de plus en plus la tendance à l'abandon de ce dernier. Nous trouvons pour les mêmes périodes les chiffres suivants :

Carbonate ferreux, 15 kilogrammes, — 20, — 26, — 30, —

Lactate, 3 kilogrammes, — 2, — 1, — 1.

Le tartrate ferrico-potassique reste à peu près invariable, dans la moyenne de 30 à 35 kilogrammes.

L'iodure ferreux va en augmentant : 22 kilogrammes, — 39, — 75, — 99.

Le perchlorure de fer, comme agent hémoplastique, se maintient depuis 1855 au même niveau. Il est représenté par les chiffres de 62,360 grammes pour la première partie quinquennale, de 95,113 grammes pour la seconde, de 155,015 grammes et de 129,068 grammes pour la quatrième.

Les arsenicaux : pour avoir la véritable mesure des arsenicaux consommés pour l'usage thérapeutique, l'acide arsénieux ayant d'autres usages, il faut la représenter par le débit de la solution officinale d'arsénite de potasse (liqueur de Fowler) — des granules d'acide arsénieux et de l'arséniate de soude.

La liqueur de Fowler, de plus en plus usitée, augmente graduellement de 1 kilogramme en 1855, jusqu'à 15 kilogrammes en 1872 et 13 en 1875; pendant que la liqueur de Pearson ne figure que pour sept années seulement sur vingt. Les granules d'acide arsénieux et d'arséniate de soude commencent à paraître en 1867 pour des quantités d'abord minimes et croissent rapidement.

La médication alcaline s'est maintenue dans cette période à l'état stationnaire, au double point de vue de ses deux ordres d'indications principales, l'indication relative à la stimulation des fonctions cutanées (médication balnéaire et topique et celle qui s'applique aux modifications hémoplastiques (médication interne). Aucune raison n'étant venue ni diminuer ni augmenter la confiance des médecins dans ces deux modes médicamenteux et dans leurs agents, la consommation des principaux alcalins usités, les carbonates et bicarbonates de potasse et de soude, s'est maintenue à très-peu de chose près au même niveau.

L'usage des substances végétales amères, gentiane, houblon, chicorée, quassia, camomille et absinthe, s'est maintenu au même taux moyen pour quelques-unes d'entre elles, la chicorée, la camomille, l'absinthe. Il s'est graduellement élevé pour le houblon, la gentiane, le quassia, le colombo.

La pepsine, dont l'apparition dans la thérapeutique des hôpitaux ne remonte pas au delà de l'année 1860, où sa consommation a été de 200 grammes, s'y est accréditée, au point qu'aujourd'hui elle est plus que centuplée. Elle a oscillé entre 28 et 44 kilogrammes dans ces trois dernières années.

Les astringents végétaux se sont maintenus aux mêmes chiffres pendant ces vingt années, ainsi que le bismuth, qui concourt avec eux à remplir les mêmes indications.

Les produits oléo-résineux n'ont rien perdu non plus de la confiance des praticiens des hôpitaux.

Les produits aromatiques de l'eucalyptus, du santal et du jaborandi sont à l'essai et ne figurent encore que pour des chiffres trop insignifiants, pour qu'on en puisse rien conclure par rapport à leur valeur.

La glycérine, le collodion, l'acide phénique, sont en période croissante.

Nous sommes obligés de passer par-dessus beaucoup d'autres agents d'un intérêt moindre, pour abréger cette analyse déjà longue. Il faut résumer l'appréciation générale et les conclusions des auteurs de ces intéressantes et originales recherches, qu'ils ne considèrent eux-mêmes que comme un premier essai, qu'il sera certainement utile de continuer.

« Si la médecine, disent-ils, a des prédilections thérapeutiques, elle n'abandonne pas aisément ses vieux remèdes, garantis par la tradition, pour des nouveautés d'aventure.

Les médicaments nouveaux restent soumis pendant dix ans à la période d'essai; mais, quand ils ont subi cette longue épreuve à leur avantage, ils ont pris leur véritable rang et demeurent généralement dans la pratique.

Les découvertes pathologiques n'exercent qu'une douteuse influence sur le mouvement de la thérapeutique; c'est aux théories générales, aux doctrines compréhensives, au courant de l'opinion, qui n'est que la généralisation poussée à l'extrême, qu'elle emprunte ses inspirations.

Enfin, une fois engagée dans une direction, la thérapeutique ne la quitte que graduellement et comme à regret; il lui faut des années sur des années pour retrouver un nouvel équilibre. »

Troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités.

Dans l'histoire de la tétanie, on n'a parlé jusqu'à présent des troubles de la sensibilité que comme d'une complication plus ou moins fréquente de la contracture, et, dans tous les cas, comme d'un phénomène secondaire. D'après les études auxquelles M. le docteur A. Manouvriez (de Valenciennes) s'est livré sur cette maladie, la paralysie sensitive serait constante et parfois d'une intensité considérable. Voici les résultats des recherches qu'il a faites au point de vue des troubles sensitifs dans six cas de tétanie qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Les troubles de la sensibilité ont été étudiés dans la période prodromique de la maladie, dans sa période d'état et à son déclin.

Les troubles sensitifs prodromiques sont, les uns précoces, c'est-à-dire précédant de plusieurs mois la contracture, les autres tardifs ne la précédant que de quelques jours.

Les troubles prodromiques précoces ont été :

1° Des douleurs arthralgiques dans les genoux (une fois) et dans les coudes (une fois), les premières six mois, les secondes trois mois avant l'apparition de la contracture.

2° De l'engourdissement et des fourmillements des mains, ayant précédé deux fois les attaques, une fois de deux mois et la deuxième fois de trois mois.

3° Une sensation pénible de raideur, subitement, le matin, dans les doigts ou dans les mains à la suite du travail, deux ou trois mois avant l'accès.

4° Dans un cas, sensations liées aux spasmes des muscles internes, sensation de sautillement à l'estomac et au globe oculaire; et, plus tard, chez le même sujet, amblyopie passagère, constituant le seul prodrome six mois avant la deuxième atteinte.

Les troubles sensitifs prodromiques tardifs ont été la douleur et l'engourdissement, causés par de légères crampes qui se sont manifestées quelques jours (quatre jours dans un cas)

avant la contracture dans les parties qui devaient être affectées. Dans un autre cas, la contracture a été annoncée, vingt-quatre heures à l'avance, par de la raideur liée à des spasmes musculaires de la face.

Dans ces cas, les malades n'ayant pas encore consulté avant la période dont il s'agit, on n'a pu pratiquer l'examen de la sensibilité et savoir, par conséquent, si elle n'avait pas été altérée à une époque antérieure.

Les troubles sensitifs liés à la période d'état sont différents suivant qu'on les examine avant, pendant ou après l'accès.

Avant l'accès, engourdissement, fourmillement et douleurs de crampes dans les parties menacées; quelquefois accès de fièvre avec frissons.

Pendant l'accès, douleurs constrictives localisées dans les parties contracturées, douleurs d'autant plus vives, que la contracture est plus intense, assez violentes dans quelques cas, pour arracher des cris aux malades, s'exaspérant généralement par les tentatives de redressement des membres tétanisés.

Chez l'un des sujets observés pendant un accès de contracture d'une main, une sensation pénible de raideur s'est fait sentir dans l'autre main; et plus tard, dans une deuxième attaque, il y a eu des douleurs dans tous les membres, les extrémités supérieures seules étant tétanisées.

Après l'accès, il peut survenir des fourmillements dans les parties qui ont été tétanisées.

Les troubles de la sensibilité les plus importants sont ceux que l'on observe dans l'intervalle des accès et qui sont : 1° douleurs vives rhumatoïdes des membres surtout, généralement spontanées, parfois provoquées par la flexion et l'extension forcées et les efforts musculaires.

2° Névralgie faciale gauche, avec points douloureux sus et sous-orbitaire et mentonniers (dans un cas).

3° Paralysie sensitive plus ou moins complète de la peau et des muqueuses, avec tendance à prédominer aux extrémités, plus particulièrement à celles qui sont le siége de prédilection de la contracture et s'accompagnant rarement d'une altération des sens; voici ses symptômes : fourmillements et engourdissement des extrémités, surtout des supérieures; hyperesthésie ou diminution de la sensibilité tactile, qui peut être près de six fois moindre qu'à l'état normal, s'étendant, mais rarement, à tout le corps, en général plus accentuée dans une moitié latérale, à droite ou à gauche, surtout aux membres supérieurs et spécialement aux doigts de la moitié interne de la main.

Anesthésie des muqueuses linguale et staphylo-palatine, de la cornée et de la conjonctive oculaire.

Analgésie et hypalgésie généralisée ou localisée, surtout marquée aux membres, particulièrement aux supérieurs, plutôt à gauche, à leur extrémité et vers le bord interne de la main. Analgésie de la cornée, de la conjonctive oculaire et des muqueuses linguale et staphylo-palatine.

Presque toujours, à côté de ces troubles des sensibilités au tact et à la douleur se rencontrent de l'athermesthésie ou de l'hypothermesthésie des membres, surtout des mains, spécialement du médius, rarement de la face, et plutôt à gauche.

Apallesthésie (perte de la sensibilité au chatouillement) généralisée dans les cas graves, localisée à un côté dans deux cas de moyenne intensité.

Enfin, dans le cas le plus grave seulement, il y a eu affaiblissement de la sensibilité d'activité musculaire.

Les rares altérations des sens se sont bornées à de l'amblyopie droite et à des mouches volantes, de la surdité passagère et des bourdonnements d'oreille.

4° Fréquemment, sensation de constriction gutturale pénible, liée au spasme des muscles pharyngiens.

5° Parfois, sensation pénible de boule œsophagienne, avec gêne de la déglutition, dépendant du spasme musculaire de l'œsophage.

6° Rarement, sensations de constriction gutturale et de suffocation causées par du spasme de la glotte, en particulier à la suite des efforts de bâillement et des mouvements de déglutition.

7° Sensation de suffocation épigastrique par spasme du diaphragme.

8° Sensation de frémissement dans la tête.

9° Sensation de tiraillement oculaire et douleurs constrictives palpébrales et périorbitaires par spasmes musculaires du globe de l'œil et des paupières.

10° Vertige.

11° Frissons, survenant chaque fois que le malade se lève, ou constituant le stade d'algidité d'un accès fébrile, précurseur de la généralisation de la contracture jusqu'alors limitée à une seule extrémité.

Enfin, dans la période de déclin, chez trois malades qui ont pu être observés un temps suffisant après la disparition des accès, M. Manouvriez a constaté que les troubles de la sensibilité ont longtemps survécu à la contracture. Des vertiges et des sensations douloureuses viscérales (tiraillements du globe de l'œil, douleurs constrictives palpébrales, constriction gutturale, boule œsophagienne, gastralgie, coliques intestinales, tiraillements dans les mamelles) liées à des spasmes musculaires des organes correspondants, ont longtemps survécu aux accès de contracture des extrémités.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

ANÉVRYSME ORBITAIRE.

Les opinions les plus variées ont été émises au sujet de la nature réelle de ces anévrysmes. Je devrais plutôt dire de ces tumeurs pulsatiles, puisqu'on a trouvé que plusieurs d'entre elles n'étaient pas des anévrysmes. Il est bien connu que Travers (*Med. chir. transact.*, v. II, p. 1), qui traita le premier cette affection avec succès, lui donna sans hésitation le nom d'*anévrysme par anastomose*, et que cette opinion fut adoptée par tous les écrivains qui lui succédèrent, jusqu'à notre dernier président, M. Busk, qui rapporte un cas qui lui est propre et un autre appartenant à M. Scott (*Med. chir. trans.*, v. XXI, p. 124), tous deux d'origine traumatique. Il fait ressortir à cette occasion les nombreuses différences qui existent entre l'anévrysme intra-orbitaire et les exemples indiscutables d'anévrysmes par anastomose. (Celle belle préparation et ce dessin, que je dois à l'extrême obligeance du collége des chirurgiens d'Irlande, montrent mieux que tout ce que j'ai vu jusqu'ici, la structure d'un anévrysme par anastomose et font comprendre pourquoi ces tumeurs congénitales, se développant lentement, diffèrent de ces tumeurs apparaissant soudainement et qu'on appelle anévrysmes orbitaires. Dans ce

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 février.

cas, la tumeur tout entière fut enlevée de la jambe d'une fille de neuf ans, par le professeur Harrisson.) M. Busk considérait ces tumeurs comme étant probablement de vrais anévrysmes situés sur l'artère ophthalmique; cette opinion est partagée par M. Curling (*Med. chir. trans.*, v. XXXVII, p. 221), et par M. Nunneley (*Ibid.*, v. XIII et XLVIII) qui a eu la bonne fortune d'avoir une plus grande expérience de cette affection qu'aucun autre chirurgien. Cependant, l'explication par laquelle on classe tous ces cas, parmi les cas d'anévrysme de l'ophthalmique ou de tout autre artère de l'orbite, ne peut se soutenir en face du cas bien connu de Bowman (*Ircatfeild's ophth. reporto:*, avril 1859), dans lequel la carotide fut liée pour une affection présentant tous les caractères d'un anévrysme orbitaire; mais, après la mort, on ne trouva aucune maladie du système artériel, cependant le sinus caverneux était rempli de caillots, s'étendant aux sinus voisins et à la veine ophthalmique.

En conséquence, la vaste expérience de M. Nunneley le convainquit bientôt que la cause des symptômes doit, dans certains cas, siéger en arrière de l'orbite; dans son second mémoire (*Med. chir. trans.*, v. XLVIII, p. 17), il émet l'opinion que « dans plusieurs de ces cas, il n'y a pas eu d'anévrysme du tout; et dans la majorité des cas, quand il y a eu anévrysme, il siégeait à l'intérieur du crâne et non dans l'orbite » ; et il expliquait la saillie de l'œil et les pulsations en les attribuant à la pression exercée sur les veines de l'orbite par un anévrysme intra-crânien, dont les pulsations se transmettaient au liquide des veines dilatées et par leur intermédiaire au globe oculaire. M. Nunneley s'appuie sur deux cas qu'il eut occasion d'examiner après la mort; dans l'un, il trouva que la maladie siégeait sur la carotide interne au niveau de sa dernière courbure; dans l'autre, il y avait un anévrysme circonscrit de l'artère ophthalmique juste à son origine sur le côté de la selle turcique. Dans ces deux cas, M. Nunneley, regarda la maladie de l'artère comme un véritable anévrysme, bien que dans le premier cas, la description soit un peu vague; et on ajoute que la partie dilatée de la carotide était, non-seulement remplie, mais entourée de caillots, l'artère ophthalmique et ses branches étaient dilatées et remplies aussi de caillots. Il est curieux que M. Nunneley, qui insiste tant sur l'état des veines en expliquant la pathologie de cette affection, ne dise rien de l'état du sinus caverneux ou du système veineux en rapport avec lui, dans aucune de ces deux autopsies.

M. Erichsen (*Science and Art of Surgery*, v. II, p. 88, 2e éd.), va plus loin encore et avance que dans quelques cas, il peut n'y avoir aucune maladie vasculaire, mais que « quelque dérangement de l'influence vaso-motrice du sympathique peut réellement produire des symptômes d'accroissement de l'activité vasculaire qui sont si caractéristiques dans cette singulière maladie; » et il relate un cas dramatique de sa pratique dans lequel, le malade ayant refusé la ligature, quatorze mois après, les symptômes avaient en grande partie disparu, grâce à un régime sévère et à l'absence de toute excitation; un cas semblable, décrit par Collard (*Gaz. méd.*, 1866, p. 321), dans lequel la maladie fut complétement guérie en trois ans et demi, par l'emploi des mêmes moyens. Ce dernier auteur est allé jusqu'à donner le ganglion ciliaire comme, à son avis, la cause des symptômes, croyant qu'il est affecté par contre-coup et qu'ainsi se trouve pervertie l'action des nerfs vaso-moteurs de l'orbite, raffinement de pathologie conjecturale qu'il est difficile d'imiter.

Le cas de M. France a une grande ressemblance avec ceux qu'on rapporte comme exemples d'anévrysme orbitaire. Il ressemble au premier cas de Nélaton par son étiologie, et jusqu'à un certain point, par ses symptômes, autant du moins que les symptômes sont indiqués, car il est à regretter qu'on ne mentionne pas l'auscultation de la tumeur. Et il ressemble au cas de Collard et d'Erichsen dans son résultat, la disparition spontanée de la maladie.

La malade était une femme reçue à Guy's Hospital, le 4 octobre 1853. Sept semaines avant son entrée, elle avait reçu dans l'orbite gauche un coup d'ombrelle d'un soldat ivre. Il y eut une large ecchymose et, au bout de quinze jours, le globe de l'œil faisait saillie. Ces symptômes disparurent, puis revinrent un mois après l'accident, probablement par suite de l'inquiétude provenant des poursuites dirigées contre le soldat. A son admission, le globe de l'œil était proéminent et immobile, la vision défectueuse, on percevait des pulsations anormales aux angles nasal et temporal de l'œil, les veines du voisinage de l'orbite étaient distendues et tout le côté de la face était gonflé. Comme, sauf les pulsations, il semblait qu'on eût affaire à une suppuration de l'orbite, on pratiqua des ponctions exploratrices et on institua un traitement antiphlogistique, mais sans résultat.

Au bout de huit jours, la vision fut complétement perdue et ne revint plus. Mais la saillie du globe diminua graduellement (sans qu'aucun fluide ne s'échappât de l'ouverture des ponctions), et, comme elle diminuait, une tumeur pulsatile, arrondie et bien définie, apparut à l'angle interne de l'œil. A ce moment, un mois après l'admission, il fut possible de ramener la paupière inférieure sur le chémosis conjonctival et sur le globe oculaire et elle fut maintenue dans cette position par des bandelettes agglutinatives. Dans cet état la malade sortit en décembre, le volume et les pulsations de la tumeur quasi-anévrysmale n'ayant pas diminué d'une manière appréciable, il ne paraît pas qu'on ait rien fait de plus. Pendant quelque temps, quoique le chémosis ait disparu, la tumeur pulsatile existait toujours et les veines de la tempe et du front étaient engorgées. Mais au bout de six mois environ (23 juin 1854), la tumeur et la pulsation avaient disparu et les mouvements du globe étaient redevenus naturels, mais la vue était complétement perdue. Elle fut revue au commencement de 1855 sans trace de récidive.

Permettez-moi de vous citer une partie des commentaires de France sur cette observation : « Le cas a été et demeure plein d'obscurité. Si ce n'était pas un anévrysme, cela y ressemblait beaucoup; mais, nonobstant l'incertitude qui règne sur sa nature réelle, on en peut tirer cette leçon pratique : d'être prudent en recourant à l'intervention opératoire en pareille occurrence. Si on eût lié la carotide de cette femme, elle eût pu guérir, comme elle l'a fait, et l'opérateur eût bénéficié de l'honneur de la guérison; mais aussi elle eût pu mourir, victime d'une chirurgie officieuse, en léguant à son opérateur responsable de cuisants remords. »

Plus récemment, le docteur Delens (*De la Communication de la carotide interne et du sinus caverneux*, Paris, 1870), a fait connaître quatre cas positifs d'anévrysme artério-veineux dans le sinus caverneux. Deux de ces cas se montrèrent dans la pratique de Nélaton et présentèrent tous les symptômes ordinaires de l'anévrysme orbitaire. Le second cas de Nélaton ne fut pas publié avant le travail de M. Delens; et le premier, bien que rapporté par Velpeau, n'avait pas été cité en entier, si ce n'est dans une thèse, et n'était connu en Angleterre que par une très-courte notice qui en parut dans un journal américain. Les cas de Nélaton sont importants au point de vue de la pathologie et du traitement de cette affection, et ils montrent

d'une manière si convaincante la nature et la cause de la lésion, que, comme ils sont peu connus en Angleterre, j'ai jugé utile de vous en faire une description sommaire.

PHYSIOLOGIE

SUR LE RETOUR DE LA CONTRACTILITÉ, DANS UN MUSCLE DANS LEQUEL CETTE PROPRIÉTÉ A DISPARU SOUS L'INFLUENCE DE COURANTS D'INDUCTION ÉNERGIQUES (1)

Par M. G. CARLET.

Je crois qu'il est intéressant de signaler le cas d'un muscle qui, ayant perdu, par l'effet de forts courants d'induction, la contractilité en présence d'un courant plus faible, peut, tout en continuant à être soumis à ce dernier courant, non-seulement recouvrer la propriété contractile, mais encore donner lieu à des secousses qui vont en augmentant d'amplitude, pendant un certain temps, sans cependant jamais revenir à l'état normal.

Pour trouver l'explication de ces faits, j'ai d'abord enregistré les secousses d'un muscle (le gastrocnémien de la grenouille), après l'avoir fait traverser par des courants qui ne suffisaient pas à faire disparaître sa contractilité en présence d'un courant plus faible qui déterminait les secousses. Or ces secousses ne diffèrent pas de celles d'un muscle « fatigué » dans l'acception physiologique du terme.

Sous l'action de commotions plus fortes, le muscle a donc été soumis à une fatigue excessive et son état chimique s'est trouvé modifié, de telle sorte que la contraction est devenue impossible. Mais la contractilité y reste à l'état latent, car le « repos relatif » où le laisse l'effet d'un courant peu énergique permet à la nutrition d'exercer son influence réparatrice qui se traduit par le retour de la contractilité. Celle-ci va en augmentant jusqu'à ce que la fatigue provenant du travail du muscle l'emporte sur l'effet réparateur, et alors l'amplitude des secousses diminue de plus en plus.

Cette influence fâcheuse de décharges trop énergiques, fatiguant les muscles à l'excès, ne doit pas être perdue de vue dans l'électrisation.

THÉRAPEUTIQUE

La goutte traitée par un goutteux

Par M. le docteur TH. MAX. SOREL.

Prédisposé héréditairement à la goutte, je suis devenu goutteux à quarante ans. A peu près impotent et presque perclus, j'ai dû, six années plus tard, renoncer à la pratique de mon art, me créer des habitudes nouvelles, recommencer en quelque sorte une autre vie et m'occuper de moi.

Morgagni et Scudamore étaient goutteux et ont laissé une admirable description de la goutte. A défaut de l'érudition de ces illustres médecins, j'apporte modestement l'observation attentive que j'ai faite de moi-même, et je n'ai sur Morgagni et Scudamore que l'avantage d'avoir pu brûler mes cannes et mes béquilles.

J'avais des séries d'accès de goutte, pendant lesquelles toutes mes articulations se prenaient tour à tour, depuis les clavicules jusqu'au bout des doigts et des orteils; j'avais constamment de l'oppression, de la difficulté et de la douleur en urinant, de la constipation, de la fièvre très-souvent le soir, un sommeil très-agité et un agacement nerveux indéfinissable. Je fis usage de deux, de trois, de quatre et même de cinq petites pilules spéciales, à l'extrait de digitale et au sulfate de quinine, pendant les vingt-quatre heures, et il me sembla que le calme reparaissait, que je respirais mieux, que je souffrais moins et que je n'avais plus surtout cette tristesse profonde et ces envies de pleurer qui s'emparaient si souvent de moi sans motifs. L'accès fébrile du soir disparut.

En réfléchissant à la situation qui m'était faite, je me disais ceci : « La digitale régularise la circulation et ramène mon pouls à la normale, en même temps qu'elle abat la souffrance ; et, d'autre part, le sulfate de quinine dominant efficacement l'élément goutteux, atténue, abrége et éloigne les accès. Si j'arrive à avoir d'assez longs intervalles entre mes crises, je pourrai réparer et je modifierai alors ma constitution. » C'est ce qui est à peu près arrivé.

Au bout de deux ans de traitement, je n'avais plus que quatre accès de goutte par an. Chaque accès était isolé et ne durait guère que de dix à quinze jours. J'imaginai alors de prendre mes pilules spéciales — qui sont très-connues et très-employées en Angleterre sous le nom de « pilules Palmerston » — quinze jours ou un mois avant l'époque supposable de la crise, et j'arrivai ainsi à reculer les échéances morbides, puis, le temps aidant, à les supprimer tout à fait. Je me mis concurremment à marcher, à jardiner, à chasser modérément, à faire de la menuiserie, à boire un litre par jour d'une tisane diurétique, à manger à peu près de tout à mes repas, à ne boire que de l'eau rougie, et à prendre du café à l'eau — mais sans eau-de-vie — deux fois par jour, et ma santé est devenue définitivement excellente. Depuis le 7 novembre 1861, je n'ai pas été alité un seul jour. Mais, comme moyen prophylactique, je reprends des pilules tous les trois mois pendant dix jours.

Trousseau a dit et répété ceci : « L'extrait de digitale associé au sulfate de quinine conjure les douleurs de l'attaque de goutte et abrége les accès bien plus sûrement que ces drogues pernicieuses connues sous la dénomination de divers arcanes. » Les « pilules Palmerston » reposent entièrement sur cette assertion autorisée du savant professeur de l'Hôtel-Dieu. Elles sont aussi efficaces qu'inoffensives.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. HOUEL fait hommage à la Société du premier volume du catalogue du musée Dupuytren, accompagné d'un atlas photographique, représentant un grand nombre de pièces.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort d'un de ses membres associés étrangers les plus distingués, M. Fergusson.

COMMUNICATION

Du lymphadénome malin. — Son diagnostic. — M. TRÉLAT fait la communication suivante : en 1872, un homme succombait brusquement dans son service pendant une opération, sous l'influence du chloroforme ou d'une syncope, ou de l'entrée de l'air dans les veines. Ce fait étrange, a été à cette époque l'objet d'une communication et d'une discussion intéressantes, que les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, retrouveront aux pages 213 et 228 de l'année 1872. Mais le sujet qui en avait été victime présentait un autre champ d'observations non moins instructives, dans la nature même de la maladie, qui avait nécessité l'opération. Une tumeur hypertrophique chronique des ganglions du cou, une petite tumeur à la cuisse, que le microscope révéla de même nature que la première, avaient attiré l'attention du chirurgien, qui les avait appelées *lymphosarcômes*. L'autopsie, faite avec un soin tout particulier, révéla la présence de tumeurs semblables dans les vertèbres, dans le sternum, dans la rate et le foie. MM. Ranvier et Malassez en firent des *lymphadénomes*. Tous les détails de l'observation et de l'autopsie se trouvent dans le même volume de la *Gazette des hôpitaux*, p. 453 et 460. Diverses autres observations furent recueillies sur le même sujet, entre autres par MM. Panas et Verneuil, et par M. Lannelongue, dont le fait qu'il avait observé à l'hôpital de la Charité, fut publié par M. Costiaux, son interne, aux pages 321 et 331 de la même année. Une discussion sur ce sujet eut lieu le 7 août 1872 (vº p. 765).

L'étude des hypertrophies des ganglions lymphatiques était alors moins avancée qu'elle ne l'est aujourd'hui, mais M. Trélat disait déjà : Le lymphadénome malin est une tumeur d'une géné-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 janvier 1877.

ralisation si rapide, d'un pronostic si grave, que si l'on parvenait à la diagnostiquer sur le vivant, on devrait bien se garder de l'opérer, la généralisation étant déjà fort avancée lorsqu'elle révèle au au dehors l'existence du mal. Mais personne ne pouvait encore donner de signes capables de le faire reconnaître. Depuis, un grand mouvement d'étude s'est fait sur ce sujet; mais les micrographes trouvent exactement la même structure pour le lymphadénome malin, c'est-à-dire celui qui se généralise rapidement, que pour le lymphadénome bénin, c'est-à-dire celui qui, une fois enlevé, ne se reproduit plus sur place ou au loin, et le clinicien doit chercher ailleurs les éléments d'un diagnostic aussi important. C'est pour combler cette lacune que M. Trélat vient dire aujourd'hui, tout en reconnaissant que ce ne sont pas encore là des signes positifs : *toutes les fois que, chez un individu présentant une tumeur principale il en existe une ou plusieurs autres, même très-petites, et que la présence de ces tumeurs s'accompagne de troubles des fonctions de la rate, du foie ou d'autres viscères, il faut s'abstenir d'opérer.* M. Trélat est arrivé à cette formule par les réflexions que lui a inspirées l'étude des faits déjà cités et d'un nouveau qu'il a eu l'occasion de voir l'année dernière. Une longue lacune, on le voit, avait existé entre la publication de la série de faits déjà connus et celui qui fait l'objet de la communication d'aujourd'hui, ce qui prouve la rareté de cette maladie.

Voici le fait :

Un homme de cinquante-six ans, grand, vigoureux, intelligent, entre à la Charité porteur d'une tumeur du testicule gauche. Ses antécédents sont les suivants : à douze ans, il reçoit un coup sur les bourses, mais en est à peine indisposé; à vingt ans, il est reformé du service militaire pour une disposition vicieuse du testicule gauche; il se marie et a une série non interrompue de quatorze enfants; à quarante-huit ans, il s'aperçoit que le testicule gauche gonfle un peu, sans douleur. Huit années s'écoulent, le testicule augmentant toujours. Il entre alors à l'hôpital. Pendant huit jours le diagnostic reste incertain. M. Trélat se demande s'il a un affaire à un testicule syphilitique? mais le traitement ne le modifie en rien; ou à une hématocèle fort ancienne correspondant au traumatisme ancien? mais la santé n'a pas été altérée pendant l'enfance; ou à un kyste congénital avec débris génitaux? mais il ne siégerait pas dans la glande testiculaire; à un enchondrome? mais on sentirait la coque osseuse avec des points ramollis.

Il s'agissait d'une tumeur régulière, résistante, uniforme, occupant l'épididyme et le testicule tous deux envahis mais distincts; la partie antéro-supérieure de la tumeur est un peu plus molle, il n'y a pas d'épanchement marqué de la tunique vaginale, pas ou peu de douleurs, mais de la gêne; le cordon est un peu gros; il n'y a pas de ganglions engorgés dans la fosse iliaque ni dans l'aine. Le testicule droit, bien que toutes ses parties soient distinctes, présente une certaine intumescence qui n'inquiète pas le chirurgien. *Il ne fait pas grande attention non plus à un petit lipôme qui siége au dessus de l'œil droit.* Il arrive donc, par élimination, à l'idée d'un néoplasme testiculaire. Excluant tout d'abord la tuberculisation dont la vie toute de travail du sujet, sa nombreuse progéniture, sa force actuelle et l'absence de signes dans d'autres organes éloignent toute idée, il reste l'épithéliome, le sarcôme, le carcinôme. Celui-ci est éliminé par la lenteur du développement de la tumeur. L'épithéliome l'est à son tour par l'absence de ganglions dans le pli de l'aine et dans la fosse iliaque. Reste le sarcôme auquel M. Trélat se rattache, faute de mieux, tout en s'étonnant du peu d'étendue de la tumeur pour le long temps qu'elle a mis à se développer. La castration est faite. La tumeur présente à la coupe une coloration gris rougeâtre, analogue à celle de la substance tubulaire du rein; par places, elle est d'un gris plus blanchâtre; elle présente deux points d'hémorrhagie ancienne qui expliquent la mollesse de la partie supérieure. L'opération n'est suivie d'aucune réaction, et le malade est guéri au bout de quinze jours.

La tumeur remise à M. Malassez, a été conservée et préparée par lui. Une partie de son examen a été publiée dans les bulletins de la Société anatomique de 1876. La fin le sera aussi. Au moment de la sortie du malade, il restait deux petits points non cicatrisés. Il revint de temps en temps, et M. Trélat put constater la présence d'une autre bosselure à la tempe gauche, et une augmentation de volume manifeste du testicule droit. Il rentre à l'hôpital pendant les vacances, appauvri, vieilli. L'état du testicule droit est analogue à celui du testicule gauche qui a été enlevé. Il y a de nouvelles bosselures à la partie inférieure de la région temporale droite et au sternum. Le malade maigrit rapidement et meurt sans avoir été opéré de nouveau, le chirurgien ayant été éclairé par l'examen fait par M. Malassez sur la nature de la tumeur. A l'autopsie on trouve des tumeurs analogues à celle du testicule enlevé et des foyers sanguins dans le testicule droit, au front, dans les vertèbres et le sternum, dans le foie, la rate et le mésentère. M. Trélat venait de voir se dérouler devant ses yeux l'évolution d'un lymphadénome malin, qui rappelait tout à fait celle qu'il avait observée en 1872.

Malgré tout le travail auquel M. Trélat s'est livré sur ce sujet, il n'est pas arrivé à poser un vrai diagnostic, un diagnostic pratique, mais il donne le conseil suivant : en principe, lorsqu'un chirurgien se trouvera en présence d'une tumeur qui est manifestement un néoplasme, après avoir bien scruté ses conditions particulières et éliminé le carcinôme, le sarcôme et certains kystes bien connus; lorsque, d'autre part, une tumeur quelconque existera dans un point quelconque de la surface du corps, il faudra opérer la petite tumeur et, si l'examen microscopique y fait reconnaître un lymphadénome, il faudra s'abstenir d'une autre opération. Si on la faisait, la marche de la maladie prendrait une rapidité effrayante, et on trouverait bientôt partant du tissu de ganglion lymphatique, comme l'ont prouvé les cas de MM. Lannelongue et Trélat. La marche du lymphadénome malin est insidieuse; ce n'est pas une cachexie évidente comme dans les autres cancers, mais une généralisation, et s'il existe sur le corps une petite tumeur sous-cutanée *semblable à un lipôme*, qu'on ne confondra certainement pas avec une tanne, et accompagnant une autre tumeur principale, la généralisation est déjà faite. Le seul signe clinique sera donc *la conscience que le diagnostic est insuffisant pour la tumeur principale et l'existence d'une autre petite tumeur.*

DISCUSSION

M. PERRIN a vu cette année dans son service, un fait qui semblerait démontrer que la marche de cette affection n'est pas toujours la même. Le malade qu'il a observé a succombé à la leucocytose.

M. LANNELONGUE admettrait les conclusions de M. Trélat, si d'autres faits n'avaient été publiés depuis 1872, desquels il résulterait que le lymphadénome ne se généralise pas toujours, ce qui autoriserait le chirurgien à l'opérer. Il donnera, dans la prochaine séance, un tableau statistique d'une vingtaine de faits qui ont été publiés dans des thèses de la Faculté depuis 1872.

M. VERNEUIL propose de laisser cette question à l'ordre du jour permanent de la Société. Cette proposition est acceptée et M. Verneuil fera connaître prochainement son opinion sur ce sujet.

M. TRÉLAT pense qu'on n'ira pas encore bien loin. L'historien est en présence d'une grosse difficulté. Si l'on a affaire à une tumeur bénigne, comme certains des cas dont parle M. Lannelongue, ou si la maladie a une grande malignité, comme on l'a observé dans d'autres, on ne trouve pas de différence microscopique. C'est donc aux cliniciens de s'éclairer eux-mêmes. M. Trélat a eu soin de dénommer la tumeur qu'il a observée lymphadénome *malin*, sachant très-bien qu'il en existe aussi de bénins. Il a opéré, il y a quatre ans, une femme qui n'a présenté aucune récidive jusqu'aujourd'hui. Il n'a pas dit que tous les lymphadénomes suivent la marche funeste qu'il a décrite, mais il a voulu donner un moyen clinique de diagnostiquer les cas spéciaux de lymphadénomes avec généralisation. A M. Perrin, M. Trélat répond que, lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un lymphadénome, la première question à élucider est celle de savoir si le malade est leucocythémique. Dans ce cas, il mourra dans un temps plus ou moins rapproché, et l'opération est inutile. S'il n'est pas leucocythémique, il faut rechercher si la tumeur est bénigne, le chirurgien l'opérera par une méthode quelconque; mais il peut se tromper, et ce n'est pas à la Société de chirurgie qu'on prêche l'infaillibilité. C'est ce cas précis que M. Trélat a cherché à élucider.

RAPPORT

M. ANGER donne lecture d'un rapport, sur un travail de M. Fontan (de Lyon) relatif au *traitement des hémorrhoïdes, par la dilatation forcée de l'anus.* La conclusion de ce rapport, est que la dilatation forcée est une opération efficace et rationnelle qui réussit presque toujours, et qui doit être faite avant toute autre opération, destinée à la cure des hémorrhoïdes, qui auront résisté à la compression et au taxis.

Le mémoire très-long de M. Fontan sera déposé aux archives, et son auteur sera inscrit parmi les candidats au titre de membre correspondant.

COMMUNICATION

M. CRUVEILHIER fait une communication verbale sur une observation de fibro-adénôme du sein, opéré par lui en province chez une femme accouchée depuis six semaines et en pleine lactation, et dont la guérison s'est faite par première intention.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. CRUVEILHIER présente une pièce recueillie à la Maison de santé, sur un homme qui a succombé après la ligature de l'artère fémorale, pratiquée pour un anévrysme diffus poplité, qui avait présenté de grandes dificultés de diagnostic. Plusieurs médecins avaient diagnostiqué un sarcôme et conseillé l'ablation. Mais l'anévrysme avait été reconnu par M. Lannelongue, et son diagnostic, reconnu exact par M. Cruveilher, a été démontré par l'examen *post mortem*.

Présentation de malade. — Fracture bicondylienne guérie sans claudication. — M. DUPLAY présente un malade qui est entré dans son service pour une fracture bicondylienne qui a été traitée par la traction continue et qui était consolidée au quarante-cinquième jour. La jambe n'avait alors que quelques mouvements peu étendus. Mais après un traitement simple par les douches, le massage et les mouvements forcés, le malade est aujourd'hui complétement guéri sans claudication. C'est un fait exceptionnel dans ce genre de fracture.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

24. Delétang. Cas de fièvre pernicieuse pneumonique observés dans la Loire-Inférieure.
25. Harnaud. Considérations sur un cas d'éclampsie puerpérale.
26. Maderay. Étude sur la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séreux.
27. Gauthier. Des maladies puerpérales et en particulier de la métro-péritonite.
28. Castet. Quelques considérations sur les oreillons.
29. Baron. De la pneumonie typhoïde.
30. Peyrreymond. Études cliniques sur les femmes en couches.
31. Balaman. Quelques considérations sur le traitement de la pneumonie aiguë.
32. Mairet. De l'illusion en général.
33. Agussol. De l'hystérie essentielle chez l'homme.
34. Tournataire. De la fièvre puerpérale.
35. Talmy. De la diarrhée endémique chronique des pays chauds.
36. Nicolaidés. Essai sur l'accouchement dans le bassin rachitique.
37. Rouquette. Essai sur quelques complications pulmonaires dans les affections du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1879, un prix dont voici le programme :

« La justice demande souvent au médecin expert, non-seulement si les taches qu'elle soumet à son examen sont des taches de sang, mais encore si ce sang provient d'un homme ou d'un autre mammifère. La difficulté d'une pareille détermination amène souvent des débats contradictoires entre les experts, quelques-uns soutenant qu'elle ne peut être faite. Enfin, une discussion qui a eu lieu, l'année dernière, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (voir *Mémoires* et *Bulletins*, année 1875), a prouvé que de nouvelles observations sont nécessaires pour établir si les globules du sang du fœtus diffèrent ou non en volume de ceux de l'adulte, question très-importante pour la physiologie et surtout pour la médecine légale.

Aussi la Société, voulant fixer la science sur ces divers points, a décidé qu'elle mettait au concours la question suivante :

Étude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.

Le prix, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1878, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours. »

Du drainage de l'œil au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique oculaire, par le docteur GRIZOU. — In-8° avec 8 planches. Prix : 3 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Glycérine, fer et quinquina.

Ces préparations utilisent les propriétés par nous découvertes à la *glycérine* de dissoudre la totalité des principes du *quinquina* et d'annihiler leur incompatibilité avec le *fer*. Quoique très-chargées de ces deux médicaments, elles combattent la **constipation** au lieu de la provoquer. Elles offrent un moyen agréable et sûr d'administrer la *glycérine pure* que les médecins anglais et américains emploient comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

Dito FERRUGINEUX (élixir) : quina, glycérine et fer (0.25 par cuill.) *troubles digestifs, fièvres intermittentes, typhoïde, chloro-anémie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine (de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Chlorose, Anémie. — Pilules

et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées, apéritives, toniques, reconstituantes.

Chlorose, anémies, aménorrhée, dysménorrhée.
Maladies de matrice. Gastralgie, dyspepsie.
Diarrhée, inertie intestinale. Hystérie.
Névroses, stérilité, albuminurie, etc.

DÉPOT principal, 43, boulevard Malesherbes, Paris.
(La bouteille : 70 centimes.)

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Le Phosphate monocalcique

Cristallisé de BARBARIN.

C'est le *phosphate de chaux* à son *maximum* de pureté et de puissance.

Solution et sirop reconstituant, titré à 1 gr. par 30.
Vin reconstituant, titré à 1 gr. par 60.
Paris, 163, rue de Belleville et toutes les pharm.

Aménorrhée et dysménorrhée

L'Apiol des Drs **Joret** et **Homolle** est depuis longtemps reconnu comme le plus puissant et le plus sûr des emménagogues.

Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs de reins, sans qu'on ait à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse commençante. Le succès est surtout assuré quand l'aménorrée ou la dysménorrhée se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires.

Dose : une capsule matin et soir pendant six jours, au moment qui correspond à la tenue présumée des règles ou la précède immédiatement.

Dépôt général : ph. BRIANT, 150, r. de Rivoli, Paris.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris. Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Goudron Freyssinge.

Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière ; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR. 23, r. de la Monnaie, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 26 février 1877.

La presse médicale discute depuis huit jours la question si intéressante et si pleine d'actualité du rétablissement du concours spécial pour les places de médecin des services d'aliénés, à Bicêtre, à la Salpêtrière et même dans les asiles départementaux de la Seine. Jusqu'à présent, nos confrères de la presse ont tous partagé les opinions que nous avons émises dans notre numéro du 17 février. Nous ne sommes point surpris de cette unanimité. Tant de bonnes raisons militent si éloquemment en faveur du concours, et l'on pourrait en développer si peu pour soutenir la thèse des nominations directes!

Mais avant d'aller plus loin, nous avons hâte de réparer une erreur très-involontaire que nous avons commise. Sur la foi de renseignements erronés, nous avons cru et répété que, saisie de cette question, la Société médicale des hôpitaux avait affirmé son opinion dans sa séance extraordinaire du 16 février. Il y avait là une erreur de fait. Aujourd'hui, nous pouvons donner en toute sûreté l'opinion de la savante réunion. Il nous suffit de reproduire, aussi fidèlement que possible, les observations présentées vendredi par le secrétaire général, M. Besnier.

« Ceux d'entre vous, a-t-il dit, qui ont assisté à la dernière séance, n'ont certainement pas lu sans étonnement, dans l'un des organes les plus honorables et les plus répandus de la presse médicale, que nous y avions discuté la question du rétablissement du concours pour les places de médecin des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, et même dans les asiles départementaux de la Seine. La bonne foi de l'estimable directeur de ce journal a été évidemment surprise; car, vous le savez, Messieurs, la Société médicale n'a nullement soulevé cette question dans la dernière séance.

« Sans doute, la Société sera toujours disposée à soutenir le concours chaque fois qu'elle en trouvera l'occasion, mais en tant que société privée, non reconnue par aucun corps constitué, elle n'a pas qualité pour s'occuper activement de certaines questions particulières, telles que celles du rétablissement du concours pour les places en question. D'ailleurs les services d'aliénés ne dépendent pas de l'Assistance publique (1). Notre Société n'a rien à voir à ces services.

« Toutefois, en supposant, d'une part, que la Société médicale des hôpitaux fût officieusement ou officiellement consultée sur cette question et, d'autre part, que ces services dépendissent de l'Assistance, elle ne jugerait pas nécessaire l'établissement d'un concours « spécial » pour ces services et n'admettrait l'uniformisation des médecins qui en seraient chargés, avec ceux des hôpitaux, qu'à la condition qu'ils seraient choisis parmi les médecins du bureau central. En effet, ce ne serait pas trop exiger, pour la pratique et l'enseignement d'une aussi vaste étude que celle de la médecine mentale, que de demander les garanties de connaissances générales, données par le concours de médecin des hôpitaux. Ce serait dans ces conditions seules que notre Société pourrait s'intéresser au rétablissement du concours demandé pour la place des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière. »

Ainsi a parlé l'honorable secrétaire général, et cette opinion, toute personnelle d'abord, est devenue ensuite, par un vote de tous les membres présents, l'expression officielle de la Société.

Cette rectification faite, et toutes réserves gardées sur la spécialisation du concours, rentrons dans notre sujet.

La question incidente du coadjuteur réclamé et désigné par un médecin de la Salpêtrière a causé une certaine émotion et une grande surprise. Le public médical ne s'est pas très-bien rendu compte de ce procédé si insolite, et il n'a pas hésité à louer vivement l'administration générale de l'Assistance publique d'avoir su résister à de pressantes et hautes sollicitations.

Nous avons reçu à ce sujet une très-longue lettre de l'honorable et savant chef de service de la Salpêtrière qui se trouve avoir été la cause de tout le bruit qui s'est fait autour de la question qui nous occupe. « Malgré l'âge et la souffrance, nous écrit-il, je n'ai point jusqu'à présent demandé grâce. La tête est bonne, les jambes aussi, et, si je faux, l'administration, loin de là, ne fait pas mine de s'en apercevoir. » Notre digne

(1) La « nomination directe » rattache en effet les services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, à la préfecture de la Seine, mais le préfet délègue l'administration de ces hospices à l'Assistance publique. Que le concours soit rétabli, et l'Assistance publique seule proclame les chefs de service. C'est là qu'il nous semble utile d'arriver. Les asiles départementaux de la Seine relèvent à leur tour de la préfecture de police. Ces renseignements expliqueront à quelques lecteurs les attaques, l'une malveillante, l'autre grossière, dirigées samedi par un journal contre deux très-honorables médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière. Quant à l'impertinente insinuation qui a cherché à nous toucher, elle n'est digne ni d'un journal qui se respecte, ni d'un homme bien élevé. Un simple démenti en fait justice. — Dr. E. L.

et vénéré confrère rappelle avec raison qu'il est demeuré étranger à toutes les demandes et démarches qui ont été faites jadis pour obtenir l'abolition de la limite d'âge pour les médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière. Et de fait, on se souvient encore dans les bureaux de l'Assistance publique de l'énergique protestation qu'il adressa contre une mesure qui devait nécessairement faire crouler tout le prestige scientifique d'une fraction des médecins des hôpitaux, et porter un coup fatal à la spécialité des maladies mentales. Il a été malheureusement bon prophète, ses craintes se sont réalisées. Qu'il ait jugé convenable, depuis, de bénéficier de la mesure contre laquelle il s'était tant élevé, nous ne sommes point du tout enclin à le lui reprocher. Le poëte l'a dit :

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

L'organisation des médecins adjoints résidants, ajoute notre correspondant, avait été une heureuse création. La destruction de cette organisation fait qu'actuellement on ne peut se remplacer efficacement. C'est en vain qu'on a réclamé la nomination « au concours, moyennant titres d'admissibilité et pour plusieurs années, des chefs de clinique et des élèves spéciaux. »

Le médecin de la Salpêtrière nous donne une explication de sa demande inattendue d'un adjoint nominalement désigné : « Si j'ai pris isolément l'initiative, c'est que voulant prévenir la difficulté des honoraires, en les acceptant à ma charge, il ne m'appartenait pas d'engager ceux qui n'auraient pas été disposés aux mêmes sacrifices. » Notre honorable confrère a désiré, en un mot, abandonner de son vivant son très-modique traitement à l'un de ses anciens élèves, sans créer pour cela un précédent onéreux pour ceux de ses collègues qui éprouveraient par la suite la luxueuse fantaisie de réclamer des coadjuteurs. L'intention partait d'un excellent cœur, mais la combinaison n'était point pratique. Nous préférons de beaucoup celle-ci : le plus ancien des médecins de Bicêtre, — celui qui serait appelé à passer à la Salpêtrière en cas de vacance, — a fait officiellement savoir à qui de droit qu'il était prêt à faire la suppléance, fût-ce même pendant plusieurs années, du vieux maître malade, mais à la condition que l'intégralité des appointements serait conservé au titulaire de la fonction. Et l'Administration a accepté, à l'occasion, cet acte de désintéressement.

Ce trait fera bien vite reconnaître au respectable médecin de la Salpêtrière celui de ses intimes amis dont il a tenu l'enfant sur les fonts baptismaux, il y a quelques années.

Et maintenant, l'incident vidé, revenons vite à la science.

Très-partisan du concours, nous ne cesserons de le réclamer pour toutes les fonctions médicales importantes (1). Nous croyons que la Faculté de médecine de Paris s'est affaiblie depuis que les professeurs se recrutent à l'élection, tandis que le corps distingué des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris n'a cessé, par la conservation du concours, de s'élever scientifiquement et de grandir de plus en plus dans l'estime publique. Nous maintenons donc nos précédentes conclusions en ce qui concerne les médecins des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et nous réclamons en leur faveur et le rétablissement du concours spécial et la limite d'âge.

Dr E. Le Sourd.

(1) A Lyon, on le réclame pour l'inspectorat des eaux minérales, et l'Espagne nous a devancé sur ce point !

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Fernet.

Saturnisme; Goutte saturnine (?); — Néphrite interstitielle — Accidents urémiques. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par MM. Mahot et Barth, internes du service.)

Eugène L..., trente-sept ans, peintre, entré à l'hôpital le 16 décembre 1876, pavillon IV, lit n° 37. Cet homme, d'une constitution robuste en apparence, exerce depuis sa jeunesse la profession de peintre; il a eu, en 1868, une atteinte de colique de plomb, pour laquelle il a été soigné à l'hôpital Saint-Louis; il s'en est remis promptement et s'est bien porté, dit-il, jusqu'au 13 juin dernier. A cette époque, il a été pris subitement, au milieu de la nuit, d'une douleur violente au niveau du gros orteil droit, avec rougeur et gonflement; il s'est vu forcé de garder le lit; peu de jours après, la cheville du même côté a été prise à son tour, puis d'autres articulations successivement; il y a eu de la fièvre et des sueurs. Les accidents se sont prolongés pendant près de quatre mois avec des alternatives d'amélioration et de rechute.

Vers le 1er novembre, les manifestations articulaires avaient à peu près disparu, et le malade, se trouvant rétabli, crut pouvoir reprendre son travail. Il conservait seulement quelques douleurs vagues dans la région des reins, dont il n'était pas sérieusement incommodé; il n'a observé aucun trouble des fonctions urinaires.

Trois semaines plus tard il fut pris, sans cause connue, de vomissements répétés; aussitôt après le repas, il éprouvait quelques nausées et rendait immédiatement tout ce qu'il avait ingéré; il n'éprouvait, du reste, aucun trouble digestif; l'appétit était conservé et se faisait sentir d'autant plus vivement, que l'alimentation devenait plus difficile. Il n'y avait aucun phénomène nerveux, aucun trouble des organes des sens.

Bientôt après, dans les premiers jours de décembre, le malade commença à ressentir un peu de céphalalgie, de pesanteur habituelle dans la tête; un matin, en travaillant dans son atelier, il éprouva un malaise général, immédiatement suivi d'une attaque épileptiforme, avec convulsions et coma durant vingt minutes environ. Revenu à lui, il ne conservait aucun souvenir de ce qui venait de se passer, et rentra le soir sans garder d'autre trace de son accès qu'un peu de lassitude. Les jours suivants, il eut encore deux nouvelles attaques semblables à la première, et s'en remit tout aussi complétement. Toutefois, les vomissements alimentaires persistaient en dépit des efforts du malade pour les éviter; il y avait constamment un peu de céphalalgie, parfois quelques épistaxis.

Le 12 décembre au matin, L... se sentit de nouveau mal à l'aise; il se rendit à son travail, mais bientôt le malaise augmentant, il rentre chez lui, et se couche; il avait la tête lourde et les idées peu nettes; bientôt il perdit graduellement sa connaissance et tomba dans un état comateux, mêlé de délire, qui persista sans interruption pendant quatre jours, au bout desquels on le transporta à l'hôpital.

État à l'entrée. — Le 17 décembre au matin, le malade a repris un peu sa connaissance, mais il est encore très-engourdi, répond avec difficulté et beaucoup de lenteur ; il ne peut donner de détails sur ce qu'il éprouve, et il ne conserve aucun souvenir des derniers jours écoulés.

Le pouls régulier, dur et tendu, bat 76; le cœur est manifestement hypertrophié; le choc de la pointe se fait sentir avec force dans le cinquième espace intercostal, en dehors du mamelon; on ne perçoit aucun bruit normal. Il y a une dyspnée assez intense; cependant l'appareil respiratoire paraît en bon état; la sonorité thoracique est normale, la respiration bonne partout.

Le malade se plaint de céphalalgie et de vertiges; on ne constate aucun trouble de la sensibilité générale; les pupilles sont égales et très-contractiles. Les urines sont fortement albumineuses.

On diagnostique une *néphrite interstitielle*, d'origine probablement saturnine et déterminant des accidents urémiques. (Le malade est mis au régime lacté.)

Le 18 décembre au matin, survient une nouvelle attaque éclamptique avec perte de connaissance, convulsions et coma pendant un

quart d'heure. Ces accidents se dissipent et ne reparaissent pas les jours suivants; mais les vomissements après les repas continuent à se produire fréquemment; la céphalalgie est continuelle, il y a des épistaxis fréquentes; parfois des secousses convulsives dans les membres. Les troubles oculaires augmentent chaque jour.

Le 1er janvier 1877, le malade offre l'état suivant :

La face, un peu bouffie, est pâle et décolorée; il n'y a pas d'œdème des jambes; l'action du cœur est régulière et énergique, sans aucune défaillance; il y a toujours un peu de dyspnée, mais moins intense que les premiers jours. L'exploration du thorax ne révèle ni congestion pulmonaire ni aucune autre lésion; les troubles digestifs persistent avec les mêmes caractères : vomissements après les repas, sans nausées, presque sans efforts ; pas de diarrhée.

Les urines, peu colorées, légèrement troubles, sont très-abondantes et dépassent trois litres par vingt-quatre heures; elles renferment par litre environ 3 grammes d'albumine.

Il y a de la céphalalgie, des vertiges et une amblyopie de plus en plus marquée ; des crampes dans les extrémités; des épistaxis fréquentes et un grand épuisement. (Potion avec perchlorure de fer, vingt gouttes.)

4 janvier. — Le malade continue à vomir tout ce qu'il prend; la faiblesse et l'amaigrissement font des progrès rapides. (Potion avec teinture de Baumé, six gouttes; alcoolat de mélisse; tisane de houblon.)

6 janvier. — Un nouvel examen confirme les résultats précédents; on reconnaît, de plus, une *analgésie* marquée des téguments, sans anesthésie proprement dite; une forte piqûre ne produit qu'une sensation de contact, que le malade localise parfaitement, sans aucune douleur.

A l'examen ophthalmoscopique, pratiqué par le docteur Abadie et par nous, on constate sur les deux yeux l'existence d'une névrite du nerf optique, avec gonflement et injection de la papille, contours indistincts, etc.; en revanche, les lésions propres à la rétinite albuminurique font complétement défaut. (Trois pilules tannin 15 centigrammes.)

8 janvier. — Dans la journée, nouvelle attaque éclamptique durant trois ou quatre minutes seulement; prostration prolongée après l'accès. T. 36°6.

Rien de nouveau les jours suivants.

15 janvier. — Le malade a été repris d'une épistaxis abondante, qui s'est produite pendant la nuit; ce matin, il a vomi près de 500 grammes de sang avalé dans le décubitus dorsal. (Julep perchlorure de fer, vingt gouttes; tamponnement des fosses nasales.)

Le soir, l'hémorrhagie est arrêtée, mais le malade est d'une extrême faiblesse; il vomit tout ce qu'on essaye de lui faire prendre. Pouls à 84; extrémités refroidies.

16 janvier. — Dans la nuit, nouvelle attaque épileptiforme. L'état général s'aggrave sans cesse; vomissements incessants, pâleur livide et algidité. Les urines ont diminué; elles ne dépassent pas un litre par vingt-quatre heures et sont fortement albumineuses.

Le soir, un léger suintement sanguin a repris par les narines; le malade s'affaiblit de plus en plus; la respiration, très-pénible, est suspirieuse, lente et profonde. R. 12; P. 90; T. 36°6.

17 janvier. — L'épistaxis est de nouveau arrêtée, mais l'épuisement reste complet. Le soir, nouvelle attaque épileptiforme, extrêmement violente, suivie de coma.

18 janvier. — Le coma s'est dissipé, mais l'état du malade reste très-misérable; il y a une dyspnée intense avec respiration stertoreuse et bruyante. On remarque depuis hier un écoulement séro-purulent assez abondant par l'oreille droite, qui s'est produit sans que le malade ait accusé aucune douleur de ce côté.

Le soir, retour du coma.

19 janvier. — Il n'y a pas eu d'épistaxis nouvelle; l'état général est toujours très-grave; on a maintenant par les deux oreilles un écoulement séro-purulent abondant, sans fétidité.

Le malade succombe le 20 janvier, à quatre heures du matin.

Autopsie, pratiquée trente heures après la mort.

Les *méninges* cérébrales, parfaitement intactes, se décollent avec facilité; la pie-mère n'est nullement œdématiée; les vaisseaux de la base de l'encéphale offrent quelques plaques d'athérome, mais on ne découvre ni thromboses ni oblitérations.

Le *cerveau* est ferme, nullement congestionné; il ne présente aucune lésion; les ventricules latéraux ne renferment qu'une petite quantité de sérosité.

Au niveau de la face antéro-supérieure du *rocher*, de chaque côté, après avoir enlevé la dure-mère, ce qui se fait sans difficulté, on remarque un état rouge et friable de la surface osseuse; en grattant avec la pointe d'un stylet, on détache de petites lamelles et on met au jour les aréoles remplies d'un liquide puriforme. Les rochers étant enlevés, une coupe longitudinale révèle l'existence d'un catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec large perforation de la membrane du tympan et désorganisation de la chaîne des osselets; l'altération occupe également les cellules mastoïdiennes, qui sont atteintes d'ostéite et à demi remplies de pus.

Les mêmes lésions, à peu de chose près, existent des deux côtés. Les *plèvres* sont saines et exemptes d'adhérences; les *poumons* ne sont pas congestionnés et n'offrent aucune altération.

Le *cœur* est considérablement hypertrophié, surtout dans sa portion ventriculaire gauche; son poids est de 620 grammes, l'épaisseur maximum des parois du ventricule gauche atteint 25 millimètres; la fibre musculaire est rouge et nullement altérée. La cavité du ventricule droit, peu dilatée, est occupée par un caillot fibrineux très-dense, décoloré et couenneux à son centre, qui se prolonge dans l'oreillette en obstruant l'orifice tricuspidien et envoie parmi les cordages tendineux des prolongements, qui le rendent très-difficile à détacher sans déchirure. Les orifices sont parfaitement sains; les valvules intactes.

Les *artères* offrent quelques plaques athéromateuses peu développées, sans infiltration calcaire.

Les *reins* présentent les lésions caractéristiques de la néphrite interstitielle; ils sont petits, un peu bosselés, parsemés à leur surface de kystes multiples variant du volume d'un grain de chénevis à celui d'une noisette. La capsule albuginée se détache avec difficulté en entraînant des débris du tissu rénal, qui est pâle et décoloré. A la coupe, on reconnaît une atrophie très-prononcée de la substance corticale, qui est réduite à une couche grisâtre de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur.

Le *foie* et les autres viscères abdominaux n'offrent rien qui mérite d'être noté.

Cette observation est un cas à peu près type de néphrite interstitielle, accompagnée de la série des accidents graves qu'on réunit sous la dénomination d'accidents urémiques : dyspnée, hémorrhagies rebelles, convulsions épileptiformes, vomissements, etc.

Le syndrôme clinique de la variété de néphrite en question est ici nettement exprimé et ne présente aucune difficulté; mais il n'en est pas de même de la question étiologique qui paraît dans ce cas entourée d'obscurités.

Le malade était saturnin, il avait eu des coliques de plomb et l'analgésie que nous avons constatée ne peut guère être rapportée qu'au saturnisme ; mais serait-on autorisé à rattacher la néphrite à cette intoxication? Cela nous paraît au moins douteux en présence de la bénignité apparente de l'intoxication chez notre malade et, au contraire, de l'intensité de la maladie rénale. On peut encore se demander si la maladie articulaire qui est survenue au début a été de la goutte ou du rhumatisme; si on suppose que c'était de la goutte, qu'on pourra admettre de nature saturnine, on sera peut-être conduit à subordonner la néphrite à cette goutte et à considérer la maladie rénale comme une néphrite goutteuse.

D'autres questions se présentent encore : quelle a été l'origine des accidents encéphalopathiques? Est-ce le saturnisme ou la néphrite? L'examen ophthalmoscopique n'a rien appris sous ce rapport; il a seulement montré une double névrite optique, indice d'un désordre cérébral de nature indéterminée.

Aux différentes questions qui viennent d'être posées, il ne semble pas possible de répondre d'une façon catégorique. Nous croyons que, dans le fait complexe que nous avons rapporté, on est dans la meilleure probabilité en rapportant les accidents encéphalopathiques, les vomissements et les hémorrhagies à la néphrite interstitielle, et en laissant indécise la question de savoir quelle est ici l'origine de cette néphrite ; nous ne pensons pas qu'il soit possible d'affirmer qu'elle dépendait du saturnisme ou de la goutte saturnine.

CONSIDÉRATIONS A PROPOS DE LA TEMPÉRATURE DANS LA PLEURÉSIE (1)

Par M. le Dr F. GIBERTON-DUBREUIL.

Conclusions. — La pleurésie aiguë, franche, offre toujours de la fièvre les premiers jours de son invasion; cette fièvre n'est parfois appréciable qu'après les phénomènes locaux; elle peut n'être que d'une très-courte durée (vingt-quatre, douze heures même). — De petits frissons irréguliers s'observent presque constamment au début de l'affection durant les vingt-quatre ou quarante premières heures de l'invasion). — Si la maladie n'est sous l'influence d'aucune diathèse ou cachexie quelconque, la chaleur fébrile du début est, on peut presque dire toujours, de 38°2 à 38°6. — La température est utile à connaître, surtout les premiers jours, pour le diagnostic différentiel et pour le pronostic. — Une fièvre continue avec exacerbation vespérale n'indique pas plus une pleurésie purulente qu'une pleurésie séreuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 février 1877. — Présidence de M. LÉPINE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la non-toxicité du cuivre. — M. LÉPINE, à l'occasion du procès-verbal, demande à M. Galippe s'il a fait des expériences sur d'autres animaux que les chiens. Certains auteurs admettent, en effet, comme on sait, des idiosyncrasies pour les toxiques, et c'est ainsi qu'on a prétendu que les chats étaient rebelles à l'empoisonnement saturnin. Peut-être se passerait-il quelque chose d'analogue pour les chiens à l'égard du cuivre.

M. GALIPPE répond qu'il a fait des expériences sur d'autres animaux que les chiens, en particulier sur des animaux ne pouvant pas vomir. Dans ces conditions, beaucoup de ces animaux meurent; cependant il y a, à Montpellier, des poules que l'on nourrit avec le moût du raisin qui a servi à fabriquer de l'acétate de cuivre, et ces poules ne présentent jamais d'accidents d'intoxication, ce qui prouve qu'à petites doses répétées, même chez des animaux ne pouvant vomir, le cuivre n'est pas toxique.

De l'hémianesthésie. — M. TRIPIER (de Lyon) a fait dans son service, à l'Hôtel-Dieu de Lyon une série de recherches sur l'hémianesthésie. Lorsqu'elle est complète, il est difficile de déterminer si elle varie suivant les régions. Quand elle est incomplète, au contraire, on peut voir qu'elle n'existe pas partout au même degré; ainsi, elle est généralement plus marquée aux extrémités qu'à la racine des membres, à la paume qu'à la face dorsale de la main, à la partie antérieure qu'à la partie postérieure du tronc, etc. On voit également qu'il existe une différence entre le membre supérieur et inférieur, et qu'elle est plus marquée au membre supérieur.

M. Tripier a aussi recherché comment se comporte la sensibilité dans les parties profondes. Le malade ayant les yeux bandés, si on lui dit de prendre le pouce de la main malade avec la main saine, on voit qu'il hésite et tâtonne avant de pouvoir saisir le pouce; si, au contraire, on lui dit de prendre le pouce de la main saine avec la main malade, il la prend sans hésitation et sans tâtonnements, ce qui prouve que la sensibilité persiste dans les parties profondes des membres anesthésiques.

M. Tripier a cherché à rendre l'anesthésie plus complète par la compression circulaire du membre. Au bout de quinze secondes, en effet, le malade cesse de sentir le lien, quelque serré qu'il soit.

En résumé, la perte de la sensibilité paraît, en général, se comporter comme la perte de la motilité.

Granulations tuberculeuses du poumon. — M. GRANCHER, comme conclusion des recherches dont il a communiqué les résultats à la Société dans les deux dernières séances, a étudié la structure des granulations tuberculeuses du poumon. Parmi ces granulations, il en est qu'on voit à l'œil nu. Il en est d'autres qu'on ne voit qu'à l'aide du microscope; les premières sont bien connues, les autres n'ont pas encore été bien décrites. Elles se développent toujours de la façon suivante : il existe d'abord une petite granulation, composée de cellules lymphatiques s'accumulant plus ou moins régulièrement autour d'un centre. Plus tard, cette granulation devient beaucoup plus volumineuse; c'est celle qui a été décrite par Virchow et qui se compose d'un centre opaque, caséeux, d'une zone de granulations lymphatiques, puis de grosses cellules auxquelles on a donné le nom de cellules mères. Enfin il en existe une troisième variété, d'aspect fibreux, qui a été décrite par Lebert; c'est simplement celle de Virchow, plus vieille ou plus âgée. M. Grancher insiste sur ce fait que ces trois granulations ne sont pas des produits morbides différents, mais bien un seul et même produit à différents âges; le premier pourra prendre le nom de granulation tuberculeuse embryonnaire, le second celui de granulation tuberculeuse adulte, le troisième, enfin, celui de granulation tuberculeuse vieille.

Dans le poumon, on peut suivre ce développement, depuis la granulation embryonnaire jusqu'à la granulation fibreuse ou vieille. M. Malassez, étudiant le tubercule du testicule, est arrivé à la même conclusion, les noms seuls diffèrent; en effet, au lieu d'embryonnaire, d'adulte et de vieille, il les appelle granulation élémentaire, composée récente et composée fibreuse. En somme, l'évolution est la même dans le poumon et dans le testicule. Si l'on examine la marche de la granulation tuberculeuse dans le péritoine, on trouve à peu près la même chose. La marche est donc la même dans les membranes séreuses que dans les parenchymes.

Au point de vue du mode de développement, M. Cornil a montré que le point de départ se fait dans une gaîne lymphatique périvasculaire; mais outre ce processus lymphatique périvasculaire, il se fait, en même temps, un processus intravasculaire. Malassez a montré que les choses se passaient de la même façon dans le testicule. Dans le poumon la granulation tuberculeuse se développe également de la même manière. Il se forme un amas de cellules lymphatiques dans les gaînes lymphatiques péribronchiques et en même temps il se fait un amas de cellules épithéliales dans l'intérieur de la bronche, qui bientôt oblitère cette bronche.

Le développement dans l'intérieur et autour d'un tube bronchique est donc le même que celui que M. Cornil a montré pour les vaisseaux, ou que M. Malassez a montré pour les tubes séminifères. On retrouvera le même processus autour d'un alvéole ou d'un infundibulum pulmonaires. Le développement est donc toujours le même, qu'il s'agisse d'un vaisseau, d'une bronche ou d'un tube séminifère, développement à la fois péri et intravasculaire. Autour du tube, c'est une prolifération des cellules lymphatiques, et, dans son intérieur, une prolifération de cellules épithéliales. On retrouve ainsi facilement le centre caséeux de Virchow et la zone conjonctive, le premier étant représenté par la dégénérescence des cellules épithéliales, la seconde par la prolifération conjonctive fatale qui accompagne cette évolution.

En résumé, quel que soit l'organe, on doit distinguer deux parties dans le mode de développement de la granulation tuberculeuse, une partie centrale, représentée par un canal oblitéré et une partie périphérique représentée par un tissu conjonctif infiltré. On cons-

(1) Thèse inaugurale. — Paris, 1876, chez Coccoz, rue de l'Ancienne-Comédie, 11, où l'on peut se procurer toutes les thèses.

tate également une double tendance, en rapport avec ces deux parties, une dégénérescence caséeuse, d'une part, et, d'autre part, une prolifération conjonctive ou, en d'autres termes, une caséification et un état conjonctif.

Décollement hémorrhagique du corps vitré, par rupture d'une veine rétinienne. — M. BADAL communique l'observation d'une malade agée de soixante-sept ans, qui a toujours eu une santé excellente, qui n'a rien du côté des reins et du cœur, dont les artères ne sont pas athéromateuses, et chez laquelle il existe une hypermétropie de 3 métrique (1/12 ancien), avec acuité 2/3.

Cette malade raconte, qu'en faisant un violent effort, elle a eu la sensation d'une clarté éblouissante, comparable à un jet de lumière électrique. A partir de ce moment, la vue est restée brouillée; devant l'œil gauche s'étend une tache ovale, d'un rouge foncé, qui masque la moitié inférieure des objets.

L'examen périmétrique montre l'existence d'un scotome central dont les limites sont difficiles à préciser par suite de l'absence de fixation.

L'éclairage spéculaire révèle des particularités intéressantes. Le corps vitré est parfaitement transparent, rien n'a fusé dans son intérieur. A la partie externe de la papille, au-dessus de la tache jaune, il existe une déchirure transversale de la rétine et de la choroïde, provoquée par la rupture d'une veine rétinienne de troisième ordre qui coupe cette déchirure à angle droit. Au fond de la plaie, se voit la sclérotique d'un blanc nacré.

Une légère infiltration sanguine s'est faite en arrière des membranes rompues, sous la forme d'un croissant à concavité interne accolé à l'hémorrhagie principale. L'aspect de cette partie du fond de l'œil est celui d'un décollement rétinien ordinaire; plusieurs vaisseaux sillonnent sa surface, en s'infléchissant au niveau de légères ondulations à teinte azurée.

L'épanchement principal s'est fait en dedans du précédent, *en avant de la rétine*; dans une poche ovale de la forme et de la grandeur d'un œuf de pigeon (avec un grossissement = 10) formée en avant par l'hyaloïde ou la membrane limitante interne de la rétine; en arrière, par la rétine proprement dite. Sous l'action de la pesanteur, le sang s'est accumulé dans la partie déclive de la poche.

Arrivés sur les bords du décollement les vaisseaux rétiniens disparaissent brusquement, aucun d'eux n'est visible à la surface de l'ovale; la nappe sanguine se trouve donc en avant.

M. Badal a porté, dès le début, un diagnostic favorable basé sur l'intégrité relative de la membrane nerveuse, la non-pénétration de l'épanchement dans le corps vitré, la cause tout accidentelle de la maladie et le bon état de la santé générale.

Après un mois de traitement (application de sangsues, compresses résolutives, déritatifs sur l'intestin) la plus grande partie de l'épanchement se trouve résorbé; le nuage qui voile les objets est moins épais. Néanmoins, il existe encore un trouble de la vision binoculaire qui ne permet que difficilement, à la malade, de se livrer à son travail habituel de couture.

Comment se comportent les animaux d'eau douce plongés dans l'eau de mer. — M. PAUL BERT ayant étudié cette question en même temps que M. Plateau (de Bruxelles) est arrivé à une conclusion toute différente que celle qu'a donnée ce savant. On sait que les animaux d'eau douce plongés dans l'eau de mer meurent; or, suivant lui, l'eau de mer agirait sur ces animaux comme un poison; suivant M. Bert, au contraire, la mort de ces animaux n'est due qu'à un phénomène osmotique. Il suffit, pour s'en convaincre, de peser l'animal avant et après l'expérience; par exemple une grenouille plongée dans l'eau de mer perd un tiers de son poids; si l'on plonge seulement la patte d'une grenouille dans l'eau de mer, on voit les globules sanguins sortir des vaisseaux et se répandre sous la peau. S'il s'agit d'animaux dont la peau toute entière n'est pas osmotique, ces phénomènes osmotiques se passent alors dans le système branchial.

Ces faits étant connus, il était intéressant de savoir comment se comportent les poissons vivant alternativement dans l'eau douce et dans l'eau de mer. Un saumon d'eau douce, par exemple, plongé brusquement dans l'eau de mer résiste plus longtemps que les autres poissons d'eau douce, mais il finit cependant par succomber après cinq ou six heures. Il faut en conclure que ces animaux ne se précipitent pas tête baissée d'un fleuve dans la mer; ils vivent pendant un certain temps dans le flux et le reflux pour s'habituer peu à peu à l'eau de mer; cela explique que l'on trouve un grand nombre de ces poissons à l'embouchure de certains fleuves, à Quillebeuf, par exemple, sur la Seine.

Une anguille d'eau douce plongée dans l'eau de mer ne subit aucune action manifeste. A cette occasion, M. Bert cite un fait qui montre la facilité avec laquelle se commet une erreur dans les expériences de laboratoire. Ayant lui-même plongé plusieurs fois des anguilles d'eau douce dans de l'eau de mer et ayant toujours retrouvé ces anguilles vivantes après plusieurs jours, il chargea son garçon de laboratoire de ce soin et chaque fois, depuis lors, les anguilles mouraient dans l'espace de trois ou quatre heures. Après avoir longtemps recherché la cause de cette différence suivant que ce fût lui-même ou son garçon qui procédât à l'expérience, M. Bert découvrit que celui-ci prenait l'anguille avec un torchon et essuyait ainsi le mucus dans une certaine étendue de la peau, mucus qui la protége habituellement contre les effets nuisibles de l'eau de mer.

Après avoir étudié l'action de l'eau de mer sur les poissons d'eau douce, M. Bert étudia celle de l'eau douce sur les animaux d'eau de mer et constata que les branchies de ces animaux plongés dans l'eau douce étaient le siége d'altérations analogues à celles qu'il avait constatées chez les poissons d'eau douce plongés dans l'eau de mer. Il constata, en effet, que si l'on charge de sels l'eau douce on prolonge la vie des animaux de mer plongés dans cette eau douce. Ces expériences démontrent surabondamment qu'il ne s'agit pas là de phénomènes toxiques, mais simplement de phénomènes osmotiques.

Action caustique de l'acide salicylique sur la muqueuse stomacale. — M. HENRI BENJAMIN, vétérinaire à Paris, fait une communication sur l'action caustique de l'acide salicylique sur la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac du cheval. Il s'agit dans l'observation qu'il relate, d'un cheval de neuf ans atteint de gangrène pulmonaire. Se basant sur les résultats heureux obtenus par Berthold, dans plusieurs cas analogues chez l'homme. M. Benjamin fit administrer à ce cheval dans les douze heures, un électuaire ainsi composé :

Acide salicylique.	10 grammes.
Alcool	60 —
Poudre de tan.	30 —
Poudre de quinquina. . .	30 —
Miel.	q. s.

L'animal mourut le lendemain; et, à l'autopsie, M. Benjamin constata qu'il existait, en grand nombre, des érosions sur la muqueuse de l'œsophage, ainsi que sur celle du sac gauche de l'estomac. L'épithélium paraissait avoir été détruit. M. Benjamin conseille en terminant, d'administrer aux solipèdes des solutions diluées, ou mieux encore, par suite de la difficulté qu'on éprouve à faire boire à la bouteille, le salicylicate de soude qui a les avantages de l'acide sans en présenter les inconvénients.

D'une crampe analogue à la crampe des marcheurs. — M. ONIMUS rapporte le fait suivant : un jeune homme de vingt-quatre ans, très-sujet au rhume de cerveau, reçoit de son médecin le conseil de prendre, matin et soir, un bain de pieds très-froid; son rhume guérit, mais depuis qu'il a pris ces bains, il ressent, après avoir fait seulement quelques pas, des crampes considérables dans les deux jambes. S'il se met à courir pendant deux ou trois minutes, ses jambes deviennent d'une dureté extrême, d'un blanc marmoréen et se refroidissent, on n'y trouve plus aucune trace de circulation; une épingle enfoncée dans la peau n'est pas sentie et n'amène pas une goutte de sang, et le malade est forcé de rester tranquille pendant quelques instants pour laisser à la circulation le temps de se rétablir. La question est de savoir si le spasme des vaso-moteurs précède, accompagne ou suit la contraction musculaire ou la crampe qui commence la scène.

M. CHARCOT fait observer que les vétérinaires, et en particulier M. Bouley, ont parfaitement décrit un état pathologique analogue chez les chevaux. Certains de ces animaux, après une course forcée, sont pris subitement d'une crampe, d'un arrêt de la circulation dans les membres et se trouvent ainsi dans l'impossibilité absolue de faire un seul pas. M. Charcot a eu l'occasion d'observer quelques cas analogues chez l'homme. Il se rappelle, entre autres, un malade qui, après un certain nombre de pas, était forcé de s'arrêter et présentait les mêmes phénomènes. Il s'agissait, dans ce cas, d'une oblitération passagère de l'artère iliaque primitive. Il a été noté, en effet, que chez l'homme, tous ces faits auxquels on a donné le nom de *claudication intermittente* se relient à des oblitérations artérielles.

M. ONIMUS fait observer que dans les cas dont vient de parler M. Charcot, le phénomène est unilatéral et occupe tout le membre, tandis que, dans le cas qu'il vient de rapporter, il occupe les deux jambes et est parfaitement limité au mollet, de telle sorte qu'il lui semble impossible d'admettre une autre cause, que l'excitation périphérique, produite localement par les bains froids.

M. CHARCOT répond que le phénomène peut être simple ou double et que son étendue varie suivant le siége de l'oblitération. Il signale à l'attention de la Société un article de l'*American journal*, dans lequel Robert Mitchell rapporte plusieurs faits de ce genre et cite, en particulier, le fait d'un homme dont le corps tout entier est ainsi pris de contracture.

M. LÉPINE soumet à M. Charcot le fait suivant : il a observé une malade atteinte d'épilepsie partielle et d'un affaiblissement de la moitié du corps qui, lorsqu'on lui dit de serrer un objet quelconque dans ses mains, est prise aussitôt de convulsions des deux membres supérieurs.

M. DURET dit, que dans l'article cité par M. Charcot, l'auteur rapporte l'exemple d'un horloger qui, lorsqu'il voulait saisir un objet, une vis par exemple, entre le pouce et l'index, était pris aussitôt d'une contracture de ces deux doigts, telle que l'objet s'enfonçait dans ses chairs.

M. CHARCOT répond à M. Lépine que, dans les faits d'épilepsie partielle, il n'y a généralement pas de contracture et que celle-ci est due à une lésion cérébrale.

La séance est levée à six heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Rectification. — (Voir le premier-Paris.)

PRÉSENTATIONS

M. LEREBOULLET présente, au nom de M. Mathias Duval et en son propre nom, la deuxième édition du *Manuel du microscope et de ses applications à la clinique.*

Aortite aiguë. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies chez un malade qui a succombé, dans son service, à une affection assez rare et peu connue, à une aortite aigue. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, qui est entré à l'hôpital le 15 janvier et y est mort le 17 février, après avoir présenté une dyspnée très-intense, les signes d'une simple hyperthrophie du cœur, sans bruit de souffle, vers les derniers temps un œdème généralisé, une congestion considérable du foie et, particularité intéressante, une diminution très-notable dans la quantité d'urine émise dans vingt-quatre heures, quantité qui s'était abaissée jusqu'à 200 grammes.

A l'autopsie, M. Beaumetz constata qu'il n'existait aucune altération des orifices et qu'il y avait une dégénérescence graisseuse du cœur, et cette rougeur particulière propre à cette affection, qui a été désignée sous le nom d'aortite aiguë.

M. PETER demande à M. Dujardin-Beaumetz si ce malade était rhumatisant, s'il avait eu de la fièvre et une certaine élévation de la température, et quelle forme de dyspnée il présentait.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond que ce malade était syphilitique mais nullement rhumatisant ni alcoolique, qu'il avait présenté une certaine accélération du pouls, mais sans fièvre proprement dite, et que sa dyspnée offrait les caractères de la dyspnée cardiaque.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. PETER termine aujourd'hui la partie critique de son argumentation. Il rappelle avoir montré, dans la dernière séance, par des chiffres, que, toutes choses égales d'ailleurs, la médication par les bains froids donnait un chiffre de mortalité supérieur à celui qu'on obtient par les médications ordinaires. Or, cette médication, dont la valeur est aussi discutable, est-elle d'une application facile ? C'est à M. Féréol lui-même, que M. Peter emprunte la réponse à cette question ; il rappelle le cas, rapporté par lui, d'un employé de l'imprimerie Malteste qui était atteint d'un rhumatisme cérébral, et chez lequel la médication par les bains froids fut employée dans toute sa rigueur.

Dans cette communication, M. Féréol déclare lui-même que l'application de cette médication est entourée des plus grandes difficultés, et après avoir fait ressortir toutes ces difficultés, ajoute que la vie du malade est à ce prix. Vraiment, répond M. Peter, il s'agirait d'une médication par la dynamite qu'on ne s'exprimerait pas autrement. Reprenant le récit de M. Féréol, l'orateur en fait une nouvelle citation, dans laquelle il est dit que, sans le dévouement de deux externes qui, se remplaçant de vingt-quatre en vingt-quatre heures, n'ont pas quitté un seul instant le malade, il eût été impossible d'entreprendre une pareille médication. Voilà donc une médication qui exige qu'un homme soit ainsi rivé à un autre homme pendant vingt-quatre heures ! Mais, si au lieu d'un seul malade, vous supposez cent malades en traitement, il faudra donc deux cents médecins ou élèves en médecine uniquement occupés au traitement de ces cent malades. Ces difficultés pratiques ont d'ailleurs soulevé à Lyon les plus vives discussions entre les malades et les élèves en médecine qui réclamaient leurs honoraires et, de fait, ces derniers n'ont pas été payés. Voilà donc de pauvres jeunes gens qui abandonnent leurs études, qui risquent de contracter la fièvre typhoïde, qui perdent leur temps et leurs forces à passer des nuits auprès de ces malades, et cela sans la moindre compensation. M. Peter demande si une pareille médication est d'une application possible dans la pratique.

En terminant cette partie critique de son argumentation, M. Peter rappelle les paroles qui ont été prononcées, au sein même de la Société, par M. Dumontpallier, lors de la première communication de M. Féréol, paroles très-sages, par lesquelles M. Dumontpallier demandait que la Société ne semblât pas approuver, par son silence, une médication aussi dangereuse et dont les résultats sont si douteux. Et s'associant pleinement à cette opinion, M. Peter, ajoute, en effet, qu'en présence de la publicité et de l'autorité qui s'attachent à chaque chose émanant de la Société, il ne faut pas que les membres paraissent approuver par leur silence, une médication semblable et cela d'autant moins que ceux qui la proposent jouissent auprès de leurs collègues de plus d'estime et d'autorité. C'est pourquoi il proteste, avec M. Dumontpallier, et termine en disant à ses collègues : *Caveant consules.*

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

457. De Santi. Du genu valgum chez l'adolescent.
458. Testut. De la symétrie dans les affections de la peau.
459. Aumoine. Étude sur quelques tumeurs solides des grande lèvres.
460. Hermet. Quelques recherches sur la pectoriloquie aphone.

461. Paunescu. De l'hémoptysie dans la tuberculose chronique.
462. Montignac. Quelques considérations sur la dilatation des artères et l'anévrysme cirsoïde des membres.
463. Thuau. Étude sur la mélanose généralisée.
464. Cliquet. De l'hépatite syphilitique, la possibilité de sa guérison dans certains cas, la difficulté ou l'impossibilité de cette guérison dans certains autres.
465. Woirhaye. De la compression de l'aorte à l'aide de l'anesthésie dans le traitement des anévrysmes intra-abdomineux.
466. Fuzier. Essai sur le diagnostic et le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus.
467. Delon. Pustule maligne, marche de la température dans le traitement par la cautérisation.
468. Bréchot. Considérations sur les accidents cérébraux, à forme délirante et comateuse qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.
469. Deligny. De l'adénopathie cervicale chez les scrofuleux.
470. Casanova. La grossesse dans ses rapports avec les maladies du cœur.

SANTÉ PUBLIQUE.

Paris (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 22 février 1877, il a été déclaré 957 décès, soit 26.9 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 5. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 27. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 61. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Dysenterie, 1. — Angine couenneuse, 35. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 259. — Affections chroniques, 419, dont 181 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 33. — Causes accidentelles, 29.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Portret est nommé contrôleur du matériel, en remplacement de M. de la Martinière, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hamelin, agrégé, est nommé préparateur du laboratoire de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Roustan, agrégé stagiaire, est appelé à l'exercice à dater du 1er janvier 1877.

M. Grasset, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité à dater du 1er novembre 1876, en remplacement de M. Eustache, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Par arrêté en date du 23 février 1877, la chaire de chimie médicale et toxicologie de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir du 25 février, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. Etienne (Pierre-Paulin), né le 17 août 1854 à Peuviller (Meuse), est nommé aide d'anatomie normale, en remplacement de M. Guyot, démissionnaire.

— *Collége de France.* — MM. A. Pitres et E. Chambard sont nommés répétiteurs près la troisième section de l'École pratique des hautes études et attachés en cette qualité au laboratoire d'histologie du Collége de France, en remplacement de M. Debove, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Alluard, professeur de physique, est nommé doyen de ladite faculté, pour une période de trois années.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Alcantara, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Stéphann, suppléant à ladite école.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. Eusèbe Ferrand, pharmacien à Paris; Damer, professeur à l'École de médecine de Tours; Harzé, médecin de la légation de Belgique; Bornemann, conseiller directeur de l'instruction publique à Dresde.

— M. le docteur Hamy, attaché au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre de la commission de la topographie des Gaules.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la Réfraction oculaire et de l'Anisométropie, par le docteur Gard. — In-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des différents Procédés de trachéotomie dans le croup et plus particulièrement de la trachéotomie en un seul temps, par le docteur Boissier. — In-8° avec 11 figures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Mémoire sur la nature et le traitement des convulsions des femmes enceintes et en couches, par le docteur Charles. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur le morphinisme aigu et chronique. Étude sur l'action physiologique de la morphine, par le docteur Calvet. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Quelques Considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée, par le docteur Carbier. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

Étude clinique sur la septicémie puerpérale, par le docteur Bodé. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Études hygiéniques sur les propriétés organoleptiques des eaux potables, par le docteur Atgier. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du Pansement des plaies, par le professeur Gosselin. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Élixir Chantrel, préparé au Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux*, *catarrhes*, *bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Cᵉ, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Produits de l'Eucalyptus
par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon*, *névralgies*, *migraines*, *rhumatisme*, *pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Vésicatoire argocystique
EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN.

1re Médaille à l'Exposition de Paris 1875. Attestation des médecins en chef des *Hôpitaux* du Midi. Expérimenté dans les *Hôpitaux de Londres. Agit promptement, sûrement*, sans douleur, de 4 à 8 h. N'est pas camphré et ne produit *jamais la Cystite*.

VÉSICATOIRE INSTANTANÉ L. ROUVIÈRE
EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN

Agit en 1 h. et demie en moyenne. N'est pas camphré, et ne produit *jamais la Cystite*. — *Dépôt :* Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. — A. Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple, *Paris*. — Et chez l'inventeur, L. Rouvière, pharmacien à NIMES (Gard).

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris. —

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*. Philadelphie, 1876, première médaille.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives
PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. Laroche

Maladies de poitrine.
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES
Sirops du Docteur CHURCHILL
à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux*.

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr Churchill et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie Swann, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Vin de quinquina au malaga
D'ABBADIE

21, r. Sainte-Apolline, et dans toutes les pharmacies. Recommandé pour sa qualité et sa bonne préparation.

Viande crue et alcool.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

N° 25. — JEUDI 1er MARS 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1877. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le rôle de l'estomac et de ses glandes à pepsine est-il essentiel, indispensable dans la digestion? Jusqu'à présent, on s'en croyait certain. Voilà maintenant qu'on en doute. Déjà, le 19 décembre dernier, M. Laboulbène avait raconté la première partie de l'histoire d'un malade de son service qui avait avalé par mégarde une certaine quantité d'acide sulfurique, et qui avait rendu, quelque temps après, par le vomissement, une membrane étendue, présumée être la muqueuse de son estomac. Ce malade digérait pourtant tant bien que mal les aliments qu'on lui faisait prendre. Il a vécu encore jusqu'au 29 janvier. Et M. Laboulbène est venu hier raconter ce qui avait été constaté à son autopsie. Il n'existait plus chez cet homme de glandes à pepsine; la muqueuse gastrique avait été détruite en son entier. Et telle ne semblait pas avoir été la cause de la mort par inanition. En effet, on trouvait en outre un rétrécissement de l'orifice pylorique qui avait fini par mettre un obstacle absolu au passage des aliments dans l'intestin.

M. Laboulbène ayant quitté l'hôpital Necker pour passer à la Charité, la dernière partie de cette observation si instructive a été recueillie par les soins de M. Chauffard. Nous croyons devoir la reproduire textuellement dans tous ses détails.

« A la fin de décembre et dans les premiers jours de janvier, le malade était nourri avec des œufs et prenait même de temps en temps une côtelette. Il resta à cette époque environ huit jours sans vomir; mais à partir de ce moment, les vomissements se montraient, d'abord peu abondants, puis de plus en plus fréquents; enfin, à partir du milieu de janvier, il vomissait tout ce qu'il prenait. On le mit alors au régime lacté, mais il ne le supporta pas davantage. On essaya de lui donner pendant trois ou quatre jours du jus de viande, mais les vomissements persistèrent aussi tenaces. On fut obligé d'avoir recours aux lavements de vin et de bouillon.

« A partir du 15 janvier, le malade est allé s'affaiblissant de jour en jour, maigrissant de plus en plus, ayant des vomissements continuels et une constipation presque absolue. Les vomissements n'étaient composés que de lait caillé nageant dans un liquide aqueux; jamais, pendant ces derniers mois, il n'a rendu ni fausse membrane, ni sang, ni matière noire. Il avait des envies fréquentes d'aller à la garde-robe; mais ses selles étaient presque nulles et sans caractère particulier. Il ne se plaignait pas de douleurs au niveau de la région gastrique. Il n'a jamais eu d'œdème des extrémités.

« Dans les derniers jours de la maladie, l'affaiblissement a atteint son maximum. Le malade est si affaissé qu'il répond à peine; il est d'une maigreur squelettique. Ses extrémités se cyanosent. Enfin le malade meurt d'inanition le 23 janvier 1877, à huit heures du matin. »

Ainsi, qu'on le remarque bien, cet homme n'a jamais souffert de l'estomac. Il n'a pas non plus souffert du dos. Je l'avais longuement interrogé sur ce point quand je l'ai examiné vers la fin de décembre, et ses réponses, très-précises, ne pouvaient laisser le moindre doute. Il n'a donc présenté aucun des symptômes habituels de la maladie appelée *ulcère simple de l'estomac*, pas plus du reste qu'il n'a offert, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Laboulbène, aucun des signes habituels du cancer gastrique. Il n'a pas eu de cachexie proprement dite. Il est mort de faim, et c'est tout.

Quelle est donc la cause des douleurs si atroces, si intolérables, qui distingue généralement l'ulcère simple de l'estomac? ce n'est pas uniquement, directement l'érosion des membranes de cet organe, car ici l'atteinte portée à l'intégrité de ces membranes était des plus considérables, puisque tout l'ensemble de la muqueuse avait disparu. Serait-ce l'action rongeante du suc gastrique sur les points attaqués? cela paraît probable; car ici, les glandes à pepsine ayant été détruites, il ne s'était plus fait de suc gastrique : et l'on comprend ainsi comment la douleur ne s'est pas montrée malgré l'étendue exceptionnelle de la surface mise à nu.

Peut-être est-ce aussi l'explication de l'absence complète de douleur, malgré la présence d'ulcérations assez étendues de l'estomac, chez certains cancéreux, chez qui la cachexie a précédé ces ulcérations.

La cachexie a pour résultat la perte de l'appétit, et une diminution considérable dans la sécrétion du suc gastrique. Le malade, atone, souffre peu après les repas. Il se plaint surtout de pesanteurs et non point de ces tortures atroces, de ces déchirements, s'étendant jusqu'au dos suivant une ligne horizontale, qui sont vraiment caractéristiques de cette sorte d'*autophagie* où l'estomac se ronge et se digère lui-même.

Plusieurs orateurs se sont fait inscrire pour parler sur la fièvre typhoïde. M. Jules Guérin a déposé, sur ce sujet, un pli cacheté qui fait suite à ses dernières communications à l'Institut.

Dr Victor REVILLOUT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA QUESTION DES EAUX D'ÉGOUT, LEUR ÉPURATION ET UTILISATION L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE (1)

II

Forte des données scientifiques que nous venons d'exposer, s'appuyant sur les expériences tentées sur une échelle assez restreinte d'abord, sur les 6 hectares du jardin de la ville, ensuite dans la plaine de Gennevilliers, la Commission d'enquête a donné son approbation à l'avant-projet d'un canal d'irrigation à l'aide des eaux d'égouts entre Clichy et les plaines de Nanterre, de Bezons, de Sartrouville et d'Achères. « Dans l'état actuel, dit le rapport, deux machines remontent une partie des eaux du collecteur d'Asnières : deux machines nouvelles établies près des deux premières, suffiraient pour pomper le reste de ces eaux. Les eaux du collecteur de Saint-Denis coulent à un niveau plus élevé et peuvent, dès aujourd'hui, se rendre par la seule gravité, dans la plaine de Gennevilliers. De l'usine de Clichy aux plaines d'Achères, sur un parcours d'un peu plus de 16 kilomètres, l'eau serait refoulée en conduite forcée, laquelle passerait par les plaines de Colombes, traverserait la Seine en siphon à la hauteur de l'île Marante, passerait sur les territoires de Bezons, Houille, Sartrouville, traverserait une seconde fois la Seine en siphon et pénétrerait dans la partie nord de la forêt de Saint-Germain où se trouvent 1500 hectares de terres stériles, de là, on enverrait les eaux par une rigole sur le territoire d'Achères où l'irrigation pourrait s'étendre sur 700 hectares. » Sur tout le parcours on rencontrerait environ 6000 hectares de terres irrigables. Au delà de la plaine d'Achères se présente la plaine de Chanteloup, puis, dans le grand coude de Verneuil, le territoire de Porcheville qui s'étend jusqu'à Limay et Meulan sur une superficie de 6000 hectares. Ces plaines pourraient être appelées ultérieurement à jouir de l'irrigation. Les dépenses nécessitées par l'exécution des travaux sont évaluées à cinq millions de francs : nous n'avons pas à entrer, pour un simple article, dans le détail des recettes qui seraient faites ultérieurement quand les cultivateurs voudraient bénéficier des eaux d'irrigations, ni à nous arrêter sur la plus-value donnée aux terres irriguées et la croissance des rendements. Nous préférons arriver de suite aux objections qui ont été faites à ce projet ; à vrai dire, ces objections ne sont que d'un ordre et ce sont elles surtout qui intéressent le public médical : elles ont trait à la santé publique.

La question de salubrité domine toute l'enquête.

Ce qui frappe tout d'abord dans les oppositions et les objections qui ont été faites au nouveau projet, c'est leur exagération : quand on entend, par exemple, M. Ducuing, dire qu'avec le système des irrigations on ne fait pas des champs, mais des Marais-Pontins, on se demande si l'honorable auteur du projet du canal à la mer a seulement visité la plaine qu'il incrimine. Est-ce à dire qu'il ne puisse être fait aucune critique dans la manière dont les irrigations ont été pratiquées, est-ce à dire que le drainage ait été partout installé à temps et suffisant, etc., en aucune façon mais les tâtonnements naturels du début et la petite superficie de terrain expliquent et justifient bien des imperfections qui disparaîtront peu à peu.

Le grand reproche est, au demeurant, celui qui a trait à la salubrité publique ; les opposants soutiennent que les irrigations ont amené et amèneront des fièvres paludéennes.

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 février.

Les travaux de la Commission d'enquête sont, sur ce point, fort intéressants; ils démontrent d'une manière qui nous paraît décisive l'inanité de cette objection. Nous nous y arrêterons avec quelques détails.

Quelle était la constitution médicale des villages au nom desquels plainte est portée, avant que l'on commençât à faire les irrigations? Tel est le premier point que l'on devait examiner, et c'est là, en effet, l'un des deux termes indispensables pour faire une comparaison entre l'état sanitaire antérieur et postérieur à l'irrigation ; sans la connaissance de ce premier point, il semble difficile de conclure que la constitution médicale ait été modifiée. Or, et c'est là la critique capitale que l'on peut adresser aux personnes qui font opposition au système des irrigations, membres des conseils administratifs, locaux ou médecins, toutes ou à peu près, ont négligé de s'occuper d'une manière suffisante, de cette constitution médicale. Bien plus, quand M. l'ingénieur Durand-Claye a fait demander par le directeur de l'administration générale, le chiffre de mortalité des années antérieures à 1873 à la mairie de Gennevilliers, on lui a opposé une fin de non-recevoir des plus suspectes. Il faut bien le dire encore, les médecins qui se sont fait l'écho des plaintes adressées auraient dû, par des enquêtes et contre-enquêtes personnelles, étudier plus à fond l'état des localités, la configuration de leur territoire, enfin l'hygiène publique elle-même des villages; cela n'a point été fait et le vice du raisonnement a été promptement relevé par la Commission.

Le rapport de M. le docteur Villeneuve, au Conseil général, n'est pas assez circonstancié pour pouvoir, à notre sens, étayer solidement l'opinion qui critique les irrigations. M. Villeneuve a du reste déposé depuis, devant la Commission d'enquête, qu'il n'avait rien constaté par lui-même et qu'il s'était borné à se faire l'écho des plaintes.

La dissertation de MM. les docteurs Danet, Bastin et Garrigou-Désarènes, sur les diverses théories étiologiques de la fièvre paludéenne, complète en certains points, est en d'autres tout à fait insuffisante ; les cas de fièvre observés ont été localisés dans certaines parties du village, ce fait, qui méritait d'être signalé et pris à partie, est passé sous silence ; de l'état sanitaire antérieur aux irrigations pas un mot ; à propos de plusieurs cas de dysenterie, l'étiologie de cette maladie est systématiquement restreinte à l'intoxication par les eaux de puits contagionnées par les eaux d'irrigation, sans qu'il soit même fait allusion aux causes saisonnières, au genre de vie, d'alimentation.

La constitution médicale antérieure à l'irrigation, n'est pas mieux étudiée par les honorables praticiens qui sont venus déposer devant la Commission : M. le docteur Jaulié ignore que des décès par fièvres paludéennes se sont produits dans la commune de Gennevilliers, en 1871 ; or, les irrigations étaient suspendues depuis près de deux années; M. le docteur Perrier, nouveau venu dans la commune, ne connaît pas les décès de 1871, non plus que la constitution médicale antérieure à 1869, époque où les irrigations avaient été pratiquées pour la première fois; M. le docteur Bouts (de Colombes) ne présente aucune statistique, il a vu plus de malades qu'auparavant sur la route d'Argenteuil à Lehotville ; la constitution médicale des pays qui avoisinent Gennevilliers et qui sont des pays à fièvre (Epinay, Argenteuil, Bezons, etc.,) n'a point été étudiée par lui.

Tout en rendant hommage à l'activité que M. le docteur Lagneau a déployée dans l'enquête, on peut adresser à sa note de la séance du 16 août une partie des reproches qui

précèdent : cette note s'appuie sur la dissertation de MM. Garrigou et Danet ; l'étude de la constitution médicale antérieure est nulle ; la localisation des cas pathologiques n'est pas indiquée ; la dysenterie est de même signalée comme résultant exclusivement de la présence des eaux d'égout.

Il faut arriver à l'enquête de M. le docteur G. Bergeron, si compétent en ces matières, et aux observations du président de la Commission, à propos de la note de M. le docteur Lagneau, pour trouver des conclusions rigoureuses et vraiment scientifiques.

Que l'on ait constaté des fièvres intermittentes à Gennevilliers depuis 1872, époque à laquelle les irrigations ont été reprises, le fait n'est point douteux; il n'est pas besoin pour l'affirmer de mettre en avant l'expérience clinique des praticiens qui sont venus déposer devant la Commission, ni d'ajouter que les fébricitants ont été visités par MM. Delpech et G. Bergeron ; en 1873, cinq cas ont été signalés ; en 1874, 35 cas; en 1875, 39 cas; en 1876 (jusqu'en juillet), 15 cas.

Mais M. G. Bergeron a le mérite dans son enquête d'avoir montré, en se procurant à grand'peine le relevé des causes de décès avant 1873, qu'en 1871, deux décès se sont produits par fièvres paludéennes, et qu'en 1871, on ne faisait pas d'irrigation, la machine étant rompue et les conduits vides d'eau. L'importance d'un tel fait devait être mise en lumière, car il est facile d'induire, qu'avant les irrigations, on se trouvait en présence de cas fébriles nombreux et graves puisque des terminaisons fatales pouvaient se produire ; or, nul cas de fièvre paludéenne n'a été mortel depuis 1873.

Ceci ne peut guère être présenté comme une aggravation de la maladie et une augmentation des cas, depuis que les irrigations sont pratiquées.

Le rapport de M. Bergeron fait, en outre, remarquer qu'en 1870 et 1871, années pendant lesquelles les irrigations avaient été interrompues à la suite des deux siéges, six décès ont été causés par la diarrhée cholériforme, et six décès par la dysenterie; « mortalité qui semblerait indiquer une morbidité beaucoup plus considérable » ainsi que le dit M. le docteur Lagneau lui-même.

Le chiffre de la population de Gennevilliers a, du reste, augmenté, le soi-disant danger, résultant des irrigations, n'a fait fuir personne. En 1860, la population de Gennevilliers était de 1,630 habitants; en 1872, elle était de 1,897; en 1875, de 2,074.

Le nombre des décès qui était, en 1866, de 49, alors que le nombre d'habitants était de 2,186, en 1874 était de 49, le nombre des habitants étant presque exactement le même.

Le chiffre de la mortalité, comparé au nombre d'habitants, n'a pas sensiblement varié entre 1866 et 1874. Or les premiers travaux d'irrigation datent de 1869, et ce n'est qu'en 1872, répétons-le, qu'il y eut reprise et continuité dans les irrigations.

M. Bergeron a montré, en outre, qu'il existait dans la presqu'île de Gennevilliers des conditions telluriques autres que celles créées par les irrigations et qui pouvaient avoir une part considérable, faut-il dire exclusive, sur le développement des maladies fébrile. Une nappe d'eau souterraine existe à une faible profondeur, qui peut s'élever jusqu'à la surface du sol en certains points déprimés et devenir ainsi, sous la seule influence de faits naturels ou artificiels, des pluies abondantes, le barrage de Bezons par exemple, une cause d'insalubrité ; il existe, en effet, des mares placées dans la région ouest relativement au village, depuis la mare dite d'évaporation jusqu'aux mares du pré Marchais, du parc et du clos Griffon. Les fièvres respectent les maraîchers du village de Gresillons, dont les plaines sont fertilisées par les eaux d'égout, elles respectent les employés et ouvriers attachés au service d'utilisation des eaux ; et dans les statistiques de M. Bergeron (ainsi, du reste, que dans celles de M. Danet, nous voyons que la plupart des malades n'ont point travaillé dans les endroits incriminés (1).

M. Bouley, en quelques lignes de philosophie médicale d'une haute portée, a parfaitement montré combien les questions d'étiologie pathologique en médecine étaient difficiles à élucider, et comment on se laisse aller, pris aux apparences, à établir des rapports de causalité dans des cas où il y a seulement des rapports de coïncidence.

« Ce qui fait la grande, l'énorme difficulté de ce problème, a dit le savant président de la Commission, c'est que les circonstances à la suite ou au milieu desquelles naissent les maladies sont multiples et diverses, la plupart du temps, ayant chacune ou paraissant avoir une activité propre, et que, dans l'impossibilité où l'on est de les isoler les unes des autres, pour considérer et mesurer la part d'influence qu'elles peuvent avoir respectivement sur ce qui paraît être leur effet, on ne peut arriver que bien difficilement à des notions certaines et précises. Malgré tout cependant, et de par la construction même de notre esprit, on veut sortir de cette indécision, et volontiers on se laisse entraîner à la pente de considérer comme cause, c'est-à-dire comme condition nécessaire d'une maladie, telle ou telle circonstance antérieure à sa manifestation, dont le rapport avec elle nous a plus particulièrement frappés, et cela, sans que souvent on se préoccupe de savoir si cette même circonstance, considérée dans d'autres pays et dans d'autres temps, s'est montrée fidèle à elle-même en produisant, partout où elle existe, le même effet qu'on se croit fondé à lui attribuer actuellement. »

Et plus loin : « .... Lorsque, dans une localité, un état actuel dont le passé, au point de vue sanitaire, n'est pas connu ou ne l'est que très-peu, vient à être modifié par une circonstance nouvelle, telle que l'installation d'une industrie, d'une usine, d'un dépôt d'engrais humains, ou encore d'une irrigation par des eaux d'égout, si des émanations incommodes procèdent des lieux occupés par la nouvelle exploitation, des protestations s'élèvent, plus ou moins nombreuses et bruyantes, qui invoquent l'insalubrité et les funestes conséquences qu'elle entraîne. Et alors qu'arrive-t-il? C'est que, l'attention mise en éveil, on cherche les malades, on les compte, on dresse une statistique dont autrefois on n'avait nul souci, et, obéissant à une pente toute naturelle, on n'hésite pas à attribuer le développement de ces maladies, dont le nombre paraît s'être accru, parce qu'on les a davantage comptées, à l'influence néfaste de l'état de choses nouveau, qui devient une cause, sans qu'on s'inquiète de savoir si ces maladies n'existaient pas autrefois avec les mêmes caractères, passant inaperçues alors qu'on s'y résignait, comme on le fait d'habitude pour les fatalités de la nature (2). »

Les limites d'un article ne nous permettent pas de nous étendre indéfiniment sur le détail de tous les faits contenus dans le rapport de la commission, qui est empreint d'une véritable ri-

(1) Ajoutons que M. le baron H. Larrey, M. Dumas, MM. Boudet, Jeannel, de Pietra-Santa, Gariel, etc., se montrent entièrement favorables au système des irrigations, tout en faisant, ainsi que la commission, les réserves suivantes : la distribution des eaux sera réglementée de façon que l'épuration soit assurée ; il sera pourvu à l'évacuation des eaux épurées partout où le besoin s'en fera sentir (drainage); enfin les terrains irrigués seront mis en culture.

(2) T. I, p. 229 et 230.

gueur expérimentale et de l'esprit des méthodes scientifiques contemporaines. Nous nous contentons donc ici d'attirer l'attention sur les points les plus importants et de dégager les notions capitales tant à propos des faits de médecine qu'à propos du mécanisme de l'épuration des eaux dans le sol, négligeant la technique, qui regarde plutôt les ingénieurs. Une part importante est depuis quelques années assurée dans le maniement des affaires publiques aux hommes de science, c'est-à-dire d'initiative et de progrès, parmi lesquels les médecins occupent une si large place; on doit espérer que, s'autorisant des recherches de la Commission d'enquête, ils ne seront point les derniers à pousser les conseils généraux et municipaux dans un ordre d'entreprises si favorables aux intérêts matériels des populations et à la fortune publique.

Dr LOUIS FIAUX.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

II

On voit combien le diagnostic de cette ulcération, qui, au début et à première vue, paraissait très-clair, est devenu difficile et obscur par la suite. Je supposai d'abord qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique; puis je restai dans le doute quand je vis l'adénopathie spécifique faire absolument défaut. Je songeai alors à un tubercule et à une gomme du gland. J'en ai vu plusieurs cas que je me propose de décrire prochainement très au long; ils ont souvent induit en erreur les praticiens, même les plus expérimentés, qui les ont pris pour des chancres infectants. Si l'on ne se tenait pas en garde, on pourrait s'y tromper, car l'accident primitif, sous cette forme, et l'accident tardif ou gommeux présentent des caractères identiques et évoluent de la même façon.

Le processus, en effet, dans les deux cas, consiste en une ulcération qui s'établit peu à peu sur la néoplasie, ou qui se creuse presque d'emblée, par une gangrène en masse du centre de l'induration, etc.

Dans le cas précédent, je rejette l'hypothèse d'un chancre infectant pour trois raisons : 1° parce que l'incubation n'aurait été que de deux ou trois jours; 2° parce qu'il n'a pas existé trace d'adénopathie; 3° parce que, au bout de huit mois, il n'était survenu aucune manifestation syphilitique.

Faut-il admettre l'hypothèse d'une tumeur gommeuse balano-préputiale? Il a une telle identité entre cette dernière lésion et celle que je viens de décrire, que l'hésitation ne serait pas permise et qu'il faudrait répondre hardiment par l'affirmative, s'il existait actuellement ou dans le passé du malade le moindre indice de syphilis. Je n'ai point pu parvenir à en trouver. Le résultat négatif de mes investigations doit-il contrebalancer les raisons matérielles qui militent en faveur de l'hypothèse en question?...

Je laisse au lecteur le soin d'en décider. Quant à moi, après avoir réfléchi à toutes les circonstances de ce cas singulier, je suis fort en peine de me prononcer. Mais je me suis demandé souvent, depuis cette époque, si un *processus irritatif simple*, c'est-à-dire ne reposant sur aucun *substratum constitutionnel*, ne pourrait pas donner lieu quelquefois à des lésions semblables.

Les produits de la syphilis, même les plus imprégnés de spécificité, tels que le chancre, les plaques muqueuses et la gomme, ne sont point constitués par des éléments anatomiques particuliers, et qui ne se rencontrent qu'en eux. Ils sont plus spécifiques par leur physionomie que par leur structure intime; ils sont plus spécifiques, surtout par les circonstances pathologiques qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est donc dans la vie du produit morbide, dans le milieu où elle se développe, qu'il faut chercher sa caractéristique. Les traits extérieurs peuvent tromper. Des produits morbides analogues, d'une autre provenance, peuvent les lui emprunter. C'est ce que Virchow fait remarquer avec beaucoup de justesse, au sujet de la tumeur gommeuse :

« La tumeur gommeuse, dit-il, est un produit que nous regardons, jusqu'à présent du moins, comme résultant toujours d'une syphilis constitutionnelle. Je ferai cependant observer de suite que nous n'arrivons pas dans chaque cas où nous rencontrons des tumeurs de ce genre, à constater positivement une infection syphilitique antérieure. Nous trouvons quelquefois dans les autopsies des produits semblables, sans que les antécédents ou d'autres altérations observées sur le cadavre puissent nous démontrer qu'il a existé une affection syphilitique. Il y a, jusqu'à un certain point, quelque arbitraire à décrire toutes ces tumeurs comme syphilitiques, et il est bien permis de penser que d'autres conditions peuvent aussi faire naître une forme analogue. On sait aussi combien il est difficile de remonter à l'étiologie des affections syphilitiques ou de déduire des phénomènes concomitants, dans les formes que nous ne doutons nullement devoir ranger dans les affections syphilitiques, une preuve certaine de leur nature syphilitique. (R. Virchow, *Pathologie des Tumeurs*, 20e leçon, p. 385-386.)

Un fait certain et qu'on peut constater tous les jours, c'est que les déchirures, les écorchures, les vésicules herpétiques et les érosions qui leur succèdent, les chancres simples, en un mot, toutes les solutions de continuité ou pertes de substance qui siégent dans la rainure balano-préputiale, s'indurent plus ou moins, c'est-à-dire développent autour d'elles une néoplasie, variable de forme et d'étendue, mais habituellement circonscrite et dont elles sont le centre. J'ai vu de ces indurations dans des chancres simples balano-préputiaux, qui ressemblaient de tous points aux indurations syphilitiques de l'accident primitif. J'en ai vu aussi dans quelques cas d'herpès de cette région. Rien ne les provoque ou ne les augmente plus sûrement que des cautérisations mêmes superficielles, surtout celles au chlorure de zinc.

Il y a donc là des conditions de structure, qui suffisent presque à elles seules, pour faire naître autour d'un travail irritatif quelconque, spécifique ou commun, une atmosphère d'hyperplasie analogue aux hyperplasies syphilitiques primitives, secondaires ou gommeuses. Peut-être cette particularité tient-elle à l'abondance et à la condensation du tissu connectif, qui unit la base du gland à l'extrémité antérieure des corps caverneux. Peut-être faut-il ranger aussi au nombre des circonstances anatomiques favorables à l'exsudation, la grande quantité des vaisseaux artériels et veineux qui se multiplient sous forme de réseaux dans cette région, et décrivent un cercle derrière la couronne du gland. Enfin la muqueuse du reflet balano-préputial est plus épaisse, plus adhérente que celle du prépuce et du gland; elle est, en outre, plus riche en glandes sébacées.

La présence des glandes sébacées dans l'épaisseur de cette muqueuse, et au milieu de ce tissu conjonctif, d'où émergent les artérioles et où aboutissent les veinules du gland, me sem-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 février.

ble jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie des lésions qui font l'objet de ce mémoire. Au point de vue du nombre, elles présentent de grandes variétés suivant les individus. Contrairement à l'opinion généralement acceptée, elles sont loin d'être constantes. Elles n'existent quelquefois qu'en petite quantité, et d'autres fois on en compte par centaines.

Ces glandes sébacées ou *glandes de Tyson*, qui n'ont aucun rapport avec les follicules pileux, puisqu'il n'en existe pas sur la muqueuse balano-préputiale, s'ouvrent directement à sa surface. Elles sont en grappe ou utriculaires; leur conduit excréteur est rectiligne et long en moyenne de 1/3 de millimètre. Le diamètre de l'organe glandulaire présente à peu près les mêmes dimensions. Elles sont richement vascularisées et douées quelquefois d'une grande activité sécrétoire, bien que Kolliker ait prétendu que la majeure partie de la matière smegmateuse était constituée par la desquamation épithéliale de la cavité glando-préputiale. Les glandes sébacées sont disséminées sur toute sa surface, plus abondantes peut-être sur la muqueuse du prépuce que sur celle du gland.

L'hyperémie des organes sécréteurs se produit facilement chez certains individus sous l'influence des causes les plus légères. Elle peut susciter des balano-posthites, comme elle peut résulter aussi des balano-posthites simples ou spécifiques.

L'inflammation, l'ulcération des glandes sébacées sont peu connues. Je ne les ai même trouvées décrites nulle part. Mais un cas que j'ai observé récemment m'a permis de me rendre compte du processus irritatif de ces glandes, s'effectuant sous un certain mode qui donne à la lésion l'aspect de quelques ulcérations virulentes.

Voici ce fait :

Obs. II. — M. X..., âgé de vingt-cinq ans, entré le 10 mars 1876 dans mon service, salle n° 22, était grand, fort, d'une vigoureuse constitution, très-bien portant, et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, ni aucune affection rhumatismale, dartreuse ou scrofuleuse. Il n'était sujet ni aux végétations, ni à l'herpès de la verge. Il avait eu la gale il y a trois ans. Il vivait avec la même femme depuis trois ou quatre ans.

Vers le 10 février, il s'aperçut de l'existence d'une induration en forme de boule, grosse comme un pois, rouge, indolente, située sur la lèvre droite du méat urinaire. Cette petite tumeur, nettement isolée au milieu des tissus sous-jacents et très-dure, augmenta un peu, puis resta stationnaire pendant sept ou huit jours et s'ouvrit au bout de deux semaines. Il en sortit une matière épaisse formée d'un mélange de sang et de pus. Aucune trace d'adénite; un peu d'écoulement séro-muqueux par le méat; légères douleurs au niveau de la tumeur.

L'évacuation de son contenu donna lieu à un trou profond, qui ne suppurait pas, mais dont la base était occupée par une sorte de bourbillon blanchâtre, qui ne s'élimina qu'au bout de huit jours. Le fond s'étant détergé, se releva un peu et le trou se convertit en une ulcération qui mit encore huit jours à se cicatriser.

Un médecin fut consulté, et il déclara qu'il s'agissait là d'un chancre induré, dont il fallait prévenir les conséquences en se soumettant à un traitement spécifique de quelques mois. Le malade suivit ce conseil et vint se faire soigner à l'hôpital du Midi.

Lorsque je l'examinai, le 13 mars, la lésion présentait l'état suivant : la cicatrice occupait la lèvre droite du méat, parallèlement à lui, à une distance de 2 millimètres. Elle était déprimée, grisâtre, de 1 centimètre de longueur et reposait sur un fond légèrement induré, mais mal circonscrit, qui se prolongeait à quelque distance le long de la portion balanique du canal. Tout autour, la muqueuse du gland était encore d'une teinte violacée. Le méat n'était pas déformé ni le canal rétréci. Pas traces d'adénopathie inguinale à droite ou à gauche.

Après avoir exploré cette induration cicatricielle et m'être fait raconter le processus dont elle avait été la terminaison, je conclus tout autrement que le médecin qui avait envoyé le malade à l'hôpital, et je déclarai qu'il n'y avait point eu là de chancre infectant. Je me fondai sur deux raisons pour conclure ainsi : la première, c'était la longue durée de huit ou dix jours qui s'était écoulée entre le moment où cette tumeur fut aperçu par le malade et celui où elle s'ouvrit ; la seconde, c'était l'absence complète d'adénopathie. La papule initiale des chancres syphilitiques s'érode ou s'ulcère en général plus rapidement, et puis la tumeur ne se vide pas tout à coup. Il est vrai qu'au bout d'un certain temps, quand la néoplasie se sphacèle en masse dans sa partie centrale, elle présente une grande ressemblance avec cette excavation ulcéreuse garnie d'une sorte de bourbillon à sa base.

C'est la période où le diagnostic présentait réellement quelque difficulté, et je m'explique que notre confrère n'ait pas porté le même jugement que nous.

Mais, outre l'évolution et les caractères intrinsèques de cette lésion, il y avait chez mon malade, au moment où je l'examinai, une autre circonstance qui corrobora ma manière de voir. Cette circonstance, c'était l'existence d'une deuxième tumeur indurée qui avait fait son apparition quinze ou vingt jours après la première.

Or voici l'histoire de cette induration : dès le début, elle fut pisiforme, rouge, tendue, brillante et un peu douloureuse. Elle était située sur le côté gauche du gland, au voisinage de la couronne, à 1 centimètre et demi du filet, dans un point qui n'avait aucune connexion avec le canal de l'urèthre. Le processus de cette deuxième tumeur avait été le même que celui de l'autre. Elle s'était ouverte au bout de huit ou dix jours, il en était sorti une matière épaisse, puro-sanguinolente. Au fond du cratère qu'avait produit cette évacuation, il existait une matière blanchâtre morte, un véritable bourbillon. Les ganglions étaient restés intacts.

Cette induration devint plus volumineuse que la première ; elle s'aplatit et s'exhala de façon à simuler une large plaque d'induration syphilitique percée à son centre d'une petite ulcération taillée à pic.

Le malade, au comble de l'inquiétude et traité comme s'il avait eu la vérole, envoya deux fois sa maîtresse à Lourcine : une première fois en mars et une deuxième fois au commencement de mai. Elle fut examinée avec le plus grand soin ; on ne découvrit chez elle aucune trace de maladie vénérienne ancienne ou récente et on refusa de l'admettre.

Lorsqu'il entra dans mon service, avec la certitude qu'il avait la syphilis, la lésion survenue en dernier sur le gland se présentait sous forme d'une plaque ovulaire, de 2 centimètres de longueur et de 1 décimètre et demi de largeur, nettement circonscrite, dure sans élasticité cartilagineuse, saillante, de 2 ou 3 millimètres au-dessus des parties voisines, d'un rouge sombre, tendue, luisante, non érodée, mais un peu douloureuse à la pression. A peu près au centre de cette plaque, existait un trou de 2 millimètres de largeur, exactement circulaire, taillé à pic, profond de 1 ou 2 millimètres, d'un blanc grisâtre et terminé par une fausse membrane de même couleur. Il sortait de ce trou un liquide séreux. Je l'inoculai avec toutes les précautions voulues, sans obtenir aucun résultat.

La tumeur, qu'on pouvait nettement circonscrire, par la pression dans tous les sens, occupait les couches superficielles du tissu érectile du gland. Au bout de quelques jours, en explorant le cratère avec un stylet, je trouvai que ses bords étaient décollés et que l'induration s'était excavée. Elle était circonscrite par une coque très-dure, formée de tissus lardacés. Je l'ouvris suivant son plus grand diamètre et je cautérisai énergiquement tout son intérieur avec le crayon de nitrate d'argent. Peu à peu, la cavité et la plaie se cicatrisèrent. Il ne survint à aucun moment l'adénopathie symptomatique du chancre syphilitique. La peau resta saine, et je ne découvris plus tard aucune manifestation syphilitique.

Aussi est-il évident, pour moi, que ces deux lésions n'étaient pas syphilitiques. Je n'avais pas été témoin de la façon dont la première avait évoluée; je le fus du processus de la seconde, et c'est ce qui m'affermit dans mon opinion. — Avant d'aller plus loin, qu'on remarque l'intervalle de quinze jours qui a séparé l'apparition de ces deux tumeurs. Les chancres infectants qui sont presque toujours multiples, contrairement à l'opinion professée pendant longtemps, surviennent à peu près simultanément et ne se succèdent pas à des intervalles aussi éloignés. L'intervalle le plus considérable que j'ai trouvé entre deux vrais chancres infectants n'a pas dépassé sept jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome IV du *Recueil des mémoires et d'observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.*

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Luys, comme membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Sur l'invitation de M. le président, M. Luys prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Divers opuscules adressés par M. le docteur Marmisse (de Bordeaux).

2° Les rapports sur le service médical des eaux de Saint-Honoré, de Saint-Galmier, de Saint-Albin, de Combes, de Salies, de Courvalat, de La Malou, de Luxeuil pour l'année 1874; de Néris, d'Aix (Bouches-du-Rhône) pour les années 1874 et 1875; de Forges, de Bagnols pour l'année 1875; de Bussang pour l'année 1876. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Meyret, notaire à Paris, informe l'Académie que, par son testament olographe en date du 20 juin 1876, M. Marc-Aubin Pourat lègue à l'Académie de médecine une rente annuelle de mille francs, pour instituer un prix annuel sur une question de physiologie qui sera posée par l'Académie elle-même.

2° Une lettre (en langue espagnole) de M. le secrétaire de l'Académie de médecine de Madrid, accompagnant l'envoi des discours prononcés à l'inauguration des séances de cette Académie et des prix proposés par elle pour l'année 1878.

3° Une lettre par laquelle M. Decroix, vétérinaire principal, annonce qu'il fonde une société contre l'abus du tabac.

4° Une lettre de M. le docteur Garrigou, médecin consultant aux eaux de Bagnères-de-Luchon, accompagnant l'envoi d'une réponse aux critiques de M. Filhol.

5° Un pli cacheté adressé par M. Mathieu fils, fabricant d'instruments de chirurgie, et relatif à certaines modifications et applications apportées aux forceps et céphalotribes.

6° Un mémoire pour le concours des prix de l'Académie en 1877.

7° Une lettre de M. le docteur Dechaux, (de Montluçon), accompagnant l'envoi de deux exemplaires d'un ouvrage intitulé : *La Vérité sur les maladies de l'utérus et la physiologie médicale de la femme*, ouvrage destiné au concours du prix Huguier (1877).

ÉLOGE DE VERNOIS

M. DELPECH, à l'occasion de la mort de M. Vernois, lit un long discours dans lequel, racontant la vie et les œuvres de ce collègue regretté, il énumère avec détail ses publications scientifiques et les apprécie l'une après l'autre. Il termine par ces quelques phrases, qui peuvent être considérées comme une récapitulation sommaire de cet éloge.

« Sa vie a été bien remplie. Aimant le travail pour le travail même, il ne s'est arrêté que le jour où ses forces lui ont fait défaut. Outre les écrits qu'il a publiés, il laisse après lui des œuvres importantes qui témoignent de son activité laborieuse. Son esprit, éminemment souple et délié, se portait sans difficulté dans des directions scientifiques diverses. Attiré d'abord par les principes les plus abstraits de la philosophie des sciences naturelles, il passe rapidement de la plus large synthèse à l'analyse la plus délicate. Curieux des idées nouvelles, on le voit toujours marcher un des premiers dans les voies qui s'ouvrent aux différentes phases de sa vie.

« A l'époque où, sous une impulsion puissante les affections du système vasculaire étaient l'objet de l'attention générale, il écrit sa thèse sur les bruits des artères, et son mémoire sur les dimensions du cœur. Lorsque l'étude des liquides organiques devient un des éléments du progrès de la physiologie pathologique, il publie, avec Becquerel, ses belles analyses du lait chez la femme dans l'état de santé et de maladie, et son mémoire sur l'albuminurie ou la composition du sang et celle des divers liquides de l'économie dans les hydropisies, sont l'objet d'un examen approfondi.

« Plus tard, placé dans des conditions différentes et livré tout entier à l'hygiène publique, Vernois en comprend aussitôt les besoins. Dans ses nombreuses et intéressantes monographies, il étudie l'influence des professions sur la santé et il indique avec autorité les moyens d'en faire disparaître ou d'en atténuer les dangers.

« Cette facilité de son esprit à aborder des sujets aussi divers, était l'un des principaux caractères du talent de Vernois et la variété de ses connaissances donnait à sa conversation un intérêt tout particulier. On y rencontrait, à chaque instant, des aperçus ingénieux qui témoignent de ses réflexions profondes sur les faits qui avaient attiré son attention.

« C'est à ces qualités réunies qu'il doit ses succès. Mais s'il parvint à une situation élevée dans la société et dans la science, il s'en était montré digne par ses efforts constants, par la valeur de ses travaux, par la dignité de sa vie.

« Dès ses premières années il avait entrevu la voie qu'il devait suivre. Il avait eu devant les yeux, comme des modèles qu'il ne devait pas oublier, dans son père la droiture scrupuleuse et le respect de soi-même; dans le modeste initiateur de son jeune esprit au goût des études médicales, l'appétit de la science et l'amour du travail.»

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

Empoisonnement par l'acide sulfurique.— M. LABOULBÈNE place sous les yeux de l'Académie les résultats de l'examen cadavérique de l'homme empoisonné par l'acide sulfurique dont il a déjà été question dans la séance du 13 décembre, et qui avait vomi à cette époque sa muqueuse gastrique exfoliée. Cet homme est mort le 23 janvier.

L'autopsie, faite cinquante heures après la mort, a révélé des lésions commençant vers le milieu de l'œsophage et s'étendant jusqu'au commencement du duodénum.

L'estomac semblait comme trilobé par suite de deux rétractions cicatricielles. Il présentait, au niveau de la région pylorique, un épaississement considérable avec induration de ses parois. Sa surface interne était lisse au toucher, blanchâtre; on y remarquait non loin du cardia une dépression d'une coloration plus blanchâtre encore, et sur laquelle faisaient saillie des tractus fibreux cicatriciels.

Un peu plus loin, une autre dépression présentant les mêmes caractères. Au niveau du pylore, la cavité de l'estomac se rétrécissait subitement sur une longueur de 5 centimètres, au point d'admettre à peine un stylet de trousse; les parois en étaient très-dures et très-épaissies.

Les muqueuses buccale, pharyngienne, celle de la moitié supérieure de l'œsophage, celle des intestins (excepté la portion du duodénum attenant au pylore), furent trouvées absolument saines.

A l'examen microscopique, on constata l'absence complète et absolue de toute la muqueuse stomacale, même sur les points où l'estomac pouvait paraître le plus intact d'après l'examen à l'œil nu.

Comparativement, on examina au microscope la muqueuse gastrique, à l'aide de coupes faites sur l'estomac d'un homme adulte quarante-huit heures après la mort. Dans ces préparations, *la couche glandulaire n'était pas absolument normale* (comme on l'obtient sur des animaux au moment de la mort violente et au point de vue histologique), mais l'épaisseur de la muqueuse était nettement appréciable et *beaucoup de glandules très-apercevables.*

M. Laboulbène conclut, en conséquence que :

1° Les pièces pathologiques montrées à l'Académie le 19 décembre dernier étaient bien la membrane interne de l'estomac et de la partie inférieure de l'œsophage.

2° L'estomac, après la mort, était altéré dans toute son étendue, dépouillé de sa membrane muqueuse, revenu sur lui-même, offrant des cicatrices fibreuses avec un épaississement et une sténose pylorique presque complète.

3° La partie supérieure de l'œsophage et de l'intestin, au-dessous du pylore, ont été trouvées à l'état normal.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 février 1877, M. le docteur Bertin, agrégé, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses cours d'été le 15 mars 1877. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon. Zoologie médicale (première partie du programme imprimé.) Parasites de l'homme (lundis, mercredis, vendredis, à onze heures).

Physiologie. — M. Béclard. Les fonctions de nutrition : digestion, absorption, respiration, assimilation, sécrétion, chaleur animale, nutrition (lundis, mercredis, vendredis, à midi).

Anatomie pathologique. — M. Charcot. Anatomie pathologique de l'appareil respiratoire (lundis, mercredis, vendredis, à deux heures).

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat. Maladies chirurgicales du tube digestif et des organes génito-urinaires (lundis, mercredis et vendredis, à trois heures).

Médecine légale. — M. Tardieu (suppléé par M. Brouardel, agrégé). Des attentats commis contre les personnes. Différences suivant l'âge et le sexe des victimes. Homicide. Suicide. Simulation. Avortement. Infanticide. Attentats aux mœurs. Identité. Aliénation. Épilepsie. Alcoolisme (lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures).

Pharmacologie. — M. Regnault. Étude générale de la pharmacologie et de son application à la thérapeutique. Examen des principaux groupes de médicaments fournis par le règne végétal et par le règne minéral (mardis, jeudis, samedis, à onze heures).

Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot. Exposé sommaire de la parturition naturelle. Pathologie et médecine opératoire obstétricale (mardis, jeudis, samedis, à midi).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian. Études pathologiques expérimentales sur le système nerveux (mardis, jeudis, samedis, à deux heures).

Pathologie médicale. — M. Peter. Maladies de l'appareil respiratoire (mardis, jeudis, samedis, à quatre heures).

Hygiène. — M. Bouchardat. Exercice. Sol. Lumière. Électricité. Chaleur. Misère physiologique. Hygiène du soldat (mardis, jeudis, samedis, à cinq heures).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler. Traitement du rhumatisme, des maladies du cœur, des dermatoses, des catarrhes, des diathèses (mardis, jeudis, samedis, à cinq heures).

Cliniques officielles de la Faculté. — Cliniques médicales : MM. G. Sée (Hôtel-Dieu), Lasègue (Pitié), Hardy (Charité), Potain (hôpital Necker), Broca (hôpital des Cliniques de la Faculté), Verneuil (Pitié).

Clinique d'accouchement : M. Depaul (hôpital des Cliniques de la Faculté), tous les jours de huit à dix heures).

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des enfants.* — M. X.

Ophthalmologie. — M. Panas, à l'hôpital Lariboisière. Le lundi, conférence clinique et exercices ophthalmologiques, à neuf heures du matin; le jeudi, opérations à neuf heures. — A la Faculté (petit amphithéâtre), le lundi, leçon théorique d'ophthalmologie, à cinq heures).

Maladies syphilitiques. — M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, Le vendredi, leçon clinique à neuf heures; le samedi, leçon au lit des malades, opérations à neuf heures.

Maladies des voies urinaires. — M. Guyon, à l'hôpital Necker. Le mercredi, leçon clinique et opérations, à neuf heures; le samedi, leçon au lit des malades, opérations à neuf heures.

Maladies mentales. — M. Ball (deuxième partie du cours), les mardis et samedis, à huit heures du soir (grand amphithéâtre de la Faculté).

Maladies de la peau. — M. X.

— M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons cliniques le mardi 6 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 26 — SAMEDI 3 MARS 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 3 MARS 1877. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la symétrie dans les affections de la peau.

C'est un des faits d'observation les plus anciens et les plus vulgaires que celui de la disposition symétrique qu'affectent souvent les maladies de la peau, fait qui n'est lui-même que l'expression de la loi générale de solidarité physiologique qui unit les organes pairs et les régions similaires. C'est déjà beaucoup que de constater les faits et de les formuler en lois. Nos devanciers nous ont laissé peu à faire à cet égard. Mais la science moderne a des visées plus hautes et elle pousse plus avant sa curiosité. Comme le disait tout récemment le nouveau professeur de pathologie, dans sa leçon d'inauguration, elle ne se contente plus de voir les choses, elle veut en savoir le pourquoi et le comment. Nous savons que certaines éruptions cutanées affectent une disposition parallèle par rapport à la ligne médiane, et on a pu faire de cette disposition symétrique la caractéristique de certaines espèces telles que l'eczéma herpétique, les éruptions syphilitiques, l'érythème noueux, la couperose, l'urticaire, le lichen, le purpura, etc. Mais le pourquoi et le comment de ce fait avait échappé jusqu'ici soit qu'on ne l'eût pas cherché ou qu'on eut fait fausse route dans cette recherche. Pouvons-nous nous flatter de les posséder aujourd'hui? La voie a été ouverte aux interprétations physiologiques par la découverte du fait important de la relation des affections diverses de la peau, envisagées comme troubles trophiques, avec une altération organique ou fonctionnelle du système nerveux, central ou périphérique ; relation qui n'expliquerait pas seulement leur origine, mais qui éclairerait aussi sur leur marche et sur leur mode de distribution. C'est à l'étude de cette intéressante question de pathogénie que M. le docteur Léo Testut, l'un des anciens élèves les plus distingués de l'École de médecine de Bordeaux, a consacré sa thèse, qui est une œuvre considérable (1). M. L. Testut pour arriver à la solution du problème cherché, l'explication pathogénique de la solidarité qui unit les régions similaires et les organes pairs, a pris pour point de départ les faits suivants, récemment établis par les anatomistes et les physiologistes, savoir : 1° la disposition de la substance grise spinale en une série de noyaux distincts, régulièrement échelonnés par séries d'ordre physiologique dans toute la hauteur de la moelle; 2° l'homologie complète de disposition de ces noyaux dans les deux moitiés latérales de l'axe spinal; 3° la présence de fibres nerveuses commissurantes, conjuguant, dans chacune des séries, les noyaux d'un côté avec leurs homologues du côté opposé; et, 4° enfin, la loi anatomique, que deux nerfs de même nom qui innervent de chaque côté de la ligne médiane les deux régions similaires, partent de la même hauteur de la moelle épinière.

Pour procéder avec ordre dans l'exposé des résultats auxquels M. Testut a été conduit par cette étude, il nous faut commencer par la partie de ses recherches qui devait naturellement en constituer la base, les faits cliniques. L'énoncé seul des résultats de cette première partie de ces études suffira et au delà pour notre tâche d'aujourd'hui.

La partie clinique du travail de M. Testut comprend l'analyse de 164 observations, divisées en quatorze groupes : érythèmes, affections vésiculeuses, zona bilatéral, affections bulleuses, pustuleuses, papuleuses, squameuses, sclérodermie symétrique des extrémités, ischémie et asphyxie locale symétrique, hémorrhagies (purpura et hématidrose), troubles de la sécrétion sudorale, de la nutrition des ongles et du système pileux, manifestations cutanées symétriques de l'acrodynie, de la pellagre et du mal perforant plantaire.

De l'exposé et de l'analyse de cette longue série d'observations, il ressort ces deux grands faits principaux : 1° la localisation possible de certaines affections de la peau sur des régions exactement similaires; 2° l'existence des troubles nerveux accompagnant, sous des formes variables, la plupart de ces affections.

On a pu voir, par l'énoncé seul des catégories, que presque toutes les affections cutanées entrent dans ce cadre, et que l'auteur y avait fait entrer, en outre, les érythèmes acrodyniques et pellagreux, l'ulcère perforant, etc. Bien que les éruptions cutanées ne constituent, dans ces dernières affections, qu'un épisode, elles ne se rapprochent pas moins toujours des formes simples par leur aspect et leur disposition. Leur caractère symétrique ressort également des observations de M. Testut, comme il était ressorti déjà, pour la gangrène des extrémités, des observations de M. Maurice Raynaud.

Les éruptions symétriques ont été observées sur toutes les parties du corps. C'est, toutefois, le plus souvent dans celles

(1) *De la Symétrie dans les affections de la peau.* In-8° de près de 500 pages. 1877, Ve A. Delahaye.

qui siégent sur les extrémités, que ce caractère de la symétrie est le plus constant. On verra plus loin la cause physiologique de cette sorte d'élection.

Considérées au point de vue de leur évolution, les affections cutanées symétriques présentent quelques variétés cliniques qu'il était important de signaler. M. Testut fait remarquer que, dans un premier groupe de faits, l'affection apparaît en même temps des deux côtés, suit dans son développement sur place, comme aussi dans son extension, une marche constamment parallèle, rétrocède avec la même régularité; enfin, que les deux régions homologues opèrent ensemble, et que leur souffrance, de même intensité, revêt une forme extérieure absolument identique. — C'est là le cas le plus ordinaire.

D'autres fois, cependant, l'affection cutanée reste plus ou moins longtemps unilatérale, avant qu'apparaisse l'éruption homologue. C'est ce qui a été observé dans plusieurs cas de mal perforant du pied. Dans d'autres cas plus rares, une affection trophique jusque-là unilatérale disparaît et aussitôt après apparaît, sur le point symétrique du côté opposé, une affection identique.

Dans un grand nombre des observations rapportées dans ce travail, se trouve relatée la coïncidence de troubles nerveux, portant principalement sur les divers modes de la sensibilité. Ces troubles nerveux ne sont souvent que des symptômes classiques d'une lésion connue de l'axe cérébro-spinal ou des cordons périphériques, lésion qui a précédé et déterminé l'éruption. D'autres fois ils sont purement locaux, ayant pour limites les limites mêmes de l'éruption cutanée.

L'étude des altérations de la sensibilité dans les affections de la peau a été faite par M. Rendu, qui en a consigné les résultats dans un mémoire inséré dans les *Annales de dermatologie*.

Voici quels sont les principaux résultats constatés dans cette étude :

Dans l'érythème, la sensibilité n'offre dans certains cas que des modifications insignifiantes. Mais il en est d'autres où l'on rencontre une légère exaltation du sens tactile, en même temps qu'un prurit plus ou moins intense. En revanche, la sensibilité à la douleur est souvent émoussée.

Dans les eczémas, les troubles de la sensibilité varient beaucoup avec la nature même de l'éruption. S'agit-il des eczémas professionnels et artificiels, la recherche de la sensibilité donne en général des résultats négatifs. Dans les eczémas variqueux, au contraire, les squames une fois tombées et la surface eczémateuse détergée, il est de règle d'observer une augmentation non douteuse de la sensibilité tactile et douloureuse. Mais c'est surtout dans les différents groupes d'eczémas arthritiques et dartreux que les modifications de la sensibilité sont nettement marquées. Elles sont constituées, le plus souvent, par une diminution tactile. Dans ces eczémas diathésiques, la sensibilité thermique éprouve des modifications parallèles à celles du tact, elle est constamment diminuée.

Dans les affections papuleuses, le système nerveux dominant est le prurit, véritable perversion de la sensibilité.

Le pityriasis s'accompagne plus rarement que les affections précédentes d'altérations de la sensibilité.

Dans le psoriasis, M. Rendu distingue des catégories différentes, suivant les allures que revêt l'éruption. Il est toute une classe de psoriasis dans lesquels il n'a jamais constaté que des altérations insignifiantes. Ce sont ces cas où les éléments squameux sont dispersés sous forme de gouttes discrètes sur toute la surface du corps, sous formes de groupes figurés. Mais à côté se trouvent ces cas de psoriasis en plaques, disposés le plus souvent symétriquement aux coudes et aux genoux. Ici la sensibilité tactile et la sensibilité thermique deviennent plus ou moins obtuses, tandis que les perceptions douloureuses se maintiennent dans leur intégrité, etc.

Quant au zona, les altérations de la sensibilité dans cette affection sont aujourd'hui des faits vulgaires.

Des résultats de cette étude, M. Testut se croit fondé à conclure que des altérations de la sénsibilité tactile, thermique et douloureuse accompagnent la plupart des affections de la peau. Le nerf souffre en même temps que le département organique où il se distribue.

Restait avec cette moisson de faits à démontrer l'origine nerveuse des affections trophiques de la peau.

D'après les premières observations, bien connues, de M. Charcot et celles des divers cliniciens qui, suivant sa voie, ont apporté le tribut de leurs recherches et de leurs études à l'élucidation de cette intéressante question de physiologie pathologique, on sait, en effet, et il est admis aujourd'hui, en thèse générale, que la nutrition de la peau, comme celle de tous les autres organes, se trouve sous la dépendance du système nerveux. De là, à l'idée de voir dans les affections cutanées, des altérations de la nutrition locale devant trouver leur explication dans une lésion du nerf périphérique ou d'une portion de l'axe cérébro-spinal, il n'y avait qu'un pas. Cette déduction logique, est-elle justifiée par les faits? C'est à en chercher des preuves dans les faits d'observation clinique, dans les résultats des nécropsies et dans l'expérimentation physiologique, que M. Testut s'est attaché dans la deuxième partie de sa thèse.

Nous examinerons, dans la prochaine revue, cette deuxième partie de cet intéressant travail.

Perte de la vision de l'œil droit. — Troubles de la vision survenant plus de vingt ans après dans l'œil gauche. — Décollement de la rétine. — Énucléation du globe oculaire droit.

La solidarité des organes pairs se montre rarement aussi évidente qu'entre les deux yeux. Les exemples en sont tellement fréquents que, n'était l'occasion, nous n'eussions peut-être pas songé à citer celui-ci. C'est le service de M. Trélat à la Charité qui nous le présente. Un homme, âgé de trente-quatre ans, a reçu à l'âge de dix ans, il y a par conséquent vingt-quatre ans, un coup de couteau dans l'œil droit. Quelque temps après l'accident, cet œil, dans lequel la vision était perdue, commença à s'atrophier. Il ne tarda pas à être réduit à l'état d'un moignon déformé, bosselé, dur, comme ossifié, conservant encore une certaine mobilité et de la sensibilité à la pression. Depuis un an, cet homme a commencé à s'apercevoir de quelques troubles dans la vision de l'œil sain, il avait des mouches volantes ; enfin tout récemment, quelques jours seulement avant son entrée à l'hôpital, il a éprouvé des troubles beaucoup plus considérables ; il voit constamment devant lui, comme une grande ombre verticale; en même temps son champ visuel est extrêmement rétréci. Le globe oculaire est sensible à la pression, surtout dans un point correspondant à celui du globe oculaire droit où existe la plus grande sensibilité.

L'examen ophthalmoscopique fait reconnaître un décollement très-étendu de la rétine dans sa partie supéro-externe.

En présence d'un état aussi grave et dans lequel la solidarité ou la sympathie joue un rôle aussi manifeste, bien que la perte de l'œil droit ait eu pour origine une lésion traumatique accidentelle, la première indication qui se présentait ic était l'énucléation du globe oculaire droit, dans l'espoir, par

cette ablation, de mettre un terme aux progrès de l'affection qui a envahi l'œil gauche. C'est le parti auquel s'est arrêté immédiatement M. Trélat, qui a pratiqué cette opération ces jours derniers. Mais, cette opération une fois faite, on va se trouver en présence du décollement rétinien; quels devront être les moyens à mettre en usage pour remédier à cette grave lésion? Nous ne savons encore à quelle méthode va s'arrêter M. Trélat. Le choix est très-limité. On sait à combien de déceptions ont déjà donné lieu maintes tentatives. Cependant quelques procédés, que nous avons fait connaître, ont donné des résultats encourageants, entre autres celui du drainage oculaire en ce moment à l'étude. Nous saisirons cette occasion de faire une petite enquête sur ce sujet.

Épidémie de conjonctivite granuleuse.

Il y avait très-longtemps qu'on n'avait entendu parler de ces épidémies de conjonctivite granuleuse qui ont été si fréquentes à une certaine époque dans l'armée. M. le docteur Cuignet signale un retour récent de cette affection, parmi les troupes composant le 1er corps d'armée, qui a son centre de commandement à Lille. Elle paraît s'être déclarée d'abord dans un régiment d'infanterie occupant les villes de Béthune, d'Aire et d'Hesdin, dans le département du Pas-de-Calais. Voici, sur cette petite épidémie, quelques renseignements que nous empruntons à la relation que M. le docteur Cuignet vient de publier dans le dernier fascicule du *Recueil d'ophthalmologie*.

L'attention a été éveillée par des cas de conjonctivite subaiguë et aiguë qui ont commencé par atteindre une vingtaine de soldats du 73e de ligne, et qui ont fait reconnaître la présence de granulations concomitantes avec l'état inflammatoire et se perpétuant ensuite sous la forme de granulite chronique. D'après cela, il y avait lieu de penser que les granulations avaient préexisté à cette manifestation phlegmasique. En effet, une visite de tous les hommes de ce corps fit rencontrer l'existence des granulations non-seulement sur les vingt ou vingt-cinq militaires précédemment affectés de conjonctivite, mais encore sur plus de soixante autres qui n'avaient jamais déclaré leur mal, et chez qui il était resté jusque-là exempt de la complication inflammatoire. Nouvelle preuve, fait remarquer M. Cuignet, que la granulite palpébrale commence souvent et s'étend d'une manière latente, qu'elle progresse lentement et qu'elle n'est reconnue que si une constitution catarrhale intercurrente oblige les malades à se plaindre et les médecins à examiner avec attention. Le fait qui s'est passé dans le 73e de ligne représente en petit les grandes épidémies d'ophthalmies aiguës qui éclatent chaque année en Algérie, tantôt dans une localité, tantôt dans une autre, et qui ont pour base d'abord l'état granuleux préexistant, ensuite une influence inflammatoire de passage.

Il y avait intérêt à rechercher l'origine et le mode de propagation de l'affection oculaire que l'on venait de constater. On n'y a pas failli. L'origine se perdait dans une incertitude complète quant à la date, nous apprend M. Cuignet; mais d'après ce qui avait déjà été observé auparavant, on était autorisé à admettre qu'un premier granuleux a été admis parmi les hommes sains, et a dû, après avoir vécu quelque temps parmi eux, en contagionner quelques-uns. Il est clair que c'est toujours comme cela que les choses se passent.

Quant à la propagation rapide qui s'en est faite ensuite à une centaine d'hommes, l'observation de ce qui s'est passé dans cette épidémie en a bien vite démontré les voies et moyens. A l'infirmerie, plusieurs hommes ont avoué s'être essuyé la figure avec des coins de draps de lit auxquels se frottaient aussi les camarades affectés de la granulite oculaire. Dans les chambres, les mêmes serviettes servaient à plusieurs hommes pour s'essuyer la figure et les yeux.

En conséquence de ces faits, deux mesures ont été prises qui n'ont pas tardé à mettre un terme à l'épidémie. La première a été la proscription de la promiscuité des linges. Les autres ont consisté à évacuer sur l'hôpital militaire de Lille les granuleux très-manifestes; à isoler dans des chambres spéciales les granuleux légers gardés au corps et à les traiter par des attouchements avec le sulfate de cuivre; à tenir les douteux en observation, enfin à passer périodiquement une visite générale des yeux dans tous les corps de troupe de la région. Il ne faut pas oublier que ces corps de troupe occupent des garnisons voisines de la Belgique, l'une des contrées d'élection de la granulite.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Le premier fait (publié dans la thèse de M. Henry, 1856, et cité par moi dans le *Système of Surgery*, 2e édit., III. p. 583, d'après le journal américain des *Sciences médicales*, juillet 1864, p. 46), concerne un jeune homme de vingt et un ans, qui, le 2 janvier 1855, reçut un coup avec le bout d'un parapluie dans la paupière inférieure, suivi d'un épistaxis abondant et du prolapsus de la paupière supérieure droite. Il fut examiné par deux oculistes éminents, MM. Sichel et Desmarres, mais on ne constata aucune pulsation et, paraît-il, aucune exophthalmie jusqu'à ce qu'il ait été vu par M. Nélaton deux mois après. Il y avait alors saillie du globe oculaire, strabisme externe, avec immobilité du globe, dilatation et immobilité de la pupille, de la diplopie, presbytisme dans cet œil qui était myope avant l'accident, dilatation des veines conjonctivales, pulsations du globe oculaire et un bruit de souffle presque continu, mais exagéré au moment du pouls artériel. Le sang venait encore quand le patient se mouchait, et il y avait quelquefois épistaxis. La compression de la carotide diminuait l'exophthalmie et faisait disparaître le souffle.

M. Nélaton diagnostiqua une blessure de la carotide interne dans le sinus caverneux droit, et il réussit à produire cette lésion sur le cadavre, en poussant un éclat de bois obliquement à travers une incision faite dans la paupière inférieure gauche. (Cette préparation est conservée au musée Dupuytren. J'ai aidé une fois M. Prescott Hewett dans une semblable expérience, qui eut le même succès; voici, en outre, une préparation dans laquelle une paire de ciseaux pénétra à travers la paupière inférieure d'un côté de ce sinus caverneux du côté opposé en blessant la carotide interne. Le nerf de la troisième paire a été juste évité.) On employa comme traitement, la compression de la carotide gauche; mais les épistaxis devinrent bientôt de plus en plus abondants, bien que la compression ne produisît aucune congestion apparente de la face et le patient mourut d'hémorrhagie un peu plus de trois mois après l'accident.

Ce dessin, pris dans le livre de M. Delens, montre une communication artério-veineuse dans le sinus caverneux droit, résultat d'une blessure faite avec un bout de parapluie, qui pénétra par la paupière inférieure gauche en croisant les os

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février.

du nez et en traversant le sinus sphénoïdal droit, dans le sinus caverneux. La figure montre l'ouverture de la paroi osseuse du sinus sphénoïdal, la carotide interne déchirée presque en travers dans le sinus caverneux, ses deux extrémités reliées ensemble par une petite bandelette de tissu artériel, la dilatation du sinus caverneux et de la veine ophthalmique plus dilatée encore, repoussant en avant le globe de l'œil. Pendant la vie, les pulsations artérielles étaient communiquées au globe oculaire par l'intermédiaire de cette tumeur veineuse. On peut voir un fragment de la paroi osseuse du sinus qui a adhéré à sa paroi membraneuse dans le point d'où il en a été disséqué.

Dans ce cas, la blessure avait détruit le nerf de la troisième paire. Il y eut une hémorrhagie mortelle par l'orifice de communication entre le sinus caverneux et le sinus sphénoïdal.

Le second cas de M. Nélaton est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, qui fut admise à l'hôpital des Cliniques le 25 février 1865, par suite d'une chute de voiture, datant du mois de juillet précédent. L'accident avait été suivi d'écoulement de sang par la bouche, par le nez, les deux oreilles, violente douleur dans le côté gauche de la tête, paralysie faciale du même côté, gonflement considérable du cuir chevelu et abcès de l'oreille.

A peu près à la même époque, l'œil gauche commença à loucher; il survint du gonflement de la conjonctive, de la saillie de l'œil, des pulsations anévrysmales dans la paupière supérieure et un bruit de souffle, mais on ne put déterminer à quel moment précis. Au moment de l'admission, le chémosis était tel qu'il recouvrait la paupière inférieure. Le bruit était continuel, mais avec renforcements intermittents. Quand on découvrait l'œil (ce qui était difficile à cause du chémosis considérable), il était mobile et la vision parfaite. Une petite tumeur arrondie et mobile, s'affaissant aussitôt sous la pression du doigt, pouvait être sentie à la partie supérieure et interne de l'orbite. Elle avait un mouvement d'expansion propre, qui coïncidait avec la pulsation artérielle et la projection du globe oculaire, mais on n'y constatait pas le *thrill*. Outre le murmure continuel et le bourdonnement intermittent, on pouvait entendre à intervalles irréguliers un bruit de piaulement. Le murmure diminuait dans les grands efforts d'inspiration. La malade elle-même percevait le bruit et les pulsations, mais n'en était pas très-incommodée. La compression de la carotide les faisait cesser et diminuait le volume de la tumeur voisine de l'œil, mais ne diminuait pas sensiblement l'exophthalmie. M. Nélaton diagnostiqua une communication artério-veineuse dans le sinus caverneux. On essaya la compression digitale de la carotide, mais le malade ne put la supporter et la carotide fut liée. On discuta le traitement par des injections de perchlorure de fer, mais l'idée en fut repoussée, apparemment, parce que la nature réductible de la tumeur rendait difficile l'introduction convenable de la pointe de la canule. La malade mourut de symptômes ressemblant à ceux de la pyohémie, bien que l'autopsie laissât place au doute. Tout ce qu'il est utile de dire des symptômes qui suivirent la ligature, c'est que le bruit persista tout le temps, l'on a noté les résultats de l'auscultation, c'est-à-dire six jours après l'opération, aussi bien que quelques pulsations dans la tumeur. Rien dans la description de l'autopsie ne tend à montrer que l'opération ait eu la moindre action curative sur l'affection, pendant la période qui l'a suivie, période qui fut seulement de onze jours.

Cette figure, copiée dans la brochure de M. Delens, montre une fracture qui s'étend à travers les fosses postérieure et moyenne de la base du crâne. Le corps du sphénoïde est traversé par une fracture linéaire, comme la portion pétreuse du temporal de chaque côté. Du côté gauche, une portion du sommet du rocher est détachée du reste de l'os et se termine par une pointe aiguë. C'est cette pointe qui, sans doute, a blessé la carotide à travers la paroi du sinus caverneux. La paroi supérieure de l'artère a été ouverte, et l'on voit, en bas et en dehors, un petit orifice par lequel la carotide communique avec le canal veineux du sinus. Ce dernier est extrêmement dilaté et tortueux, et cette dilatation (évidemment limitée par les parois osseuses du sinus) est encore plus marquée dans la veine ophthalmique, que l'on voit faire un grand contour audessus de l'angle interne de l'œil, où pendant la vie se montra une tumeur pulsatile sphérique du volume d'une noix. On a laissé une portion du sinus pétreux supérieur pour montrer que la dilatation s'étendait jusqu'à lui. Du côté interne de la carotide, le sinus circulaire est ouvert. Il paraît plus large que nature dans le dessin, mais cela n'est pas indiqué dans la description. La fracture était en grande partie consolidée, la mort n'étant parvenue que huit mois après l'accident. La carotide était parfaitement saine, excepté au point de perforation où son orifice ne paraît pas avoir été obstrué. Les veines ayant été injectées avant l'examen, on n'a pas pu s'assurer de l'état de leur intérieur.

Un troisième cas d'Hirschfeld (*Comptes rendus de la Société de biologie* 1858, t. V. 2e série, p. 138) également intéressant est rapporté par Delens. Une vieille femme de soixante-douze ans fit une chute de voiture, occasionnant une large blessure à la racine du nez. La plaie guérit, mais, au bout d'un mois, il lui fut tout à coup impossible de relever la paupière supérieure et de mouvoir le globe de l'œil; elle avait une anesthésie complète de la paupière, de l'aile du nez et du front. A ce moment il n'y avait ni symptômes cérébraux, ni troubles de la vision. L'œil était un peu trop proéminent. Elle fut admise à l'hôpital deux mois après l'accident. On diagnostiqua : compression des nerfs de l'orbite, à l'exception du nerf optique, par une tumeur ou plus probablement par une extravasation sanguine, avant leur entrée dans l'orbite. On pensa que si l'agent compresseur eût été situé dans l'orbite, la vue eût dû en être affectée. On ne dit rien de l'auscultation qui fut donc probablement oubliée. La mort fut causée par un érysipèle, peu de jours après l'entrée à l'hôpital. La dure-mère recouvrant le sinus caverneux gauche, était légèrement soulevée par une petite collection de caillots du volume d'une amande, enveloppant la troisième paire et comprimant la branche ophthalmique de la cinquième paire; en la soulevant, on trouva un petit orifice circulaire sur la carotide occupé par un caillot filiforme, décoloré, de deux pouces de long passant de l'intérieur de la carotide dans la masse coagulée. Les os paraissaient tout à fait sains.

Ce cas est intéressant parce qu'il montre qu'une communication artério-veineuse peut être produite sans qu'il y ait pénétration directe de l'artère par une blessure ou une fracture; il montre également le développement graduel des symptômes, surtout lorsque l'orifice est étroit. Il est probable que la déchirure de la paroi artérielle, produite par la blessure, ne fut pas complète sur le moment, mais qu'elle s'élargit sous l'influence de quelque cause accidentelle au moment de l'apparition du prolapsus de la paupière. Si la malade eût vécu plus longtemps, il est vraisemblable que les symptômes se seraient développés davantage, les veines auraient commencé à se dilater, l'exophthalmie, les pulsations anévrysmales et le bruit de souffle auraient fait leur apparition.

Le quatrième cas de Delens consiste dans l'extrait suivant

du compte rendu des transactions de la Société anatomique pour 1835; ce sont les paroles de Ch. Bell, secrétaire. Après avoir parlé d'un exemple d'anévrysme de la basilaire. il dit: « M. Baron a présenté un autre exemple d'anévrysme. La tumeur était située sur la carotide dans son passage à travers le sinus caverneux. Elle semble s'être ouverte en ce point, et, un caillot décoloré, du volume d'une amande, occupe le sinus caverneux. N'est-ce pas à cette cause que nous devons attribuer la dilatation variqueuse des veines orbitaires qui avait produit une exophthalmie considérable? Cette opinion trouve un nouvel appui dans le bruit de souffle intense, révélé par le stéthoscope, quand on l'appliquait sur l'œil proéminent. »

PHYSIOLOGIE

SUR LA TRANSMISSION DES EXCITATIONS DANS LES NERFS DE SENSIBILITÉ (1)

Par M. P. Bert.

Les physiologistes sont loin d'être d'accord aujourd'hui sur la question de savoir si les nerfs, auxquels leurs fonctions spéciales ont fait donner les noms de « nerfs de mouvement » et de « nerfs de sensibilité », sont identiques ou différents dans leur propriété intime, c'est-à-dire, si un nerf de sensibilité pourrait conduire des excitations ayant pour résultat un mouvement, et réciproquement. On ne sait même pas si une excitation, portée sur le milieu du trajet d'un nerf, se propage à la fois dans les deux directions centrifuge et centripète. Les belles expériences, par lesquelles MM. Philipeaux et Vulpian avaient pensé résoudre ces difficiles questions, sont en effet, comme M. Vulpian l'a reconnu le premier, susceptibles d'une interprétation différente de celle que le monde savant avait unanimement acceptée.

Dans ces conditions, j'ai cru devoir reprendre une expérience que j'avais faite en 1863 (*Comptes rendus de la Société de Biologie pour 1863*, p. 179) et que j'avais négligé de poursuivre, en présence des résultats en apparence beaucoup plus concluants et beaucoup plus généraux obtenus par les savants expérimentateurs que je viens de citer. Je l'ai, en outre, perfectionnée et mise à l'abri des objections qu'on aurait pu lui opposer.

Si l'on pince en un point de son parcours un nerf de sensibilité, la douleur éprouvée indique bien nettement que l'excitation s'est propagée dans la direction centripète; mais nous ne savons rien sur la propagation centrifuge, par cette raison bien simple qu'à l'extrémité terminale du nerf ne se trouve point d'appareil nerveux percepteur. Mais, si nous parvenons à mettre cette extrémité en rapport avec le centre percepteur, c'est-à-dire avec le cerveau, nous verrons bien s'il y a sensation, ce qui impliquera la propagation centrifuge.

L'artifice expérimental employé pour réaliser cette disposition est des plus simples.

J'enlève, sur une longueur de deux ou trois centimètres à partir de l'extrémité, la peau de la queue d'un jeune rat, et j'insinue la partie écorchée dans le tissu cellulaire sous-cutané, par un orifice pratiqué dans la peau du dos de l'animal. Quelques points de suture suffisent ponr maintenir les parties en place, et bientôt une adhérence solide s'établit, l'animal portant ainsi une queue en forme d'anse.

Huit mois après, je sectionne cette anse et j'obtiens ainsi deux tronçons caudaux. Or, immédiatemeet après la section, le tronçon dorsal est manifestement sensible, et, lorsqu'on le pince énergiquement, le rat pousse des cris et s'enfuit. Il est donc bien évident que, dans ce fragment de queue, l'excitation portée sur les nerfs de sensibilité s'est propagée du gros bout vers le petit bout, c'est-à-dire dans une direction inverse de ce que l'on considère comme son cours normal.

Voici ce qui s'est passé: les nerfs sensibles qui se rendaient à l'extrémité de la queue, blessés par l'ablation de la peau, se sont unis avec les nerfs sensibles de la région du dos, que l'opération avait également sectionnés. Après un temps suffisant, la cicatrice nerveuse est devenue capable de se laisser traverser par les ébranlements de nature inconnue qu'une excitation suscite dans un nerf. A ce moment, lorsqu'on pince l'extrémité du tronçon dorsal, l'ébranlement chemine dans le nerf caudal excité, traverse la cicatrice, et suit le nerf dorso-cutané jusqu'à la moelle épinière qui le conduit au cerveau, d'où résulte la sensation douloureuse.

Mais cette sensibilité du tronçon dorsal diminue dès le second jour qui suit la section, et disparaît bientôt. Si, quelques jours après, on examine au microscope, comme a voulu le faire M. Ranvier, les nerfs de ce tronçon, on voit qu'ils ont subi les altérations habituelles des nerfs séparés de leurs centres trophiques, et cela pour la partie de la queue cachée sous la peau comme pour celle qui pend librement, et bien vivante, sur le dos de l'animal: on n'y trouve aucun tube sain. Au contraire, l'examen du tronçon de la queue resté à sa place normale n'y montre que des nerfs sains, sans aucun tube dégénéré.

Les faits physiologiques concordent donc avec les constatations histologiques pour prouver de la manière la plus complète que les nerfs sensibles qui conduisaient l'excitation centrifuge étaient bien les nerfs normaux du tronçon dorsal, et qu'il ne s'agit là ni de nerfs de nouvelle formation ni de fibres nerveuses se terminant en anse. Ils prouvent en outre, ce qui n'est pas sans intérêt, que les relations avec les centres nerveux percepteurs, d'où résulte la sensation, s'établissent plus aisément que celles avec les centres ganglionnaires trophiques, qui maintiennent l'intégrité de structure des nerfs de sensibilité, peut-être, en attendant plus longtemps avant de couper en deux l'anse caudale, l'influence des nouveaux centres trophiques deviendrait-elle suffisante pour que les nerfs du tronçon dorsal ne s'altèrent pas, et que la sensibilité y persiste après la section.

Dans notre tronçon devenu insensible, la sensibilité reparaîtra au bout de quelques mois: les nerfs dégénérés se seront régénérés. Dans le principe, comme je l'avais vu en 1863, l'animal rapporte à la région du dos, où s'est fait la cicatrice nerveuse, l'impression qu'il reçoit: c'est, en sens inverse, l'illusion des amputés. Petit à petit, il fait son éducation, et finit par reconnaître exactement le point que l'on excite, témoignant ainsi que la notion prétendue innée que nous avons du lieu qu'occupent dans l'espace tous les points de notre corps n'est que le fruit d'expériences répétées.

En résumé, l'expérience que je viens de rapporter démontre que l'excitation portée en un point quelconque du trajet d'un nerf de sensibilité se propage à la fois dans les deux directions centrifuge et centripète. Il en est sans doute de même pour un nerf de mouvement. Il devient par conséquent extrêmement probable, comme l'enseignait M. Vulpian, que les nerfs sont de simples conducteurs, qui ne se différencient que par leur fonctionnement, lequel dépend des appareils qui se trouvent à leurs deux extrémités: cellule nerveuse motrice et fibre musculaire pour les nerfs de mouvement, cellule nerveuse réceptrice et terminaison impressionnable pour les nerfs de sensibilité.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 janvier 1877.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux observations de corps étrangers du pharynx et de l'estomac adressées par M. Faucon (d'Amiens). Dans l'un des cas il s'agissait d'un sou, et le petit malade a succombé à une gastrite aiguë, compliquée d'empoisonnement par les sels de cuivre qui s'est traduit par de la fièvre, des vomissements incoërcibles et des selles sanglantes;

2° Une lettre de M. le comte de Brücke, chargé d'affaires de la république de Sant-Marino, en réponse aux accusations portées

contre lui à la tribune par M. Le Fort dans une des dernières séances. — Cette lettre est renvoyée à une commission composée de MM. Boinet, Giraud-Teulon et Marjolin.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. PERRIN donne lecture, de la part de M. Chauvel, qui n'a pu assister à la séance, de l'observation et des détails de l'autopsie du sujet dont il a parlé dans la dernière séance, et qui a succombé dans son service aux progrès d'une tumeur de la face, qu'il avait considéré comme un sarcome diffus, et que l'autopsie et l'examen microscopique ont fait ensuite rattacher à la classe des lymphadénomes.

DISCUSSION

M. GIRAUD-TEULON ne reconnaît pas, sur le dessin du fond de l'œil de ce malade que M. Perrin fait circuler, de caractères qu'on puisse appeler spécifiques de la rétinite leucémique. En existe-t-il qui puissent la faire distinguer de la rétinite albuminurique?

M. PERRIN répond qu'avant la mort, il y avait déjà de grandes présomptions, d'après l'état général, en faveur de la rétinite leucémique que l'examen *post mortem* a confirmées. On peut lui assigner les caractères suivants : aucune autre affection que la leucémie ou l'albuminurie ne produit l'infiltration séreuse de la rétinite accompagnée de suffusions sanguines striées, mais dans la leucémie on ne trouve pas ces dépôts grisâtres ponctués disposés en couronne plus ou moins complète dans la région maculaire et qui sont la caractéristique de l'albuminurie. De plus, d'après les belles études que M. Poncet a communiquées à la Société, on trouve dans la rétine un dépôt de leucocytes. La rétinite hémorrhagique ne présente jamais ces caractères. Il y a bien une suffusion sanguine; mais elle est beaucoup plus large que dans la rétinite albuminurique ou leucémique. Ces caractères différentiels sont très-faciles à saisir.

M. VERNEUIL n'a pu encore réunir les observations qu'il désirait présenter à la Société sur la question du lymphadénome. Il en fera l'objet d'une communication ultérieure.

DISCUSSION DU RAPPORT DE M. ANGER SUR LE MÉMOIRE DE M. FONTAN, RELATIF A LA THÉORIE ET A LA CURE DES HÉMORRHOIDES.

M. VERNEUIL ne réclame pas pour lui la priorité si bien établie par M. Anger, en faveur de M. Maisonneuve et Lepelletier. M. Maisonneuve a démontré physiologiquement l'importance du rôle du sphincter de l'anus dans la formation des hémorrhoïdes. Après lui, en 1859, M. Verneuil a établi par des pièces anatomiques qui sont au musée Dupuytren, la vérité des déductions de M. Maisonneuve. La dilatation a été indiquée de suite par M. Maisonneuve et Lepelletier comme le traitement par excellence de la contracture du sphincter avec ou sans hémorrhoïdes. M. Fontan voudrait simplement renverser les termes de la proposition, en disant que la dilatation est le traitement par excellence des hémorrhoïdes avec ou sans contracture. Mais on ne doit pas oublier qu'entre les travaux de MM. Maisonneuve et de Lepelletier et ceux de M. Fontan, la chirurgie a fait de grandes découvertes, comme l'écraseur linéaire et le galvanocautère qui, dans certains cas, restent encore d'excellents moyens contre les hémorrhoïdes. Mais son expérience personnelle lui a démontré que la dilatation qu'il employait, il est vrai, pour faire cesser les douleurs causées par la fissure anale plutôt que pour combattre les hémorrhoïdes qui accompagnaient la fissure, avait pour effet de faire disparaître ces dernières. A de très-rares exceptions près, le rôle de la chirurgie armée est fini dans le traitement des hémorrhoïdes, et c'est au mémoire de M. Fontan que reviendra l'honneur d'avoir vulgarisé cette méthode qui est un véritable progrès pour la chirurgie. Mais M. Verneuil se sépare de M. Fontan sur la question de l'étiologie des hémorrhoïdes. Celui-ci accorde une importance trop exclusive à la contracture des sphincters. Très-souvent, les hémorrhoïdes ne s'accompagnent pas de contracture et sont consécutives à un défaut de la circulation intra-abdominale.

M. Duret a publié dans le *Mouvement médical*, au commencement de 1875, une leçon clinique de M. Verneuil sur trois cas d'hémorrhoïdes dépendant d'une affection du foie. Les faits semblables sont nombreux. M. Verneuil distingue, quant à l'étiologie, les hémorrhoïdes *actives*, c'est-à-dire celles qui sont dépendantes de la contracture du sphincter et qui s'accompagnent de l'érection de la tumeur; celles-ci sont justiciables de la dilatation; et les hémorrhoïdes *passives*, c'est-à-dire celles qui ont pour cause un obstacle à la circulation intra-abdominale, qu'un traitement simple, l'hydrothérapie surtout, peut faire disparaître, et ce sont les cas les plus fréquents. Au point de vue de la médecine opératoire, M. Verneuil relève deux points dans le mémoire de M. Fontan. A quel moment faut-il appliquer la dilatation? M. Verneuil pense que si les hémorrhoïdes sont en état de phlébite, il faut attendre la fin de l'inflammation, qui dure ordinairement dix à quinze jours. Quant au procédé, M. Verneuil pense, contrairement à M. Fontan, que le spéculum bivalve ordinaire, muni d'un embout et manié sagement, en faisant ce que Récamier appelait le massage cadencé, est préférable aux doigts de l'opérateur, qui ne peuvent aller assez loin pour atteindre la partie supérieure de l'étranglement.

M. DESPRÈS n'a jamais vu de bourrelet hémorrhoïdal irréductible au delà de vingt-quatre heures. Des bains et des cataplasmes suffisent à le faire rentrer seul, et il est probable que M. Fontan guérit les hémorrhoïdaires non par la dilatation, mais par le traitement consécutif qu'il leur fait suivre et qu'il n'a pas indiqué.

M. SÉE confirme les bons résultats de la dilatation. Il l'a appliquée trois fois après l'avoir vu faire par M. Verneuil, et a eu trois succès. Il s'est servi pour faire la dilatation de ses deux pouces, et n'a pas senti une contracture très-forte du sphincter. Le premier malade qu'il a traité ainsi n'a plus eu de perte de sang depuis huit mois.

M. TRÉLAT pense que c'est à la pratique de décider si la destruction de la contracture produit bien une guérison définitive. Il admet, comme Verneuil, que la circulation vicieuse de l'appareil veineux abdominal ou du foie engendre les hémorrhoïdes, mais il existe une autre exception dont il a vu deux exemples : ce sont les cas où les hémorrhoïdes s'accompagnent de procidence du rectum au moindre effort. La théorie ni la pratique ne laissent alors aucun rôle au sphincter. L'ignipuncture semble alors la véritable méthode du traitement, parce qu'il est important dans ces cas de constituer des brides cicatricielles.

M. ROCHARD est parvenu à débarrasser un grand nombre de malades rentrant dans la catégorie de ceux dont vient de parler M. Trélat, par un traitement très-simple indiqué par Herpin (de Genève). Ce traitement consiste à conseiller aux malades de n'aller à la garde-robe que le soir, immédiatement après avoir pris un lavement froid, et à se coucher de suite, après avoir fait rentrer la procidence. Le repos de la nuit s'oppose très-favorablement à son issue, et les malades n'éprouvent pas pendant le jour ces épreintes si pénibles qui se produisent lorsqu'ils ont été à la garde-robe dans la journée.

M. BOINET a fait deux fois la dilatation pour des fissures, mais dans les deux cas il n'a pas vu reparaître les hémorrhoïdes qu'il n'avait pas eu l'intention de traiter ainsi. La guérison dure depuis très-longtemps.

M. GILLETTE a fait la dilatation pendant la période inflammatoire et n'a pas trouvé d'inconvénients à cette pratique.

M. ANGER ne reviendra pas sur la question de priorité qui appartient à Maisonneuve, mais celui-ci n'a pas assez insisté sur cette méthode pour la faire entrer dans la pratique. C'est à M. Fontan que revient ce mérite. Le spéculum peut rendre d'utiles services, mais on n'a pas avec cet instrument, comme avec le doigt, la sensation de l'obstacle vaincu, et on peut aller trop loin. Dans les cas dont a parlé M. Trélat, le traitement s'adresse plutôt à la chute du rectum qu'aux hémorrhoïdes.

M. VERNEUIL conseille aussi ces petits moyens qui sont excellents et qui réussissent presque toujours. Mais lorsqu'ils ne suffisent pas ou que le malade ne peut ou ne veut pas avoir de sa personne les soins dont parle M. Rochard, la dilatation est indiquée, même lorsqu'il ne se produit que des hémorrhagies sans douleur à chaque selle. C'est là le point important qu'il veut faire ressortir, parce qu'on ne songe ordinairement à faire la dilatation que lorsque les selles sont extrêmement douloureuses. Il a vu la guérison se maintenir dans tous les cas qu'il a pu suivre.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TRÉLAT présente un malade auquel il a fait récemment une chéiloplastie pour la lèvre inférieure. Il y a grand avantage pour cette opération à conserver une partie du menton et à y asseoir les lambeaux suturés. On évite ainsi le glissement de ces lambeaux qui donne une forme si disgracieuse à l'ouverture de la bouche et qui nuit à ses fonctions.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. DUMONTPALLIER présente un anneau-pessaire, destiné à maintenir réduit le prolapsus utérin compliqué de cystocèle et de rectocèle. A cet anneau est annexée une tige à laquelle on donne la courbure voulue et qui se termine par une armature à claire-voie en fil de fer garni de caoutchouc, qui vient s'appliquer sur le pubis. L'appareil est maintenu facilement par une ceinture et des sous-cuisses.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Récemment, on s'est assez préoccupé au sujet des listes, que nous croyons prématurées, des divers professeurs que l'on annonce comme devant être nommés à la Faculté de médecine de Lyon; plusieurs professeurs de Nancy ne seraient pas éloignés de désirer leur transfert à Lyon; serait-ce à cause de difficultés d'installation ou à cause d'un manque de ressources quelconques? Dans ce cas, nous croyons que ce serait encore une raison de plus pour déterminer la ville de Nancy à ne rien négliger, à faire tous les sacrifices nécessaires pour retenir à sa Faculté tous ses professeurs.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours :

1° Un prix de 100 francs, pour l'instituteur primaire communal qui fera le meilleur mémoire en vue de prémunir la jeunesse contre les dangers de l'usage prématuré du tabac.

Les concurrents doivent se renfermer dans les limites équivalant à 16 pages in-8° d'impression, au plus.

2° Un prix de 200 francs, pour le médecin qui relatera le plus grand nombre d'observations intéressantes et inédites de maladies causées par le tabac.

3° Un prix de 300 francs, pour l'auteur du meilleur mémoire relatif à l'influence du tabac sur les études, notamment dans les lycées, les écoles spéciales, civiles ou militaires, etc.

Une médaille d'honneur sera, en outre, décernée à chaque lauréat.

Les concurrents doivent faire parvenir leurs travaux à l'adresse du président, M. Decroix, rue Saint-Benoît, n° 5, à Paris, au plus tard le 31 décembre 1877. La Société se réserve le droit de publier, eu tout ou en partie, les travaux récompensés.

Les noms et adresses des auteurs doivent être renfermés dans un pli cacheté joint au mémoire, selon la forme en usage. — Ce pli ne sera ouvert qu'autant que le concurrent mériterait le prix ou une autre récompense.

En outre des prix ci-dessus, des récompenses honorifiques ou pécuniaires seront décernées aux personnes qui adresseront à la Société les meilleurs travaux imprimés ou manuscrits sur le tabac, et à celles qui auront été signalées, soit pour leur propagande, soit pour leur zèle, comme agents des administrations, à faire exécuter les lois et règlements interdisant de fumer en certains endroits, notamment dans les chemins de fer.

Les personnes qui désirent faire partie de la Société doivent en faire la demande au président, ou être présentées par un sociétaire. — *Bulletin périodique*. Cotisation annuelle, 6 francs. — Les statuts et règlements avec une brochure sont à la disposition des personnes qui en font la demande. — Prix : 50 centimes, au profit de la Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de l'appareil génital de la femme, avec une notice sur la stérilité et le moyen d'y remédier par la fécondation artificielle, par le docteur GÉRARD. — 1 vol. in-12. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie. Diagnostic et traitement, par le docteur MAGNANT.— In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 27. — MARDI 6 MARS 1877. 50e ANNÉE. MARDI 6 MARS 1877. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE.

Le Président de la République française :

Vu la loi du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge, et notamment l'article 12 de ladite loi, ainsi conçu :

« Un règlement d'administration publique déterminera :

1° Les modes d'organisation du service de surveillance institué par la présente loi, l'organisation de l'inspection médicale, les attributions et les devoirs des médecins inspecteurs, les attributions de toutes les personnes chargées des visites;

2° Les obligations imposées aux nourrices, aux directeurs des bureaux de placement et à tous les intermédiaires du placement des enfants;

3° La forme des déclarations, registres, certificats des maires et des médecins et autres pièces exigées par les règlements; »

Sur le rapport du ministre de l'intérieur;

Le conseil d'État entendu,

Décrète :

TITRE Ier

ORGANISATION DU SERVICE

Art. 1er. — La surveillance instituée par la loi du 23 décembre 1874, en faveur des enfants au-dessous de deux ans placés moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents, est exercée, sous l'autorité du préfet assisté du comité départemental, par des commissions locales, par les maires, par des médecins inspecteurs, et par l'inspecteur des enfants assistés du département.

Première section. — Des commissions locales.

Art. 2. — Les commissions locales, instituées conformément à l'article 2 de la loi du 23 décembre 1874, sont présidées par le maire de la commune. — L'arrêté préfectoral qui institue la commission fixe le nombre de ses membres. — La commission comprend nécessairement deux mères de famille, le curé, et, dans les communes où siége un conseil presbytéral ou un consistoire israélite, un délégué de chacun de ces conseils. — Le médecin inspecteur, nommé en exécution de l'article 5 de la loi, est convoqué aux séances des commissions de sa circonscription; il a voix consultative.

Art. 3. — Les membres des commissions sont nommés et révoqués par le préfet.

Art. 4. — A Paris et à Lyon, il y aura dans chaque arrondissement municipal une commission instituée conformément aux articles qui précèdent, et présidée par le maire de l'arrondissement. — Il pourra être adjoint à la commission des visiteurs rétribués; leur nombre et le taux de leur traitement seront déterminés par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du préfet de police pour Paris, et du préfet du Rhône pour Lyon. — Ces visiteurs assisteront aux délibérations de la commission d'arrondissement avec voix consultative. — Le ministre de l'intérieur pourra également instituer, sur la proposition du préfet, des visiteurs rétribués dans les autres communes où la nécessité en sera reconnue.

Art. 5. — La commission se réunit au moins une fois par mois; elle peut être convoquée extraordinairement par le maire, soit d'office, soit sur la demande d'un des membres de la commission ou du médecin inspecteur. — Les séances de la commission se tiennent à la mairie.

Art. 6. — La commission répartit entre ses membres la surveillance des enfants à visiter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse. — Chaque membre doit rendre compte à la commission des faits qu'il a constatés dans ses visites périodiques.

Art. 7. — Si la commission juge que la vie ou la santé d'un enfant est compromise, elle peut, après avoir mis en demeure les parents et pris l'avis des médecins inspecteurs, retirer l'enfant à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, et le placer provisoirement chez une autre personne. Elle doit, dans les vingt-quatre heures, rendre compte de sa décision au préfet et prévenir de nouveau les parents. — En cas de péril imminent, le président de la commission prend d'urgence et provisoirement les mesures nécessaires; il doit, dans les vingt-quatre heures, informer de sa décision la commission locale, le médecin inspecteur et le préfet, et avertir les parents. — Dans les communes où il n'a pas été institué de commission locale, le maire exerce les pouvoirs conférés à ces commissions par le présent article. — Les mesures prises par les autorités locales, en vertu du présent article, sont purement provisoires; le préfet statue.

Art. 8. — La commission signale au préfet, dans un rapport annuel, les nourrices qui mériteraient une mention spéciale, à raison des bons soins qu'elles donnent aux enfants qui leur sont confiés.

Deuxième section. — Médecins inspecteurs.

Art. 9. — Des médecins inspecteurs, institués conformément à l'article 5 de la loi, sont chargés de visiter les enfants

placés en nourrice, en sevrage ou en garde dans leur circonscription.

Art. 10. — Le médecin inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse, pour y voir l'enfant, dans la huitaine du jour, où en exécution de l'article 24 ci-après, il est prévenu par le maire de l'arrivée de l'enfant dans la commune. — Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Art. 11. — Après chaque visite, le médecin-inspecteur vise le carnet délivré à la nourrice, sevreuse ou gardeuse, en exécution de l'article 30 ci-après, et il y inscrit ses observations; il transmet au maire un bulletin indiquant la date et les résultats de sa visite. Ce bulletin est communiqué à la commission locale. — En cas de décès de l'enfant, il mentionne sur le bulletin la date et les causes du décès.

Art. 12. — Le médecin inspecteur rend compte immédiatement au maire et au préfet des faits qu'il aurait constatés dans ses visites et qui mériteraient leur attention. — Chaque année, il adresse un rapport sur l'état général de sa circonscription au préfet, qui le communique à l'inspecteur départemental du service des enfants assistés et au comité départemental.

Art. 13. — Si le médecin reconnaît, soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie contagieuse, il constate l'état de l'enfant et celui de la nourrice, et il peut faire cesser l'allaitement naturel. — Dans ce cas, ainsi que lorsqu'il constate une grossesse, il informe le maire, qui doit aviser les parents, sans préjudice, s'il y a lieu, des mesures autorisées par l'article 7.

Art. 14. — Dès que le maire apprend qu'un enfant placé en nourrice ou en garde dans la commune est malade et manque de soins médicaux, il prévient le médecin inspecteur de la circonscription et, si celui-ci est empêché, il requiert le médecin le moins éloigné de la résidence de l'enfant. Ce dernier doit, si l'enfant succombe, mentionner les causes du décès dans un bulletin spécial, ainsi qu'il est prescrit à l'article 11 pour le médecin inspecteur.

Art. 15. — Les médecins inspecteurs reçoivent, à titre d'honoraires, des émoluments qui sont fixés par le ministre, sur la proposition du préfet après avis du conseil général.

Troisième section. — De l'inspection départementale.

Art. 16. — L'inspecteur du service des enfants assistés est chargé, sous l'autorité du préfet, de centraliser tous les documents relatifs à la surveillance instituée par la loi. — Chaque année, il présente un rapport sur l'exécution du service dans le département, et il rend compte du résultat de ses tournées.

Quatrième section. — Des comités départementaux.

Art. 17. — Les membres des comités départementaux sont nommés pour trois ans. — Le membre qui sera nommé à la suite d'une vacance sortira du comité au moment où serait sorti le membre qu'il a remplacé. — Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 18. — Le comité départemental élit un président et un secrétaire. — Il se réunit au moins une fois par mois. Il peut être convoqué extraordinairement par son président ou par le préfet, soit d'office, soit sur la demande d'un de ses membres.

Art. 19. — Le préfet lui communique les rapports qui lui sont envoyés par les commissions locales et par les médecins inspecteurs, ainsi que le rapport d'ensemble présenté annuellement par l'inspecteur départemental.

TITRE II

PLACEMENTS

Première section. — De la déclaration imposée à toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire.

Art. 20. — Tout officier de l'état-civil qui reçoit une déclaration de naissance doit rappeler au déclarant les dispositions édictées par l'article 7 de la loi du 23 décembre 1874.

Art. 21. — La déclaration prescrite par ledit article à toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, est inscrite sur le registre spécial prévu par l'article 10 de la loi. — Elle est signée par le déclarant. — Elle fait connaître : — 1° Les nom et prénoms, le sexe, la date et le lieu de la naissance de l'enfant; — 2° S'il est baptisé ou non; — 3° Les nom, prénoms, profession et domicile des parents; — 4° Les nom, prénoms et domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse à laquelle l'enfant est confié; — 5° Les conditions du contrat intervenu avec la nourrice, sevreuse ou gardeuse.

Art. 22. — Le déclarant doit produire le carnet délivré à la nourrice. — Le maire qui reçoit la déclaration transcrit sur le carnet de la nourrice les indications portées sous les nos 1, 2, 3 et 5 de l'article précédent.

Art. 23. — Si l'enfant est envoyé dans une commune autre que celle où la déclaration est faite, le maire qui reçoit la déclaration en transmet copie dans les trois jours au maire de la commune où l'enfant doit être conduit.

Art. 24. — Le maire, averti par suite d'une déclaration faite, soit par les parents en exécution de l'article 7 de la loi, soit par la nourrice en exécution de l'article 9, qu'un enfant est placé dans sa commune, en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, doit, dans les trois jours, transmettre une copie de la déclaration au médecin inspecteur de la circonscription.

Deuxième section. — Des obligations imposées aux nourrices, sevreuses ou gardeuses qui prennent des enfants chez elles moyennant salaire.

Art. 25. — Il est interdit à toute nourrice d'allaiter un autre enfant que son nourrisson, à moins d'une autorisation spéciale et écrite donnée par le médecin inspecteur, ou, s'il n'existe pas de médecin inspecteur dans le canton, par un docteur en médecine ou un officier de santé.

Art. 26. — Nulle sevreuse ou gardeuse ne peut se charger de plus de deux enfants à la fois, à moins d'une autorisation spéciale et écrite donnée par la commission locale et, à défaut de la commission locale, par le maire.

Art. 27. — Toute femme qui veut prendre chez elle un enfant en nourrice doit préalablement obtenir un certificat du maire de sa commune et un certificat médical. Elle doit, en outre, se munir du carnet spécifié à l'article 30.

Art. 28. — Le certificat délivré par le maire doit être revêtu du sceau de la mairie et contenir les indications suivantes : — 1° Nom, prénoms, signalement, domicile et profession de la nourrice, date et lieu de sa naissance; — 2° État civil de la nourrice, nom, prénoms et profession de son mari; — 3° Date de la naissance de son dernier enfant, et si cet enfant est vivant. — Le certificat fera connaître si le mari a donné son consentement; il contiendra les renseignements que pourra fournir le mari sur la conduite et les moyens d'existence de la nourrice, sur la salubrité et la propreté de son habitation. Il constatera la déclaration de la nourrice qu'elle est pourvue d'un garde-feu et d'un berceau. — Sur l'interpellation du maire, la nourrice déclarera si

elle a déjà élevé un ou plusieurs enfants moyennant salaire; elle indiquera l'époque à laquelle elle a été chargée de ces enfants, la date et la cause des retraits, et si elle est restée munie des carnets qui lui avaient été précédemment délivrés. Le maire mentionnera dans le certificat les réponses de la nourrice.

Art. 29. — Le certificat médical est délivré par le médecin inspecteur ou, à défaut de médecin inspecteur habitant la commune où réside la nourrice, par un docteur en médecine ou par un officier de santé; il peut également être délivré dans la commune où la nourrice vient prendre l'enfant; il est dûment légalisé et visé par le maire; il doit attester: — 1° Que, la nourrice remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson; — 2° Qu'elle n'a ni infirmité ni maladie contagieuse; qu'elle est vaccinée.

Art. 30. — Le carnet est délivré gratuitement à Paris par le préfet de police; à Lyon par le préfet du Rhône; dans les autres communes par le maire. — La nourrice peut l'obtenir soit dans la commune où elle réside, soit dans celle où elle vient chercher un enfant; dans ce dernier cas, elle doit produire le certificat du maire de sa commune. — Elle doit se pourvoir d'un carnet nouveau chaque fois qu'elle prend un nouveau nourrisson. — Le certificat délivré à la nourrice par le maire de sa commune et le certificat médical sont inscrits sur le carnet. S'ils ont été délivrés à part, ils y sont textuellement transcrits. — Le carnet est disposé de manière à recevoir en outre les mentions suivantes : — 1° L'extrait de l'acte de naissance de l'enfant, la date et le lieu de son baptême, les noms, profession et demeure des parents ou des ayants droit à défaut de parents connus, la date et le lieu de la déclaration faite en exécution de l'article 7 de la loi; — 2° La composition de la layette remise à la nourrice; — 3° Les dates des payements des salaires. — 4° Le certificat de vaccine; — 5° Les dates des visites du médecin inspecteur et des membres de la commission locale avec leurs observations; — 6° Les déclarations prescrites par l'article 9 de la loi. — Le carnet reproduit le texte des articles du code pénal, du règlement d'administration publique et du règlement particulier fait par le préfet, en exécution de l'article 12 de la loi, qui intéressent directement les nourrices, sevreuses ou gardeuses, les intermédiaires et les directeurs des bureaux de placement. — Il contient en outre des notions élémentaires sur l'hygiène du premier âge.

Art. 31. — Les conditions concernant les certificats, l'inscription et le carnet sont applicables aux femmes qui veulent se charger d'enfants en sevrage ou en garde, à l'exception de la condition d'aptitude à l'allaitement au sein.

Art. 32.— Si l'enfant n'a pas été vacciné, la nourrice doit le faire vacciner dans les trois mois du jour où il lui a été confié.

Art. 33. — La nourrice, sevreuse, ou gardeuse ne peut, sous aucun prétexte, se décharger, même temporairement, du soin d'élever l'enfant qui lui a été confié, en le remettant à une autre nourrice, sevreuse ou gardeuse, à moins d'une autorisation écrite donnée par les parents ou par le maire, après avis du médecin inspecteur.

Art. 34. — La nourrice, sevreuse ou gardeuse, qui veut rendre l'enfant avant qu'il lui ait été réclamé, doit en prévenir le maire.

Troisième section. — Des bureaux de nourrices, des meneurs et meneuses.

Art. 35. — La demande en autorisation d'ouvrir un bureau de nourrices ou d'exercer la profession de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est adressée au préfet du département où le pétitionnaire est domicilié. Elle fait connaître les départements dans lesquels celui-ci se propose de prendre ou de placer des enfants. — Le préfet communique la demande aux préfets des autres départements intéressés, et s'assure de la moralité du demandeur. Il fait examiner les locaux affectés aux nourrices et aux enfants, s'il s'agit d'un bureau de placement, ou les voitures affectées au transport des nourrices et de leurs nourrissons, s'il s'agit de meneurs ou de meneuses. — L'arrêté d'autorisation détermine les conditions particulières auxquelles le permissionnaire est astreint, dans l'intérêt de la salubrité, des mœurs et de l'ordre public. — Ces conditions sont affichées dans l'intérieur des bureaux, ainsi que les inscriptions légales et réglementaires imposées aux directeurs de bureau et aux meneurs ou meneuses, et les peines édictées par l'article 6 de la loi, contre ceux qui refuseraient de recevoir la visite des personnes autorisées en vertu de ladite loi. — L'autorisation peut toujours être retirée. — Dans le cas où l'industrie doit être exercée dans plusieurs départements, il est donné avis de l'arrêté d'autorisation ou de l'arrêt de retrait aux préfets de tous les départements intéressés.

Art. 36. — Il est interdit aux directeurs des bureaux de nourrices et à leurs agents, de s'entremettre pour procurer des nourrissons à des nourrices qui ne seraient pas munies des pièces mentionnées aux articles 27, 28, 29 et 30. — Il est défendu aux meneurs et aux meneuses de reconduire des nourrices dans leurs communes avec des nourrissons, sans qu'elles soient munies de ces pièces.

Art. 37. — Les directeurs de bureaux et les logeurs de nourrices sont tenus d'avoir un registre coté et parafé, à Paris et à Lyon, par le commissaire de police de leur quartier, et dans les autres communes par le maire. Sur ce registre doivent être inscrits les nom et prénoms, le lieu et la date de naissance, la profession et le domicile de la nourrice, le nom et la profession de son mari.

Art. 38. — Aucun établissement, destiné à recevoir en nourrice ou en garde des enfants au-dessous de deux ans, ne peut subsister ni s'ouvrir sans l'autorisation du préfet de police dans le département de la Seine, et des préfets dans les autres départements. — L'autorisation peut toujours être retirée. — Les nourrices employées dans ces établissements sont assimilées aux nourrices sur lieu.

TITRE III

DES REGISTRES.

Première section. — Registres des mairies.

Art. 39. — Il est ouvert dans chaque mairie deux registres destinés à recevoir, le premier, les déclarations imposées, par l'article 7 de la loi, à toute personne qui place, moyennant salaire, un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde; le second, les déclarations imposées par l'article 9, à toute personne qui se charge d'un enfant dans ces conditions.

Deuxième section. — Registre des médecins inspecteurs.

Art. 40. — Le médecin inspecteur tient à jour un livre sur lequel il inscrit les nourrices, sevreuses ou gardeuses, et les enfants qui leur sont confiés. — Ce livre mentionne dans des colonnes spéciales: — 1° Les nom, prénoms, professions et adresses des nourrices, sevreuses ou gardeuses; — 2° La date des deux certificats et du carnet mentionnés à l'article 27 du présent règlement; — 3° Les nom, prénoms, sexe, état civil de l'enfant, ainsi que la date et le lieu de naissance; — 4° La date de son placement; — 5° La date et le motif des visites du médecin étranger au service qui aurait été appelé par la nourrice, ainsi que la date et le résultat de ses visites personnelles; — 6° La date et les causes du retrait de l'enfant ou du décès,

s'il a eu lieu chez la nourrice; — 7° Les observations concernant l'enfant et la nourrice, sevreuse ou gardeuse.

Troisième section. — Registre des commissions locales.

Art. 41. — Le secrétaire de la commission locale devra tenir au courant un registre en deux parties, contenant, d'une part, les délibérations et les décisions de la commission, et d'autre part, les noms et les adresses de toutes les nourrices, sevreuses ou gardeuses de la commune, les noms des enfants qui leur sont confiés et la date des visites faites aux nourrices, sevreuses ou gardeuses, par les membres de la commission. — Le médecin inspecteur appose mensuellement son visa sur ce registre.

Art. 42. — Le ministre de l'intérieur et le garde des sceaux, ministre de la just ce et des cultes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Paris, le 27 février 1877.

M^al^ DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :
Le Président du conseil, ministre de l'intérieur,
JULES SIMON.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÉS.

Statistique des hernies étranglées à l'hôpital Cochin 1875-1876.

TROISIÈME SÉRIE (1).

Les hernies étranglées opérées ou non qui ont été observées à l'hôpital Cochin pendant ces deux dernières années ont offert l'occasion de remarques sur le diagnostic des épiplocèles, et ce point a été l'objet d'une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux* en 1875.

Comme les années précédentes, les observations sont divisées en deux groupes, les hernies opérées et les hernies non opérées, soit parce que le taxis a réussi, soit par ce que la temporisation était suffisante.

Hernies opérées.

OBS. I. — Eugène Ch..., quarante ans, entré à l'hôpital Cochin le 24 octobre. Entéro-épiplocèle inguinale droite habituellement mal contenue. Péritonite avec ballonnement du ventre. Étranglement datant de six jours. Tentatives de réductions répétées en ville. Kélotomie sur les instances du malade, quoique le cas fût désespéré. Sac épiploïque complet, section incomplète de l'intestin au collet de la hernie, rupture pendant l'exploration. Établissement d'un anus contre-nature. Issue insignifiante de matières à cause de la parésie intestinale due à la péritonite. *Mort* six heures après l'opération. A l'autopsie, péritonite avec fausses membranes.

OBS. II. — Le nommé B..., vingt-quatre ans, employé de chemin de fer, entre le 22 mai 1875 à l'hôpital Cochin. Il portait depuis son enfance une hernie inguinale droite. A la suite d'un effort, la hernie, mal contenue, sort; il était trois heures de l'après-midi; vomissements à dix heures. Le soir, à onze heures, à l'hôpital Cochin, examen. Diagnostic : entéro-épiplocèle étranglée par le collet du sac. Tumeur grosse comme une pomme, avec des bosselures apparentes. Tentatives de réduction en ville, deux fois. *Débridement sans ouverture du sac* (méthode de J.-L. Petit). Réduction immédiate d'une portion de la tumeur; réduction spontanée de l'épiploon restant le troisième jour après l'opération. (Observation publiée en partie, *Gaz. des hôp.*, 1875, p. 294.)

OBS. III. — Madeleine Th..., âgée de quarante-cinq ans, femme de ménage, entre à l'hôpital le 30 novembre. Entérocèle crurale grosse comme une noix, étranglée depuis quarante-deux heures; étranglement consécutif à une indigestion. Pas de tentatives de taxis en ville. Tumeur du volume d'une noix. Kélotomie avec ouverture du sac à la quarante-deuxième heure; trois selles le soir de l'opération; réunion immédiate de la plaie sans suture par la simple position. Guérison le 31 décembre.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 1058, et *Gaz. des hôp.*, 1875, p. 154.

OBS. IV. — Veuve J..., soixante-cinq ans, entre à l'hôpital Cochin le 11 décembre. Hernie crurale droite, entérocèle grosse comme un œuf avec liquide et peu d'épiploon, étranglée depuis dix-huit heures pendant une chute, à la suite de laquelle la malade avait eu, en outre, une fracture des deux os de l'avant-bras gauche. Quelques tentatives de réduction en ville sans force. Kélotomie. Ouverture du sac, ligature, section et cautérisation de l'épiploon. Rétablissement tardif des selles, rechutes de constipation; purgatifs. Guérison le 1er février.

OBS. V. — Marie D..., journalière, trente-neuf ans, entre à l'hôpital Cochin le 29 janvier. Entérocèle crurale étranglée par inflammation depuis trois jours, grosse comme une noix. Péritonite menaçante. Purgatifs répétés en ville; pas de tentatives sérieuses de taxis. Kélotomie; ouverture du sac, étranglement serré par le ligament de Gimbernat. Débacle le 30, malgré l'opium administré à haute dose. *Mort* le 1er février. A l'autopsie, pas de perforation, péritonite généralisée sans pus.

OBS. VI. — Louise L..., cinquante ans, sans profession, entre le 12 avril à l'hôpital Cochin. Entéro-épiplocèle gauche étranglée depuis vingt heures. Hernie jamais contenue. Tumeur du volume d'un gros œuf. Pas de tentatives de taxis, ni de traitements en ville. Kélotomie immédiate; ouverture du sac. Masse épiploïde volumineuse, ligature et section de l'épiploon. Réunion immédiate secondaire le vingtième jour. Guérison le 8 mai.

OBS. VII. — Élisabeth M..., quarante-six ans, femme de ménage, entre à l'hôpital Cochin le 15 mai 1876. Hernie crurale droite irréductible, habituellement mal contenue. Étranglement le 14 mai. Pas de tentatives de réduction en ville. Entéro-épiplocèle du volume d'une orange. Kélotomie à la vingt-troisième heure de l'étranglement; ouverture du sac. Épiploon laissé dans la plaie. Suppuration longue de la plaie (l'opération avait été pratiquée en l'absence de de M. Desprès, absent de Paris ce jour, et M. Delens n'avait pas lié l'épiploon). Cautérisation secondaire de l'épiploon; guérison le 10 juillet. (Cette observation et la précédente ont été publiées in Bosquette, *Ligature de l'épiploon*, th. Paris, 1876.)

OBS. VIII. — Marie B..., cinquante-six ans, journalière, entrée à l'hôpital Cochin le 11 novembre 1876. Entérocèle crurale droite grosse comme une noix, étranglée par inflammation depuis six jours. Vomissements fécaloïdes. Kélotomie le 11 novembre; ouverture du sac; eschares interstitielles de l'intestin. Pas de réunion. Vésicatoire sur le ventre, d'emblée; sort guérie le 20 décembre. La tumeur de cette malade avait le volume d'une noix verte. Aucune tentative de taxis n'avait été faite en ville, on s'était borné à appliquer de la glace sur la tumeur.

Hernies non opérées.

OBS. I. — V. D..., blanchisseuse, cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital le 24 avril. Hernie inguinale gauche étranglée, grosse comme une petite pomme. Hernie habituellement mal contenue. Premier vomissement bilieux quarante-deux heures auparavant. Tentatives inutiles de réduction en ville. M. Desprès diagnostique une épiplocèle. Un bain d'une heure, puis taxis léger; réduction presque involontaire par l'interne du service. Guérison le 27 avril.

OBS. II. — L. F..., vingt-huit ans, plombier, entré à l'hôpital Cochin le 14 janvier. Hernie inguinale droite étranglée, ancienne hernie étranglée déjà et opérée. Étranglement datant de huit heures; tumeur du volume d'une pomme. Tentatives infructueuses de taxis par l'interne de garde. M. Desprès appelé, diagnostique une épiplocèle et fait appliquer simplement des cataplasmes sur la tumeur. Réduction spontanée à la soixante-quatorzième heure. Guérison le 23 janvier.

OBS. III. — F..., vingt-huit ans, cambrurier, entre le 3 mai salle

Cochin, 21. Hernie inguinale gauche étranglée du volume d'un œuf de poule, fluctuante. Vomissements bilieux depuis dix-sept heures. Diagnostic : épiplocèle. Cataplasmes sur la hernie. Réduction spontanée à la quarante-quatrième heure. Guérison le 8 mai.

Obs. IV. — Xavier B..., entre à l'hôpital Cochin le 2 février. Épiplocèle inguinale. Vomissements bilieux depuis quinze heures. Cataplasme sur la hernie. Bain d'une heure. Réduction spontanée à la cinquante-deuxième heure. Guérison le 26 février. La hernie avait le volume d'un œuf.

Obs. V. — M. N..., vingt-six ans, tapissier, entré à l'hôpital le 10 mai. Entérocèle inguinale gauche habituellement mal contenue, étranglée depuis six heures. Vomissements répétés. Un bain d'une heure, taxis léger dans le bain, réduction. Guérison le 6 mai. Aucune tentative de réduction n'avait été faite en ville.

Obs. VI. — Marie D..., journalière, quarante ans, entrée à l'hôpital Cochin le 2 novembre. Hernie crurale gauche étranglée par inflammation (entérocèle) depuis dix heures. Tumeur grosse comme un petit œuf. Grossesse de cinq mois et demi. Bain d'une demi-heure. M. Desprès fait ensuite le taxis sans employer la force. Réduction. La malade sort guérie le 3 novembre.

Obs. VII. — Adrien B..., trente ans, courtier, entre à l'hôpital Cochin le 14 novembre. Hernie inguinale droite étranglée depuis huit heures. Vomissemenss depuis ce temps. Entéro-épiplocèle. Un bain. Réduction par le taxis manuel par M. Desprès. Guérison le 17 novembre.

Obs. VIII. — Léonard L..., quarante-huit ans, maçon, entré à l'hôpital le 28 novembre. Entérocèle inguinale droite étranglée depuis dix heures. Vomissements depuis huit heures. Odeur fécaloïde des vomissements. Entérocèle. Un bain d'une heure. Taxis manuel par M. Desprès à la douzième heure. Guérison le 4 décembre.

Obs. IX. — V..., femme W..., cinquante-quatre ans, journalière, entrée le 17 septembre. Hernie crurale gauche du volume d'une petite pomme, entéro-épiplocèle. Vomissements depuis douze heures, facies très-altéré. Bain. Taxis à la douzième heure; réduction par M. Desprès en deux temps; un peu d'épiploon reste néanmoins dans le sac. La malade sort guérie le lendemain 18 octobre, avec un bandage et s'en va de l'hôpital à pied.

Voilà le bilan des hernies étranglées observées à l'hôpital Cochin en 1875-1876.

En bloc, sur huit opérations, il n'y a eu que deux morts.

Sur deux hernies inguinales opérées, il y a eu un mort.

Sur six hernies crurales, il y a eu un mort.

On peut voir cette année, comme les précédentes, que l'absence de tentatives répétées et infructueuses de taxis, a rendu favorable le pronostic de l'opération; que, sauf la malade de l'observation VIII, toutes les autres malades avaient été opérées le troisième jour au plus tard.

La malade de l'observation V, qui avait été purgée, a succombé; ceci est encore à noter, car lorsque les purgatifs ne peuvent pas favoriser la réduction de l'intestin, ils aggravent, comme le taxis, le pronostic de la kélotomie.

L'opération de la kélotomie sans ouverture du sac a été pratiquée une fois, dans un cas où elle était raisonnablement applicable, il s'agissait d'une hernie inguinale volumineuse, étranglée depuis peu de temps.

Le lecteur verra que cette manière d'opérer n'a pas été appliquée aux hernies crurales. Il a été fait un certain bruit à propos de statistiques anglaises de kélotomie sans ouverture du sac. Mais on a attribué à tort la guérison au manuel opératoire de J.-L. Petit. Car nous ouvrons le sac et, pour la hernie crurale, on ne trouvera pas de meilleures statistiques que la nôtre :

Six opérées : cinq guéries, un mort.

Pour ce qui est des hernies non opérées, elles ont toutes guéri.

Les épiplocèles traitées par la *temporisation*, au nombre de quatre, ont guéri sans exception après quarante ou soixante heures.

Les entérocèles et entéro-épiplocèles, au nombre de cinq, trois inguinales et deux crurales, ont été réduites par le taxis manuel, *non forcé*, après un bain prolongé. Une fois entre autres il s'agissait d'une hernie crurale chez une femme enceinte. Dans tous les cas, l'étranglement ne datait pas de plus de quinze heures pour les hernies inguinales et douze heures pour les hernies crurales. Les malades n'avaient été soumises à aucune tentative de taxis ni aux purgatifs.

Depuis cinq ans, les malades et les médecins voisins de l'hôpital Cochin ont peu à peu appris le profit qu'il y a à venir d'emblée à l'hôpital, où les bains, les aides et toutes les commodités possibles pour le traitement des hernies se trouvent réunies. Le lecteur pourra comparer cette statistique avec les précédentes, et il remarquera quelle est la première où la majorité des malades sont venus à l'hôpital le *premier jour* de l'étranglement.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques applications du phosphate de chaux.

Par M. le docteur Nelson Pautier, d'Aigre (Charente).

J'ai été, je crois, l'un des premiers à expérimenter le phosphate de chaux sous la forme de chlorhydro-phosphate. Je l'ai beaucoup employé et, en ayant obtenu de nombreux succès, je ne voudrais pas qu'ils puissent être complétement perdus pour mes confrères.

C'est surtout chez les enfants que j'ai eu fréquemment l'occasion de reconnaître la grande utilité de ce médicament dont l'assimilation est rendue si facile sous la forme des chlorhydrophosphates. — Les maladies des os, le développement difficile des enfants à la mamelle, les malaises inhérents à la croissance, sont surtout à mes yeux tributaires de cette préparation qui m'a donné les résultats les plus encourageants, j'en ai obtenu également de très-bons effets chez les jeunes mères, alors que les préparations ferrugineuses avaient été insuffisantes pour remettre le sang en état de réparer les pertes de l'organisme.

Je me suis toujours servi de la solution Coirre.

Observation. — Enfant P..., d'Aubérac, (Charente), âgé de sept mois, né de parents scrofuleux, nourri d'abord par sa mère, était, lors de ma visite, confié depuis un mois à une nourrice. Il présentait le développement d'un enfant de trois mois, très-amaigri; vomissait son lait une demi-heure, et parfois davantage après l'allaitement. — Ventre volumineux et ballonné; selles verdâtres, liquides, irrégulières contenant des grumeaux de lait non digéré. — Le misérable état de ce pauvre enfant a nécessité, je dois le dire, une grande persévérance dans le traitement. Cependant, quinze jours à peine s'étaient écoulés, que les vomissements étaient devenus rares, et les selles plus régulières et presque normales. Deux mois après, il avait l'apparence de la meilleure santé. — La solution ne fut pas moins continuée pour favoriser la dentition qui, quoique en retard, se fit normalement. — La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a été prise à l'exclusion de tout autre traitement général, et cet enfant, qui a aujourd'hui trois ans, a rattrapé le temps perdu, car il présente la taille et la vigueur des autres enfants de son âge.

J'ai donné des soins à un autre enfant de huit mois, — atteint de spina-bifida intéressant la quatrième et la cinquième vertèbre lombaires. — Les parents, qui avaient consulté leur médecin, avaient perdu l'espoir de conserver leur fils. — Je leur conseillai de lui faire prendre, avec une alimentation

exclusivement lactée, la solution de chlorhydro-phosphate de chaux. — Peu à peu le liquide contenu dans la tumeur de cet hydrorachis disparut; et, au bout de deux mois, cet enfant donnait manifestement la preuve, en se redressant, de l'amélioration apportée par le traitement, qui fut continué pendant cinq mois. L'enfant marchait à quatorze mois. — Il a aujourd'hui deux ans et demi, et la guérison paraît complète. La dépression qui existait au niveau des vertèbres lombaires n'existe plus.

J'ai eu maintes fois l'occasion de faire usage du même médicament pendant la croissance, surtout après sept et huit ans; et il m'a été facile de constater, sous l'influence de ce complément alimentaire, une prompte amélioration, qui se manifeste d'abord par une augmentation notable de l'appétit.

Je terminerai ces notes par quelques mots relatifs à une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de phthisie au troisième degré chez laquelle il ne saurait y avoir d'espoir de guérison. La solution de chlorhydro-phosphate de chaux a amélioré son état à tel point que l'expectoration est de moitié moins abondante, que l'appétit est revenu, et que ses règles, qu'elle n'avait plus depuis sept mois, ont reparu.

Il est malheureusement très-rare, à la campagne, de soigner les phthisiques au début de leur maladie, de sorte que je n'ai pu, jusqu'à présent, prescrire cette solution dans les conditions que je crois nécessaires pour obtenir la guérison par la pétrification des tubercules.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 ars 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Microscopie. — M. Darssonval fait connaître une modification qu'il a apportée au maniement du microscope. Après avoir fait ressortir les inconvénients qu'il y a dans certains cas à se servir de la vis de la mise au point, il fait observer combien serait utile, en pareil cas, un procédé qui permettrait la mise au point sans que l'on eût à toucher ni à l'objet ni au microscope. Voici l'ingénieux procédé qu'il a imaginé dans ce but : on sait que si l'on regarde une pièce de monnaie au fond d'un vase, à travers une couche d'eau, cette pièce paraîtra plus rapprochée, ou plus éloignée suivant que la couche d'eau sera plus ou moins épaisse. Se basant sur ce fait, M. Darssonval a fait ajouter au niveau de la base du cône porte-objectif du microscope, une sorte de petit réservoir en caoutchouc que l'on remplit d'eau plus ou moins, au moyen d'un piston en forme de vis, analogue à celui des seringues de Pravaz. On obtient ainsi entre l'oculaire et l'objet une couche d'eau, plus ou moins épaisse qui éloigne ou rapproche l'objet. De cette façon, on peut donc changer la mise au point, sans toucher à aucune des parties du microscope, ni à l'objet lui-même. Cette modification est appelée à rendre de grands services dans la pratique du microscope.

Astigmatisme. — Optomètre. — M. Javal fait connaître en quelques mots ce que l'on entend par astigmatisme, et présente l'optomètre qu'il a fait construire en 1865 et qui permet de corriger cette anomalie de la réfraction.

Atrophie musculaire professionnelle. — M. Raymond rapporte l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, marbrier, qui, à l'âge de quatre ans, a eu le bras gauche brûlé et qui ne s'est jamais servi, pour son travail, que de son bras droit. Cet homme est atteint aujourd'hui d'une atrophie manifeste des muscles du bras droit. M. Vulpian, dans le service duquel se trouve ce malade, se demande si, dans ce cas, on ne doit pas incriminer la lésion du bras gauche. M. Raymond, à cette occasion, cite l'observation d'un blessé de Reichshoffen qui avait eu la jambe gauche fracassée par un éclat d'obus. Quelque temps après, cet homme présentait une atrophie manifeste des muscles de la jambe du côté opposé.

Du tubercule. — Identité de la tuberculose et de la pneumonie caséeuse. — M. Grancher rappelle que dans ses communications antérieures sur le même sujet (voy. *Gaz. des Hôp.*, nos 18, 21 et 24), il a décrit trois formes, ou mieux, trois états de tubercule, qui sont : 1° la granulation tuberculeuse embryonnaire ou jeune ; 2° la granulation tuberculeuse adulte, la seule qu'ait vue et décrite Virchow; 3° la granulation tuberculeuse vieille. Il en a fait connaître une quatrième forme, dans laquelle les cellules se développent le long de la gaîne des vaisseaux et à laquelle il donne le nom de forme infiltrée. Or, suivant lui, il y a parfaite identité de nature entre cette infiltration tuberculeuse qui suit la gaîne du vaisseau et la granulation tuberculeuse qui se développe dans un point limité, circonscrit. Il y a, entre ces différents états, une concomitance presque constante, en outre, c'est la même évolution dans le poumon, dans le péritoine, dans le testicule, etc. En résumé, le tubercule peut être infiltré ou nodulaire ; nodulaire, il peut être jeune, adulte ou vieux.

Ces données histologiques étaient nécessaires pour arriver à la connaissance de la véritable nature de la pneumonie caséeuse, ou mieux des pneumonies caséeuses. On sait que les médecins sont aujourd'hui encore divisés sur cette question ; les uns sont duallistes, les autres unicistes ; les premiers, qui admettent que la tuberculose et la pneumonie caséeuse sont deux choses absolument différentes, comme l'a écrit Virchow, ont à la fois tort et raison. Ils ont raison, dans ce sens que beaucoup d'individus meurent de pneumonie caséeuse sans présenter les granulations tuberculeuses visibles à l'œil nu, ou adultes, de Virchow. Mais ils ont tort, en ce sens que ces individus présentent tous les granulations tuberculeuses jeunes ou embryonnaires, que Virchow n'a pas vues. M. Grancher affirme, en effet, n'avoir jamais trouvé de pneumonies caséeuses sans y avoir constaté la présence de tubercules, le plus souvent de tubercules à l'état embryonnaire, quelquefois de tubercules à l'état infiltré. Dans beaucoup de cas aussi, il a trouvé les quatre états du tubercule, le jeune, l'adulte, le vieux et l'infiltré. Dans les cas où la pneumonie caséeuse a évolué rapidement, on ne trouve pas de vieilles granulations, ni même d'adultes, mais toujours on en trouve de jeunes ou d'embryonnaires. Il n'y a donc pas de pneumonie caséeuse sans tubercules.

M. Grancher a étudié l'évolution du tubercule dans les pneumonies caséeuses, et il a constaté que le tubercule occupait le même siége et présentait la même évolution dans la pneumonie caséeuse que dans la tuberculose proprement dite. Il croit donc pouvoir tirer de ses recherches les conclusions suivantes : 1° la granulation tuberculeuse de Virchow, sur laquelle on s'appuie pour différencier la tuberculose de la pneumonie caséeuse, n'est qu'un état ou un âge du tubercule; — 2° les pneumonies caséeuses peuvent être appelées des pneumonies tuberculeuses, parce qu'on y trouve toujours du tubercule au moins à l'état embryonnaire ou à l'état infiltré; — 3° le mode d'évolution du tubercule dans la pneumonie caséeuse est identique à celui de la granulation tuberculeuse dans la tuberculose elle-même.

M. Cornil voudrait que M. Grancher désignât d'un autre nom que celui de tuberculose infiltrée l'état particulier du tubercule qu'il a décrit, ce nom ayant servi jusqu'ici à désigner la pneumonie caséeuse. Il demande, en outre, à M. Grancher dans quel tissu, suivant lui, siégent exactement les éléments dont il vient de parler.

M. Grancher fait observer qu'il ne confond pas l'infiltration tuberculeuse de Laënnec avec le tubercule diffus ou infiltré qu'il a décrit et qu'il a cru devoir désigner de ce nom. Il répond, en outre, à M. Cornil que, suivant lui, c'est surtout dans les gaînes périlymphatiques et dans le tissu environnant ces gaînes, que se développent primitivement les cellules qu'il a figurées. Il y aurait simultanément, suivant lui, de l'endolymphangite et de la périlymphangite.

M. Charcot demande à M. Grancher quelle est, d'après lui, la caractéristique anatomique du tubercule miliaire du poumon. D'après un grand nombre de médecins, la tuberculisation pulmonaire peut se présenter sous deux formes principales : le tubercule miliaire et la pneumonie caséeuse; or y a-t-il réellement des différences entre ces deux états et quelles sont-elles?

M. GRANCHER répond qu'il y a entre ces deux états des différences et des analogies; il rappelle qu'il a montré qu'il se faisait simultanément un processus périvasculaire ou péribronchique et un processus épithélial intravasculaire; ce dernier semblerait dominer dans la pneumonie caséeuse, mais les deux processus se retrouvent toujours.

Quant au tubercule miliaire, à la granulation grise dont parle M. Charcot, les résultats de son examen histologique varient suivant que les coupes sont plus ou moins éloignées de la périphérie. On constate l'existence de plusieurs centres de développement; ce sont de petits nœuds ou nodules se fusionnant les uns avec les autres et arrivant à ne plus faire qu'une seule et même granulation tuberculeuse. Au centre, c'est l'aspect d'un canal presque complétement oblitéré; sur une coupe rapprochée de la périphérie, c'est l'aspect d'un nodule dans lequel il y a plus ou moins de tissu conjonctif. Enfin toute granulation tuberculeuse évolue en plein tissu pulmonaire, toujours autour d'un vaisseau, d'une bronche ou d'un alvéole.

M. CHARCOT dit qu'il semble résulter de ces recherches, ainsi que de celles de plusieurs savants étrangers, que la granulation tuberculeuse si nettement définie et différentiée de toute autre lésion par Virchow, tend à disparaître en tant que production spéciale. Reinfleisch lui-même, l'élève de Virchow, professe une opinion toute opposée à celle de son maître et semble revenir absolument à l'opinion de Laënnec. On arrive, en effet, à cette formule qu'il n'y a pas de pneumonie caséeuse sans tubercule. *(A suivre.)*

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 1er mars 1877, il a été déclaré 1032 décès, soit 29.0 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 3. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 25. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 48. — Pneumonie, 73. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7. — Dysenterie, 1. — Angine couenneuse, 32. — Croup, 32. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 274. — Affections chroniques, 430, dont 183 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 49. — Causes accidentelles, 31.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Nancy. — La question des hôpitaux de Nancy est actuellement l'objet d'un examen sérieux : l'affaire est sortie des cartons et semble entrer dans la voie de la discussion, sinon de l'exécution.

L'insuffisance des hôpitaux actuels est incontestée, mais les moyens d'y remédier sont encore l'objet de vives discussions.

Un projet demande la suppression des hôpitaux actuels, de Saint-Charles surtout, et la construction d'un nouvel hôpital conformément aux règles de l'hygiène. Un autre projet, plus en harmonie avec les ressources locales, propose l'agrandissement des hôpitaux actuels, en ajoutant à l'hôpital Saint-Charles actuel toute la portion de ce bâtiment occupée par la Congrégation des sœurs. L'hôpital de chirurgie de Saint-Léon serait aussi agrandi par de nouvelles constructions.

Il est regrettable que cette question des hôpitaux, question capitale pour le succès de la Faculté de médecine de Nancy, soit dominée par des considérations financières trop rigoureuses. Pour que la Faculté de médecine de Nancy conserve un rang honorable à côté des facultés anciennes et nouvelles, il nous semble indispensable qu'elle reçoive, pour ses cliniques, une installation aussi satisfaisante que celle de ses laboratoires. Tant que l'étudiant n'aura pas cette satisfaction, il ne viendra pas à Nancy, ou s'il y est attiré par l'enseignement des sciences accessoires, il quittera après une ou deux années d'études, une Faculté où l'on pourra faire des savants, mais pas des médecins.

Il faut à Nancy d'autres hôpitaux : l'hôpital Saint-Charles est un vieux bâtiment, mal situé. Hors la question d'emplacement qui est détestable, c'est, si l'on veut, comme organisation intérieure, un assez bon hôpital communal, mais ce n'est pas du tout un hôpital à ouvrir aux cliniques d'une Faculté de médecine.

L'hôpital Saint-Léon est, au contraire, bien situé, mais mal distribué : c'est un dépôt de mendicité transformé en hôpital de chirurgie, lors de l'installation de la Faculté en 1872. (Comme on a laissé échapper l'occasion de l'agrandir en achetant les terrains voisins, si on l'agrandit actuellement en construisant sur ses beaux jardins, on lui ôtera son seul avantage.)

En un mot, l'avenir de la Faculté nous semble lié d'une façon absolue à la future installation de ses hôpitaux : il n'y a pas à économiser les centaines de mille francs, il y a à trancher une question de vie ou de mort.

De la Contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu, par le docteur BEZ. — In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'Exploration de la sensibilité acoustique au moyen du tube inter-auriculaire, par le docteur GELLÉ. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 28 — JEUDI 8 MARS 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 8 MARS 1877. — N° 28

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a ouvert hier sa séance par une élection. Il s'agissait de nommer un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement du regrettable M. Béhier. Les membres en ligne étaient MM. Lancereaux, Parrot, Cornil, Hayem et Voisin ; deux d'entre eux représentant le présent, les autres l'avenir. La lutte, comme on devait le prévoir, s'est engagée entre MM. Parrot et Lancereaux. Le nom seul de ces deux candidats rappelle à l'esprit des travaux et des titres également recommandables. Cependant, si l'on prend au sérieux les titres des sections et la spécialité des travaux qui leur sont dévolus, on ne peut s'empêcher de reconnaître que celui de ces deux honorables compétiteurs qui a pu mettre dans l'un des plateaux de la balance les innombrables communications consignées dans les comptes rendus de la Société anatomique et de la Société de biologie, l'*Atlas d'anatomie pathologique* et le *Traité d'anatomie pathologique générale*, actuellement en voie de publication, devait faire pencher le fléau de son côté. C'est effectivement ce qui a eu lieu. Le succès, il est vrai, a été vivement disputé, et le vaincu s'est maintenu tout le long du scrutin bien près du vainqueur. Mais la victoire n'en sera que d'autant plus appréciée qu'elle aura été plus chèrement achetée. Nous ne dissimulerons pas, au risque de paraître aujourd'hui saluer un soleil levant, les vœux que nous faisions *in petto* pour M. Lancereaux, et la satisfaction que nous avons éprouvée en l'entendant proclamer élu.

Aussitôt l'œuvre du scrutin terminée, M. Bouley est descendu de son siége présidentiel à la tribune, pour répondre à l'argumentation de M. Guéneau de Mussy sur la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde. L'affaire paraît devoir s'engager sur toute la ligne. Plusieurs membres, notamment MM. Guéneau de Mussy, J. Guérin, Bouchardat, Jaccoud, sont inscrits pour la séance prochaine et les séances suivantes. Nous n'avons pas besoin de dire avec quel intérêt nous continuerons à suivre cette discussion, sur un point d'étiologie aussi important, porté, croyons-nous, pour la première fois, à la barre de l'Académie.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la sclérodermie.

I

Je vais examiner avec vous, aujourd'hui, deux malades atteintes d'une affection analogue, rare, intéressante à étudier, et tellement caractéristique que, lorsqu'on en a vu un ou deux exemples, ils se gravent dans la mémoire, et qu'on reconnaît facilement la maladie quand on la rencontre plus tard.

La première est une femme du dehors, qui se porte bien d'ailleurs, dont les fonctions générales ne sont nullement troublées, mais dont la vie a été tourmentée par des chagrins et des peines domestiques. Il y a deux ans, elle a vu apparaître aux membres inférieurs quelques plaques qui présentent un aspect spécial, et sur lesquelles je veux aujourd'hui appeler votre attention.

Parmi ces plaques il en est une située au-devant du tibia, à la partie inférieure de la jambe, d'une coloration blanche, semblable à une cicatrice, tout à fait dure, d'une consistance analogue à du cuir, et au niveau de laquelle la peau est tellement rétractée, qu'il est impossible de la pincer entre les doigts. Au milieu de cette plaque blanche, on trouve une saillie légère constituée par une croûte, résultant d'un épiphénomène, d'une éruption semi-bulleuse, qui est survenue il y a quelques jours. A côté, il existe des taches violacées, bien tranchées, qui semblent être déterminées par une gêne dans la circulation capillaire et qui disparaissent sous la pression du doigt, pour se reproduire immédiatement après.

D'autres plaques blanches s'observent encore chez cette femme, plus caractéristiques que la précédente, car elles ne présentent pas cette légère saillie dont je viens de vous parler qui, à titre de complication est venue s'ajouter à la maladie. C'est ainsi que vous pouvez en voir une sur la cuisse, une autre sous le jarret, où l'on remarque encore cette surface dure, réticulée, ressemblant à une cicatrice, et au niveau de laquelle la peau est dure et rétractée.

D'autre part, à la partie antérieure du cou, on constate l'existence d'une sorte de taches érythémateuses, rouges, un peu saillantes, tandis que les autres étaient déprimées, mais qui ne sont qu'un degré moins avancé de la même maladie. Peu à peu, en effet, la rougeur, la petite saillie qui les caractérisent, s'effacent et font place à la décoloration et à l'induration de la peau que l'on observe dans les plaques.

Le membre inférieur gauche présente également quelques lésions, mais à un degré moins avancé que le droit. On y re-

marque seulement ces mêmes taches initiales, caractérisées pas un peu de rougeur et un commencement d'induration de la peau.

Ces lésions ne s'accompagnent d'ailleurs d'aucune espèce de douleurs ni de démangeaisons. C'est à peine si elles donnent lieu à quelques élancements. De plus, la sensibilité naturelle de la peau est conservée; les fonctions générales s'accomplissent régulièrement : la malade est seulement un peu faible. Enfin, on ne trouve rien aux mains et l'on ne constate aucune espèce d'altération de la peau sur le corps.

A côté de cette femme, il est une autre malade qui semble différer énormément de la première, mais que cependant on peut en rapprocher. Elle est âgée de trente ans et fait remonter le début de sa maladie à une époque très-éloignée. A l'âge de sept ans elle a eu, dit-elle, mal aux doigts. A plusieurs reprises, elle a eu des espèces de tournioles. Peu à peu, après de longues années, les extrémités digitales ont présenté une déformation particulière. Elles se sont atrophiées et, depuis quelques années, elles présentent la difformité suivante : tout d'abord, la main offre une coloration spéciale violacée, encore plus marquée l'hiver; de plus, la peau semble collée sur les os, le tissu intermédiaire paraît avoir disparu, et cette adhérence est telle, cette absence de pannicule graisseux est si complète, qu'il est impossible de saisir les téguments entre les doigts.

Mais l'altération la plus singulière réside dans la dernière phalange des doigts, laquelle s'est presque complétement résorbée. Il y a eu là non pas un travail d'ulcération, non pas une gangrène des extrémités, mais une véritable atrophie, une véritable résorption spontanée. En même temps, les ongles ont pris part à cette atrophie spontanée, et successivement ils ont perdu les 4/5, les 1/6 de leur longueur. Ils n'existent plus qu'à l'état rudimentaire; comparables à l'ongle du petit orteil chez certaines personnes. Enfin, la peau de ces phalanges est anémiée et adhérente aux os.

D'autre part, il existe au petit doigt une altération toute particulière, toute spéciale. Le doigt est tout à fait crochu, et cette déformation est due à ce que la dernière phalange est fléchie d'une manière absolue sur la seconde. Il en résulte une courbure absolument analogue à celle que l'on remarque sur certaines sondes dites sondes à béquilles. Cette déformation du doigt, qui existe depuis deux ans, est due non pas à la fusion des os les uns avec les autres, mais à une fausse ankylose déterminée par la rétraction permanente des ligaments. C'est là une disposition particulière et qu'on ne rencontre guère que dans l'affection que nous avons sous les yeux. Avec cela pas de douleurs; à peine, de temps en temps, quelques engourdissements, quelques élancements dans les mains.

Quant à l'état général de cette femme, il est bon; les diverses fonctions de l'économie s'accomplissent régulièrement, elle mange bien, elle est bien réglée, elle ne tousse pas, et la seule chose à noter chez elle, en dehors des lésions que nous venons d'examiner, c'est l'existence sur différentes parties du corps, aux membres supérieurs, au ventre, au cou, de taches brunes, bronzées, qui rappellent tout à fait celle que l'on rencontre dans certains cas d'éléphantiasis des Grecs, et qui caractérisent parfois la maladie dont elle est affectée. D'un autre côté, il y a eu, en ces points, persistance complète de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la douleur; on ne note ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Enfin, je vous ferai encore remarquer, sur le visage, l'existence de quelques taches violacées, disparaissant sous le doigt que l'on constate à la paume des mains, et sur lesquelles j'ai déjà appelé votre attention à propos de la malade précédente.

Si, au premier abord, cette femme ne ressemble pas beaucoup à celle dont je vous ai entretenus au début de cette leçon, toutes deux, cependant, sont atteintes d'une même affection que l'on a désignée sous le nom de *sclérodermie*.

La sclérodermie n'est connue que depuis un nombre d'années assez restreint. C'est en 1845 seulement que Thiriat a appelé l'attention des médecins sur cette maladie, en publiant deux observations d'une affection qu'il a nommée sclérème des adultes, la comparant à une affection semblable que l'on rencontre quelquefois chez les nouveau-nés. Les deux malades dont il a rapporté l'histoire présentaient, en différentes parties du corps, une altération particulière de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Peu de temps après, Grisolle rencontra également une malade atteinte de la même affection. Il la décrivit, et d'après ses descriptions, Forget (de Strasbourg) se rappelle avoir vu une malade semblable, dont il rapporte de mémoire l'observation, et pour laquelle il proposa le nom de *chorionidis*, la lésion lui paraissant consister dans une inflammation du derme ou chorion.

Deux ans après, Gintrac (de Bordeaux) publia quatre observations du même genre, dont deux lui étaient personnelles, et les deux autres empruntées à la pratique d'un médecin italien. Il tenta d'en faire l'histoire en les rapprochant de cas semblables signalés par Thiriat et Grisolle, et proposa, à cause de la dureté de la peau qui caractérise cette affection, de la désigner sous le nom de *sclérodermie*.

A partir de ce moment, un assez grand nombre de faits de même nature furent rapportés par différents auteurs. En 1847, en même temps que Grisolle à Paris, Castagna (de Nancy) signalait, avec cette induration particulière de la peau, l'existence de ces taches dont je vous ai entretenus au sujet de ces malades.

En 1861, M. Lasègue publia, dans les *Archives de médecine* le récit de différentes observations rapportées en Allemagne. Enfin, en 1865, M. Horteloup fit sa thèse inaugurale sur ce sujet et réunit vingt-sept observations, d'après lesquelles il fit une excellente histoire de la sclérodermie.

Depuis cette époque, de nouvelles recherches furent entreprises en Allemagne, en Angleterre et en France. La Société de biologie à laquelle MM. Ball et Liouville eurent occasion de présenter plusieurs malades, contribua surtout à édifier l'histoire de la sclérodermie. Enfin, des faits semblables furent encore signalés par M. Charcot et par M. Vulpian qui, de plus, eut l'occasion de faire l'autopsie d'un individu atteint de cette maladie.

Mais, en lisant ces observations et en tenant compte des cas de sclérodermie que l'on a étudiés soi-même, on remarque que les auteurs ont confondu ensemble plusieurs types différents de cette affection. D'après les divers aspects que les malades présentent, on peut en effet établir trois variétés de sclérodermie : la première, caractérisée surtout par le gonflement et l'induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, que j'appellerai la sclérodermie œdémateuse; la seconde ayant pour caractère spécial les plaques dures, semblables à des cicatrices que je vous ai signalées chez notre première malade, que j'appellerai la sclérodermie en plaques; la troisième enfin, sclérodermie des extrémités, que l'on observe surtout aux mains, rarement aux extrémités inférieures, et dont ma seconde malade nous offre un exemple. Il est évident, en effet, que, comparées les unes aux autres, ces trois

variétés présentent de grandes différences et constituent trois types distincts de la même affection.

Je n'entreprendrai pas de vous faire, en détail, l'histoire de ces trois groupes morbides, je me contenterai seulement de vous signaler les traits principaux, en m'appuyant sur les faits que j'ai moi-même observés.

La première variété, *sclérodermie œdémateuse* est, comme je vous le disais, caractérisée non-seulement par une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais encore par un peu de gonflement, sorte d'œdème dur, dans lequel au lieu de la mollesse que détermine la sérosité, on trouve une résistance des téguments telle, que le doigt n'y détermine aucune empreinte par la pression. Dans ces cas, en effet, la peau est tellement tendue, que les parties du corps affectées de cet œdème offrent une consistance pierreuse, il est impossible de les saisir entre les doigts, et, si on cherche à y exercer une pression, on éprouve la même sensation que si l'on avait affaire à une statue de marbre, de plâtre ou de carton-pierre. J'ajouterai que, dans les régions du corps ainsi affectées, la sensibilité est normale et qu'elle n'est ni augmentée ni diminuée.

Chez une dame libre, à laquelle j'ai donné mes soins l'année dernière et qui présentait une sclérodermie, pour ainsi dire généralisée à toutes les parties du corps excepté à la face, le gonflement était plus marqué le soir après la marche, comme cela s'observe dans l'œdème véritable. Mais cet œdème avait tous les caractères de la sclérodermie : la tension, la dureté et surtout la consistance pierreuse que je vous ai signalées plus haut.

Ce sclérème œdémateux est quelquefois localisé tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux membres inférieurs, mais aussi il peut être général et envahir tout le tronc et les membres. Chez la dame que je vous ai citée, l'œdème était universel et n'avait respecté que la face. Chez elle les seins avaient une consistance toute spéciale ; il semblait, en les pressant, que l'on eût affaire à un ballon de caoutchouc complétement distendu, que la peau fut soufflée et distendue par de l'air. Outre cela, de chaque côté, il existait une saillie considérablement dure, déterminée par un repli de la peau et existant d'une façon symétrique à droite et à gauche. Cette malade, qui resta soumise à mon observation pendant plusieurs mois, était dans cet état depuis un an.

Cette variété qui a une ressemblance très-grande avec l'œdème ordinaire, peut être considéré comme un œdème dur, et a un très-grand rapport avec le sclérème des nouveau-nés. Enfin, elle ne s'accompagne jamais de ces taches pigmentaires ou vasculaires dont je vous ai signalé l'existence sur les mains et la figure de notre première malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Salins pour l'année 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Regnier, relatif à des appareils orthopédiques destinés à combattre la lordose. (Accepté.)

2° Un mémoire pour le concours du prix Capuron, intitulé : *du Chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.* (Commission du prix Capuron.)

3° Une lettre de M. Brenier (de Mons), accompagnant l'envoi d'une brochure sur les égouts de la ville de Mons.

4° Une note de M. le docteur Champouillon sur l'absorption des eaux minérales par la peau.

5° Une lettre de M. Germond de Lavigne, secrétaire général de l'Association contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, accompagnant l'envoi du *Bulletin* de la neuvième année de cette association. M. Germond de Lavigne rappelle à l'Académie que l'association s'est développée sous les auspices d'une partie des membres de la savante compagnie, et qu'elle est restée active et vivante sous cet honorable patronage.

6° Une lettre de Mme veuve Buignet qui, pour honorer la mémoire de son mari, et désirant perpétuer son souvenir, offre à l'Académie un titre de rente de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel, qui portera le nom de prix Henri Buignet, et qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales.

PRÉSENTATIONS

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. le docteur de Ranse, une brochure intitulée : *Organisation de l'assistance médicale dans les campagnes.*

Voici les conclusions de ce travail :

En résumé et pour conclure, trois grands principes nous semblent devoir présider à l'organisation de l'assistance médicale, ce sont :

1° Au point de vue général et social, l'obligation légale de l'assistance des pauvres ;

2° Au point de vue des ressources à créer, la mutualité entre les communes ;

3° Au point de vue du perfectionnement de l'œuvre et des intérêts moraux qu'elle doit sauvegarder, la liberté du malade, la liberté du médecin.

M. CHAUFFARD offre à l'Académie, au nom de M. René Briau, un ouvrage intitulé : *l'Archiâtrie romaine, ou la médecine officielle dans l'empire romain.*

Ce nouveau travail, dit M. Chauffard, fait suite aux précédentes études publiées par M. René Briau sur l'organisation de la profession médicale à Rome et dans l'empire romain. Cette partie nouvelle, jointe aux deux autres du service de santé militaire et de l'assistance médicale chez les Romains, rentrera dans un grand ouvrage : *Histoire de la profession médicale dans l'antiquité*, que publiera prochainement M. Briau.

M. ROGER présente, de la part de M. Lediberder, une note sur la nature et le traitement des gerçures du mamelon.

M. LARREY présente, au nom de M. Gaujot, une brochure intitulée : *Examen des maladies de l'oreille au point de vue du service militaire*.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Béhier, décédé.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Lancereaux.

En deuxième ligne, M. Parrot.

En troisième ligne, M. Cornil.

En quatrième ligne *ex æquo*, MM. Hayem et Voisin.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 82, la majorité de 42, M. Lancereaux obtient 41 suffrages, M. Parrot 38, M. Cornil 2 et M. Voisin 1. Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède au second tour de scrutin.

Au second tour, nombre de votants 81, majorité 41.

M. Lancereaux obtient 41 suffrages, M. Parrot 39.

En conséquence, M. Lancereaux est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. BOULEY répond d'abord aux attaques dont ont été l'objet, de la part de M. Guéneau de Mussy, les observations qui ont accompagné

la présentation qu'il a faite à l'Académie, des documents relatifs à l'assainissement de la Seine. M. Guéneau de Mussy, suivant lui, lui aurait prêté des pensées et des paroles qui n'étaient pas les siennes, et M. Bouley tient à rétablir les faits : d'après la doctrine admise par M. Guéneau de Mussy, les eaux d'égouts seraient contagieuses, et ces propriétés contagieuses, qu'elles devraient aux matières morbides dont elles sont le réceptacle, se traduiraient par des effets démontrés sur les personnes exposées à leurs émanations. A cette doctrine, M. Bouley a opposé des faits qui paraissaient lui être contradictoires; il a dit qu'en général la santé des ouvriers égoutiers et vidangeurs était bonne, et que dans les cas d'épidémie contagieuse on ne voyait pas les cas morbides, se rattachant aux épidémies régnantes, se multiplier parmi eux, proportionnellement à l'intensité accrue de l'influence des émanations des eaux d'égouts et des fosses d'aisance, dans lesquelles les matières contagieuses se trouvaient à ce moment accumulées en plus grande quantité. M. Bouley a dit aussi que malgré la fréquence des promenades dans les grandes galeries des égouts de Paris, on n'avait pas remarqué que ces promenades eussent eu des conséquences fâcheuses sur les personnes du monde, c'est-à-dire sans accoutumance, qui n'avaient pas craint de s'exposer aux émanations des eaux impures des égouts.

M. Guéneau de Mussy a transformé ces simples paroles en dithyrambe en l'honneur des égoutiers, et a été jusqu'à donner à penser que M. Bouley n'était pas loin de conseiller, comme moyen hygiénique, l'inhalation de ce qui se dégage des égouts.

M. Bouley se gardera d'imiter son honorable contradicteur, et c'est par d'autres moyens qu'il espère démontrer à l'Académie que la doctrine admise par M. Guéneau de Mussy laisse, en dehors d'elle, des faits qui la contrarient, et que la preuve n'est pas donnée que cette doctrine est vraie.

J'avais dit, ajoute M. Bouley, que, dans les choses d'observation, nous nous laissions volontiers aller à donner nos inductions pour des preuves, et non pas nos déductions, comme M. Guéneau de Mussy me le fait dire à plusieurs reprises. Sa doctrine est, en effet, toute inductive.

Comment, en effet, a-t-on procédé pour admettre que les égouts étaient la voie de la contagion dans tel ou tel cas? On est parti de cette prémisse : les eaux d'égout sont chargées de matières morbides qui proviennent des maisons où existent des malades, et, par induction on a été amené à admettre que ces matières pouvaient transmettre la maladie. On a pris surtout en considération, les faits confirmatifs mais les faits infirmatifs en a-t-on tenu compte? Une théorie étiologique ne peut être acceptée qu'autant qu'elle montre la cause admise toujours fidèle à elle-même, ou que, lorsque cette cause parait infidèle, on donne l'explication de ce qui est contradictoire avec la théorie.

Poursuivant cet ordre d'idées, M. Bouley cite plusieurs exemples et montre plusieurs faits en contradiction avec la théorie admise par M. Guéneau de Mussy. Voici, par exemple, une caserne où règne la fièvre typhoïde ; l'égout collecteur passe dans son voisinage. Bien, mais pourquoi le long de son parcours y a-t-il des maisons qui sont épargnées? D'autre part, si les émanations des égouts sont nuisibles, cette action même doit se manifester d'autant plus que les conditions de son intensité sont plus grandes. Or, a-t-on constaté que c'était dans les maisons situées au-dessus des bouches d'égout que les cas morbides se manifestaient d'abord et se multipliaient de préférence?

M. Bouley a trouvé dans Murchison lui-même, sur lequel s'appuie particulièrement M. Guéneau de Mussy, une opinion tout à fait opposée à celle qu'il lui a prêtée. Si les égouts, dit M. Murchison, devaient être regardés comme le véhicule de la transmission, par les déjections typhoïdes, on devait s'attendre à ce que la fièvre sévît particulièrement dans les maisons qui communiquaient le plus librement avec les égouts publics. Cependant, c'est le contraire qu'on observe souvent. Murchison, reprend M. Bouley, n'incrimine donc pas, comme M. Guéneau de Mussy l'a cru, les systèmes bien organisés de drainage des grandes villes, que représentent les égouts, mais seulement les cloaques où s'accumulent les matières organiques. Il y a loin de cette manière de voir à celle que M. Guéneau de Mussy attribue à Murchison. Loin que la communication des maisons avec les égouts soit dangereuse, elle serait, d'après Murchison, la condition de leur assainissement. Plus les égouts sont grands, plus ils sont sains, en raison de la plus grande mas e d'eau qui y circule, de la rapidité plus grande de son cours et de la facilité plus grande aussi de son curage.

Rien ne semble donc justifier l'induction qui fait du voisinage du grand collecteur un voisinage nuisible.

Quant aux émanations qui s'échappent des bouches d'égout, M. Bouley ne croit pas qu'elles soient aussi nuisibles que désagréables. Murchison proteste contre cette manière de voir. Les maisons situées au voisinage des bouches d'égout protestent par ce fait que les cas de maladies épidémiques et contagieuses n'y sont pas plus nombreux qu'ailleurs. Enfin les égoutiers protestent, eux aussi, par ce fait que, dans les temps d'épidémies contagieuses, le nombre des cas de la maladie régnante ne se développe pas, chez eux, dans une plus grande proportion.

Contre ces faits, ajoute M. Bouley, que peut le persiflage? Sans doute, comme le montre M. Guéneau de Mussy par des chiffres empruntés à une statistique anglaise, il y a des égoutiers qui contractent la fièvre typhoïde. Pour être un égoutier, on n'en est pas moins homme, et ils peuvent tomber malades de cette maladie, tout comme dans les autres professions; mais les contractent-ils plus que les autres ouvriers et proportionnellement avec l'accumulation dans les eaux d'égout d'une plus grande quantité de matières morbides, voilà ce que demande M. Bouley. A cela, M. Guéneau de Mussy répond, avec quelque peu de subtilité, que les égoutiers ont une grâce d'état qu'ils doivent à l'accoutumance. Mais s'il était conséquent avec lui-même, c'est lui qui devrait maintenant conseiller, de temps à autre, une promenade hygiénique dans les égouts. Qui sait, en outre, si ce n'est pas à cette action lente, graduelle du poison des égouts, diffusé dans l'air de Paris, que les habitants de cette ville doivent d'être moins exposés aux atteintes de la fièvre typhoïde que les nouveaux venus? M. Bouley soumet à M. Guéneau de Mussy cette manière de voir, conforme à sa doctrine.

Si les eaux d'égouts sont chargées des agents morbides en pleine activité et susceptibles de se répandre dans l'air, comment l'épandage aujourd'hui si employé de ces eaux n'est-il pas suivi, dans les localités où on l'opère, de la manifestation des maladies régnantes dans les villes?

M. Bouley signale, dans la communication de M. Guéneau de Mussy, une confusion entre deux choses qui ne doivent pas être confondues : que la Seine soit infectée par les eaux d'égout, qu'elle soit transformée en une sorte de marécage, dans une certaine partie de son parcours; qu'il se dégage du limon de ses rives des effluves nuisibles, cela n'est pas douteux, et c'est à prévenir cet envasement et cette souillure de la Seine que tendent actuellement tous les efforts. Mais ces faits sont d'un autre ordre que les faits de contagion par les émanations des eaux d'égout.

Si les eaux d'égout laissent dégager incessamment des vapeurs contagieuses, en proportion de l'intensité des maladies contagieuses régnantes, les habitants des maisons riveraines, des canaux, dans les villes de Hollande, doivent être exposés beaucoup plus que les autres à contracter ces maladies, car les canaux de ces villes leur servent d'égouts. Les observations faites dans ces villes sont-elles confirmatives de la doctrine? Invoquera-t-on l'accoutumance? C'est elle aussi, sans doute, qui met à l'abri de la contagion les milliers d'habitants de Paris qui, les jours des grandes fêtes de Versailles, vont assister au merveilleux spectacle du jeu de ses eaux, qui sont puisées dans la Seine, par la machine de Marly.

Ces faits, comme on le voit, contrarient absolument la théorie admise par M. Guéneau de Mussy. Or, si la démonstration n'est pas faite de l'action contagieuse des émanations des égouts, ne doit-on pas s'abstenir d'affirmations aussi graves que celles que l'on formule, et a-t-on le droit de dire que le noir torrent qui coule à nos pieds laisse incessamment dégager des vapeurs chargées de principes contagieux qui font irruption par toutes les bouches des égouts?

C'est l'induction qui a conduit à cette théorie ; mais l'induction peut de même autoriser une opiniontoute opposée. Que se passe-t-il dans les eaux d'égout? Une fermentation plus ou moins active, dont le résultat est le retour de la matière organique à l'état minéral.

Or, l'expérience témoigne que la putréfaction est une condition d'extinction de l'activité virulente dans les matières organiques. Les exhalaisons des bouches d'égout pourraient donc être moins dangereuses, au point de vue de la contagion, quand elles sont très-fétides, parce que cette fétidité implique un travail de fermentation plus actif.

Pourquoi, dit M. Bouley, ne pas demander à l'expérimentation des éclaircissements sur cette question de la contagiosité des eaux d'égout?

Il rappelle, à cette occasion, les résultats qu'il a obtenus après le siége de Paris; les fumiers accumulés dans les cours des abattoirs furent infectés par leur mélange avec ceux qui provenaient des animaux affectés de la peste bovine: que faire de ces fumiers? Si on autorisait leur transport, n'allaient-ils pas devenir les instruments de la diffusion de la peste dans toutes les directions où ils seraient charriés? L'induction conduisit M. Bouley à admettre que la fermentation intérieure des fumiers devait être la condition de leur complet assainissement, au point de vue de la contagion, et cette induction a été confirmée par l'expérimentation. Des débris d'animal morveux enfouis dans un tas de fumier dont la température peut s'élever jusqu'à 70 degrés, y subissent une véritable coction et deviennent complétement inertes au point de vue de la contagion.

De même, pour les fosses d'aisances, la fermentation dont elles sont le siége n'est-elle pas, comme pour les premiers, la condition de l'assainissement des matières de ces fosses au point de vue de la contagion? L'immunité relative des ouvriers vidangeurs à l'endroit des contagions plaide en faveur de la solution affirmative de cette question. Il en est de même de la pratique agricole des pays flamands, qui consiste à répandre l'engrais humain en nature sur les champs.

M. Bouley voudrait que l'on fît marcher de pair l'observation et l'expérimentation; ce serait, suivant lui, le plus sûr moyen d'arriver à la découverte et à la démonstration de la vérité.

Il fait observer, en terminant, que ce n'est pas au moment où se pose, devant l'opinion publique, la question si grave de l'assainissement de la Seine, qu'il convient de formuler des affirmations trop absolues, quand on n'a pas tous les éléments de la preuve.

Au point de vue complexe de l'hygiène, de l'esthétique même et de la valeur des propriétés en aval de la Seine, rien n'est plus déplorable que l'état actuel. Il est urgent d'y remédier, et le seul moyen, moyen pratique, sûr, efficace, et qui sûrement deviendra économique, c'est de faire passer les eaux impures par le sol avant de les restituer au fleuve. Le sol fonctionne, non-seulement comme filtre, mais aussi comme comburant des matières organiques solubles. De fait, les eaux de source ne doivent leur pureté proverbiale qu'à cette double action filtrante et combnrante du sol. Mais pour faire filtrer les eaux d'égout de Paris par le sol, il faut une grande étendue de terrain. La presqu'île de Gennevilliers ne présente pas une étendue suffisante. Il faut gagner une autre étape qui, d'après l'avant-projet présenté par la Ville, serait la presqu'île de Saint-Germain; mais il faut y conduire les eaux: là se rencontrent des résistances de deux ordres, celles de la nature, faciles à surmonter avec l'art des ingénieurs et les finances de la Ville, celles de l'opinion publique, celles-là vraiment difficiles à vaincre.

Les eaux d'égout, dit en terminant M. Bouley, sont par elles-mêmes un assez grand embarras, sans qu'on vienne augmenter les difficultés de la situation, par des affirmations qui ne sont pas suffisamment autorisées par les faits. et qui n'ont pas été soumises au contrôle de l'expérimentation, dans la mesure où elle est possible. Gardons-nous de jeter la terreur dans les esprits, sans y être autorisés par des preuves certaines, et d'augmenter ainsi les difficultés que l'on éprouve à conduire à bonne fin la grande entreprise, si utile pour tous, à tous les points de vue, de l'assainissement de la Seine.

M. GUÉNEAU DE MUSSY se défend de l'intention de persiflage que lui a prêtée M. Bouley. Il a seulement répondu à l'accusation que M. Bouley avait portée contre lui *ex cathedrâ*.

Relativement aux égoutiers, M. Bouley a singulièrement modifié les premières paroles qu'il a prononcées; M. Guéneau de Mussy en appelle, à ce sujet, au témoignage de tous ceux de ses collègues qui ont entendu sa première communication. Il fait observer, en outre, que M. Bouley a complétement dénaturé plusieurs de ses opinions. Il se contente aujourd'hui de cette simple protestation, se réservant de lui répondre ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 mars 1877 (1). — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Suc gastrique. — M. CHARLES RICHET a étudié les propriétés du suc gastrique humain sur le malade que M. Verneuil a opéré de la gastrostomie. Sur ce malade, l'œsophage est imperméable, et les liquides salivaires ne peuvent parvenir dans l'estomac.

Les principales conclusions des expériences de M. Richet sont les suivantes:

1° L'acidité du suc gastrique soit pur, soit mélangé aux aliments, est, en moyenne, équivalente à 1 gr. 7 d'acide chlorhydrique pour 1,000 grammes de liquide.

2° L'acidité augmente légèrement à la fin de la digestion, elle est indépendante de la quantité de liquide contenue dans l'estomac. Le vin et l'alcool l'augmentent. Le sucre de canne la diminue.

3° Si on injecte des aliments acides ou alcalins, le suc gastrique tend à reprendre son acidité normale.

4° La durée moyenne de la digestion est de trois heures à quatre heures et demie au plus. Les aliments ne disparaissent pas successivement, mais *en bloc*, pour ainsi dire, comme si le pylore attendait pour s'ouvrir que la masse digérable ait atteint un certain état physique et chimique.

5° Quatre analyses faites par la méthode de Schmidt, modifiée, ont démontré qu'il existe de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique.

6° Par une méthode précise, on peut extraire tout l'acide lactique contenu dans l'estomac, et démontrer qu'il y a une partie d'acide lactique pour neuf parties d'acide chlorhydrique.

7° D'après la méthode de M. Berthelot, c'est-à-dire l'agitation avec l'éther anhydre et dépourvu d'alcool, on peut démontrer que l'acide lactique est libre dans le suc gastrique, soit pur, soit mélangé aux aliments.

8° La question si longtemps controversée de la nature de l'acide libre dans le suc gastrique, semble donc à peu près résolue, et on peut dire que sur 1,000 grammes de suc gastrique, il y a 1 gr. 53 d'acide chlorhydrique, et 0 gr. 43 d'acide lactique.

Ce travail a été fait au laboratoire de M. Berthelot au Collége de France.

Lymphangite cancéreuse du poumon. — M. CORNIL communique le résultat de deux cas de propagation du cancer au poumon par les lymphatiques.

Il y a trois ans, MM. Raynaud et Troisier ont publié des faits de lymphangites pulmonaires dans le cas de cancer de l'estomac, et M. Cornil a publié (Société médicale des hôpitaux, séance du 22 mai 1874) un cas de lymphangite semblable, chez un syphilitique atteint de gommes syphilitiques de l'estomac. Il s'agissait dans ces faits de lymphangites chroniques caractérisées par le remplissage et la distension considérable des vaisseaux lymphatiques par une production de cellules endothéliales et de corpuscules lymphatiques, éléments qui, au centre des vaisseaux, subissaient une dégénérescence caséeuse. Les observations sur lesquelles M. Cornil attire l'attention de la société diffèrent de ces derniers à plusieurs égards.

Dans l'une, il n'y avait dans tout le poumon qu'un seul nodule cancéreux récent, saillant à la surface de la plèvre. Les sections de ce nodule, examinées au microscope, montraient les alvéoles pulmonaires complétement remplies de grandes cellules épithéliales à forme variée, à prolongements, pourvues de gros noyaux ovoïdes et de nucléoles volumineux, comme cela a lieu dans le cancer pulmonaire. La plèvre présentait à ce niveau un vaisseau lymphatique ex-

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 mars.

trêmement distendu, qui contenait dans son intérieur des cellules endothéliales, de la fibrine et des corpuscules lymphatiques. Dans une cloison interalvéolaire placée à la limite du nodule cancéreux, il y avait aussi des vaisseaux lymphatiques dont la lumière était remplie par des cellules endothéliales unies par un coagulum fibrineux.

Dans la seconde observation, à la suite d'un cancer du foie, les lymphatiques de tout le lobe inférieur du poumon droit étaient remplis et distendus par un liquide laiteux semblable par ses caractères à l'œil nu, au suc cancéreux. Les éléments de ce liquide examinés à l'état frais, montraient de grandes cellules épithéliales, à noyau ovoïde volumineux, à gros nucléoles, éléments très-caractéristiques, libres dans un liquide et donnant au microscope tous les caractères du suc cancéreux. Il y avait là non plus une lymphangite, comme dans les faits rappelés précédemment, mais un remplissage complet des vaisseaux lymphatiques par le cancer. Les vaisseaux de la surface comme ceux de la profondeur étaient également altérés, depuis la racine du poumon jusqu'à la plèvre. Certaines parties de ce lobe étaient tout à fait infiltrées par le carcinome. Dans d'autres points les vaisseaux lymphatiques seuls étaient atteints.

Les sections pratiquées en différents points permettaient de voir très-bien la disposition des vaisseaux lymphatiques remplis ainsi par cette masse de grosses cellules.

Autour des grosses bronches et des vaisseaux sanguins qui les accompagnent, on avait un réseau très-riche de lymphatiques injectés. Ainsi, sur une section comprenant une moitié de la circonférence d'une veine pulmonaire, la membrane adventice de la veine montrait une dizaine de sections de lymphatiques. Ces vaisseaux, situés dans la membrane externe de la veine, étaient entourés de vaisseaux sanguins (*vasa vasorum*) remplis de sang. Des alvéoles pulmonaires contigus à la veine, les uns étaient normaux, les autres présentaient quelques cellules endothéliales gonflées et détachées et des cellules lymphatiques. Il en était de même des sections des artères entourées partout de plusieurs sections de vaisseaux lymphatiques.

Les vaisseaux plus petits montraient toujours autour d'eux plusieurs sections de lymphatiques remplis. Ainsi sur la coupe du poumon, dans les sections comprenant une bronche microscopique, une artériole et une veine, la paroi externe de la veine et de l'artère présentait deux, trois ou un plus grand nombre de sections de lymphatiques distendus, le tissu conjonctif péribronchique en montrait de même une ou plusieurs. Cependant ces vaisseaux lymphatiques forment un réseau moins riche autour des bronches qu'autour des artères et des veines. Les alvéoles voisins étaient le plus souvent intacts ou montraient simplement quelques cellules épithéliales gonflées et desquamées.

Dans la plèvre, les vaisseaux lymphatiques atteints étaient situés surtout dans la couche profonde de cette membrane, au voisinage des alvéoles pulmonaires.

Souvent, en même temps que les grandes cellules, le contenu des vaisseaux lymphatiques présente des globules rouges de sang épanchés en quantité plus ou moins considérable. C'est là un fait commun à toutes les altérations inflammatoires et au cancer des lymphatiques : il s'explique par la nature de leur paroi et par la disposition des vaisseaux sanguins. La paroi, en effet, ne paraît pas isolable et n'est autre que le tissu conjonctif voisin revêtu d'une couche d'endothélium ; de plus, lorsqu'on examine une section qui a pris en biseau un de ces vaisseaux, de telle sorte que sa paroi interne soit vue de face on y voit un réseau de capillaires sanguins distendus, et de même sur les coupes exactement circulaires on voit ces capillaires sanguins arriver jusqu'au niveau du revêtement endothélial, de telle sorte que la sortie des globules rouges par diapédèse et leur entrée dans le vaisseau lymphatique sont chose très-facile.

Dans les parties du poumon complétement infiltrées par le cancer, il est difficile de distinguer ce qui appartient aux lymphatiques et aux alvéoles, car toutes les cavités préexistantes sont à la fois distendues et remplies par les mêmes cellules épithéliales.

Contracture passagère provoquée par la marche. — M. CHOUPPE communique le fait suivant : un homme de trente-cinq à quarante ans, vigoureux, entre dans le service de M. Bourdon en 1873. Il se plaint des phénomènes suivants : quand il marche, surtout un peu vite, après avoir fait cinquante ou soixante pas, il éprouve tout à coup une contraction violente des muscles extenseurs de la cuisse et de la jambe, est projeté de 20 à 30 centimètres de hauteur, retombe et conserve pendant quelques minutes une crampe très-douloureuse dans le mollet, avec pâleur du membre, froid, dureté des muscles du mollet. Au bout d'une minute ou deux tout rentre dans l'ordre et il peut marcher de nouveau pendant sept à huit minutes, après quoi les mêmes phénomènes se reproduisent, et ainsi de suite. Le malade fait remonter le début des accidents à dix ans environ, et les attribue à la fraîcheur humide des nuits quand, soldat, il couchait sous la tente, dans le Sahara algérien. On put l'observer à l'hôpital pendant environ deux mois.

Phlegmatia alba dolens après la fièvre typhoïde. — M. CHOUPPE, à propos d'une communication récente de M. Dumontpallier, rapporte deux observations dont voici en substance les points capitaux :

1° Un jeune homme de 26 ans, très-vigoureusement constitué, appartenant à une famille riche, est pris, au mois de février 1875, d'une fièvre typhoïde caractérisée, surtout dans les deux premiers septenaires, par des phénomènes encéphaliques très-prononcés (délire, céphalalgie, etc.).

Dans le cours du troisième septénaire, symptômes de myocardite assez intenses, avec tendance à la syncope. Le vingt-cinquième jour de la maladie, en s'asseyant dans son lit, le malade a une syncope, suivie bientôt d'une seconde puis d'une troisième en deux heures et demie environ. Une demi-heure après la troisième syncope, il ressentit une douleur vive au niveau du pli inguino-crural droit : le lendemain, œdème du membre inférieur droit. L'œdème devint assez prononcé, remonta tout le membre et même gagna un peu le membre inférieur gauche. Malgré cette complication, le malade guérit assez vite et ne voit plus actuellement se produire de gonflement qu'après une fatigue exagérée.

M. Chouppe insiste : 1° sur l'apparition de la douleur inguino-crurale immédiatement après les syncopes ; 2° sur l'affaiblissement du cœur plusieurs jours avant l'oblitération veineuse.

Il croit en conséquence que, dans ce cas, le malade se trouvant dans des conditions favorables, l'arrêt de la circulation, même passager, a suffi pour permettre la formation d'un caillot autochthone. C'est donc encore là un mode pathogénétique à ajouter à celui indiqué par M. Dumontpallier et à ceux ordinairement constatés.

2° Un homme d'environ trente ans, entré dans le courant de 1870, dans le service de M. le professeur Vulpian à la Pitié, eut une fièvre typhoïde à forme abdominale, qui dura quatre septénaires ; déjà le malade convalescent commençait à se lever, quand de nouveaux frissons furent suivis d'une seconde fièvre typhoïde du même type, parfaitement caractérisée (marche régulière de la température, éruption de taches rosées lenticulaires, etc. etc.), qui dura trente-cinq jours : peu de jours après la défervescence, le malade qui avait des furoncles, de petits abcès et était dans une cachexie profonde, eut des thromboses multiples des petites veines de l'avant-bras et de la jambe. Malgré ces complications, il commençait à se remettre, quand il fut pris d'une troisième fièvre typhoïde encore parfaitement caractérisée par ses symptômes habituels et qui le laissa dans un état d'affaiblissement extrême ; dans la convalescence qui suivit, survinrent des thromboses des grosses veines ; cependant il guérit. Mais l'épuisement fut tel, que peu de mois après il rentrait à l'hôpital, atteint de tuberculose pulmonaire et succombait à cette affection. L'autopsie, faite avec grand soin, permit de retrouver tous les caillots presque complétement organisés.

Ce fait rentre, croit le présentateur, dans les thromboses cachectiques vulgaires, mais il a cependant tenu à le rappeler pour montrer qu'à côté des faits tels que celui rapporté par M. Dumontpallier et l'observation précédente où l'on retrouve la cause, il en existe réellement dans lesquels l'épuisement et l'altération du sang peuvent seuls être invoqués.

M. Chouppe ajoute qu'en dépouillant les observations de dothiénentérie recueillies en cinq ans, il a pu réunir huit à dix cas de

phlegmatia alba dolens, ce qui tendrait à prouver que ce n'est pas là une complication absolument rare de la convalescence de la fièvre typhoïde.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours, pour trois places de chirurgien au bureau central, s'ouvrira le lundi 30 avril 1877, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 29 mars 1877, de midi à trois heures, pour être clos définitivement le samedi 14 avril, à trois heures.

— Par arrêté, en date du 6 mars 1877, un concours sera ouvert le 6 août 1877, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé militaire. — Sont nommés médecins stagiaires au Val-de-Grâce, MM. les docteurs Clicquet, Maderay, Lasserre, Durget, Deyde, Atgier, Gaillard, Hussenet et Pitoux.

— MM. les médecins principaux de deuxième classe Jeaux et Nogués, M. le médecin-major de première classe Spire et M. le médecin-major de première classe en non-activité Aubert sont déclarés en liquidation de retraite.

MM. Morazzani, médecin-major de première classe, et Chalet, pharmacien-major de première classe, prennent leur retraite.

MM. Donnezan, médecin-major de deuxième classe, et de Jeauffrau-Blazac, médecin aide-major de première classe, donnent leur démission.

— *Arrêt du Conseil d'État dans l'affaire de l'université libre de Lille.* — Le Conseil d'État statuant au contentieux :

Considérant que, par la délibération du 28 octobre 1875, la commission d'administration des hospices de Lille a décidé qu'il y avait lieu de convertir en acte authentique le traité en vertu duquel le payement par l'Institut catholique de Lille d'une somme de 140,000 francs, entre les mains du receveur des hospices, mettrait, dans l'hôpital Sainte-Eugénie, à la disposition des services de cliniques médicales et chirurgicales de l'Université libre du Nord fondée par ledit Institut, une salle d'amphithéâtre, un cabinet pour les professeurs, une salle d'autopsie, et un minimum de 120 lits, en attendant qu'on puisse livrer les 120 lits des deux pavillons du fond de l'hôpital ;

Que, par un arrêté du 16 novembre 1875, le préfet du Nord a approuvé cette délibération et autorisé la commission administrative des hospices de Lille à traiter avec l'Université libre du Nord aux conditions du projet de convention précitée ;

Que le traité, autorisé par la délibération et par l'arrêté préfectoral sus-énoncé, a été passé par-devant notaire le 22 et le 24 décembre 1875, entre le vice-président et les membres de la commission administrative des hospices de Lille et le directeur et les administrateurs de la Société anonyme de l'Institut catholique du Nord, agissant au nom de toute la Société ;

Que ce traité, enregistré le 30 décembre 1875, a été approuvé par le préfet le 1er février 1876 ;

Qu'en exécution dudit traité, l'Institut catholique a versé entre les mains du receveur des hospices une somme de 60,000 francs à valoir sur celle de 140,000 francs qu'il s'était engagé à payer ;

Que ce traité avait visé, tant au profit de l'Institut catholique du Nord qu'à celui des hospices de Lille, des droits auxquels l'autorité administrative ne pouvait porter atteinte ;

Que, dès lors, en annulant par sa décision du 21 octobre 1876 les arrêtés par lesquels le préfet avait approuvé la délibération de la commission administrative des hospices autorisant le traité, et le traité lui-même, le ministre de l'intérieur a excédé ses pouvoirs ;

Décide :

Art. 1er. La décision ci-dessus visée du ministre de l'intérieur, en date du 31 octobre 1876, est annulée.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Potier, médecin-major de première classe, au 78e de ligne.

— Lors du dernier concours d'agrégation, les succès de MM. Chrétien et Engel ont fait bien augurer de l'enseignement scientifique de la Faculté de médecine de Nancy ; nous attendrons les résultats du concours d'agrégation dans les autres sections pour juger la valeur de son enseignement clinique. (On nous annonce, pour les prochains concours, un nombre relativement très-considérable de candidats.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Glaucome, sa nature, son traitement, par le docteur Reeb. — 1 vol. in-8° de 90 pages avec figures. Prix : 3 francs. — Paris, Octave Doin.

Andral. — La Médecine française de 1820 à 1830, par Ém. Chauffard, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. de 76 pages in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Enghien (Seine-et-Oise)

Chemins de fer du Nord et de l'Ouest, 42 trains par jour.

Saison des Bains, du 1er Mai au 15 Octobre.

Les EAUX D'ENGHIEN s'emploient dans le traitement de toutes les maladies des voies respiratoires, *pharyngite*, *laryngite* et *bronchite chronique*, dans les *affections de la peau*, la *syphilis* et dans celles qui sont sous la dépendance du système *lymphatique* ou du principe *rhumatismal*.

Dans ces diverses maladies, les EAUX D'ENGHIEN sont employées en *boisson*, *inhalation*, *bains* et *douches*.

Les EAUX D'ENGHIEN se vendent :

Chez les *Négociants d'Eaux minérales* et chez tous les *Pharmaciens*.

Coton iodé préparé par J. THOMAS,

pharmacien de 1re classe,

lauréat (*médaille d'or*), *des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses*.

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licenciés sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Eaux arsenicales de

LA BOURBOULE.

1° GRANDE SOURCE PERRIÈRE. La plus *arsenicale* connue, *chlorurée sodique* et *bicarbonatée sodique forte* : Lymphatisme, scrofule, maladies de la peau, fièvres intermittentes et rhumatisme (55°).

2° LA PLAGE. *Composition et propriétés analogues à celles de la source Perrière.*

3° SÉDAIGES. *Mêmes principes, mais à doses plus faibles que dans les sources précédentes.* S'emploie contre les mêmes affections chez les constitutions impressionnables et les tempéraments névropathiques.

4° FENESTRE N° 2, froide. *Minéralisation moyenne par l'arsenic, le chlorure de sodium et les bicarbonates, quantités notables de fer et de silice :* Chlorose, anémie, eczémas chroniques, syphilides invétérées.

5° FENESTRE N° 1, froide. *Mêmes principes chimiques, en quantité moindre, bicarbonate de magnésie en proportion sensible :* Gastralgies, dyspepsie, convalescence. Elle doit être utilisée comme *Eau de table* dans tous les cas où il s'agit de reconstituer un organisme affaibli.

Ces cinq Sources forment une série graduelle d'agents thérapeutiques que le médecin saura mettre à profit selon les circonstances.

Grâce à la fixité de leur composition, ces eaux se transportent sans subir aucune altération.

DÉTAIL : *Chez tous les principaux Pharmaciens et Marchands d'eaux minérales.*

GROS : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*. Philadelphie, 1876, première médaille.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Sirop de Rivière

ANTISCORBUTIQUE IODO-FERRÉ

contre les affections lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques. 3 fr. J. Rivière, 68, Ch.-d'Antin, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pathogénie générale des maladies de la peau.

Dans la deuxième partie de sa thèse (1), M. Testut suit une à une les affections cutanées diverses qui ont été signalées, dans la première partie, comme susceptibles de se manifester sous la forme symétrique, et, les mettant en regard des affections ou des traumatismes concomitants d'une portion quelconque du système nerveux, il s'attache à en montrer les relations intimes et à les lier les unes aux autres, comme les effets à leur cause. Nous allons, dans ce deuxième article, suivre rapidement l'exposition et la démonstration de cette pathogénie générale des maladies de la peau.

L'érythème. — Il n'est pas rare, à la suite de la lésion traumatique d'un nerf, d'observer cet érythème particulier qui a été désigné par les médecins américains sous le nom d'aspect luisant de la peau. Cet état a été noté dix-neuf fois sur cinquante cas de lésions partielles des nerfs. On trouve la preuve de la relation qui existe entre l'érythème et l'affection du nerf dans ce fait, que cet érythème n'existe que dans les portions de la peau où se distribuent les ramifications du filet lésé.

Affections vésiculeuses ou bulleuses. — Les unes se manifestent à la suite de lésions des nerfs périphériques; les autres sont consécutives à une lésion des centres nerveux.

Les lésions des nerfs périphériques peuvent être traumatiques ou spontanées, et, dans ce dernier cas, elles sont constituées par une lésion organique ou par une altération purement fonctionnelle, comme dans certains cas de névralgies.

Aux observations bien connues de traumatisme des nerfs accompagné d'éruptions bulleuses de MM. Charcot, Rouget, Paget, Weir Mitchell, de névrites de M. Leudet, et de névralgies d'un grand nombre d'auteurs, M. Testut a ajouté une observation de tumeur (névrome fibro-sarcomateux) du nerf médian, suivie de l'apparition de bulles sur la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, et un fait de zona sous-orbitaire consécutif à une névralgie de la face, qu'il a observés dans les hôpitaux de Bordeaux.

L'analyse de ces nombreuses observations a conduit M. Testut à établir les distinctions suivantes :

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier 31 mars.

Dans la première serie de faits, la névralgie durait déjà depuis quelque temps quand est survenue l'éruption du zona (un mois, trois mois).

Dans une deuxième série, la douleur névralgique n'a précédé l'éruption que d'un temps relativement très-court (un, deux, trois jours), très-variables en intensité; les phénomènes douloureux ont toujours siégé sur le trajet du nerf dont le territoire cutané devait devenir le siége de l'éruption.

Dans une troisième série, les vésicules ont apparu d'abord, et ça n'a été que quelques jours après qu'elles se sont accompagnées de névralgie, qui a persisté souvent après elle.

Dans quelques cas plus rares, enfin, le zona est apparu brusquement, n'éveillant jamais la moindre douleur et constituant à lui seul toute l'affection.

Lésions des centres nerveux. — Les lésions traumatiques de la moelle épinière ont surtout amené des eschares au sacrum et aux régions trochantériennes. Les cas d'affections vésiculeuses et pustuleuses sont relativement rares. Les éruptions cutanées, survenant comme conséquence d'un trouble de l'innervation spinale, s'observent plus fréquemment dans les affections spontanées que dans les lésions traumatiques, témoins les éruptions signalées par M. Charcot dans l'ataxie locomotrice. M. Testut a observé un cas d'éruption vésiculo-pustuleuse, qui apparut à la face postérieure des deux cuisses chez un jeune garçon atteint de myélite chronique.

Les lésions de l'encéphale peuvent-elles, au même titre que les lésions de l'axe spinal, faire naître des éruptions cutanées? Quelques faits tendent à le démontrer; mais ils sont encore trop peu nombreux pour légitimer une induction générale.

Il n'est pas rare, à la suite des lésions nerveuses, de voir l'épiderme de la région où se distribue le nerf lésé s'épaissir et se détacher, tantôt en de larges écailles, tantôt en petites lamelles furfuracées. Il existe à cet égard une analogie remarquable entre ces desquamations de l'épiderme épaissi sous l'influence d'une lésion nerveuse et le psoriasis dont il a été question plus haut.

L'influence exercée par le système nerveux sur la nutrition des ongles et des poils est tout aussi nettement établie. M. Testut cite deux observations qu'il a recueillies à la clinique de M. le professeur Denucé, et qui mettent en évidence cette influence pour les ongles.

Il en est de même pour la sécrétion sudorale, et en particulier pour les sueurs locales qui ont été constatées à la suite de blessures des nerfs, pour la sclérodermie, pour l'asphyxie locale symétrique des extrémités, pour certaines hémorrhagies, l'acrodynie, la pellagre, le mal perforant plantaire, etc.

Quel est le mode d'action du système nerveux dans la pro-

duction des lésions trophiques en général, et en particulier dans la production des éruptions cutanées? L'étude physiologique que M. Testut fait, dans cette deuxième partie de son travail, du mécanisme en vertu duquel s'opèrent les phénomènes intimes de la nutrition interstitielle, le conduit à cette double conclusion :

1° Les actes nutritifs sont subordonnés à l'état des vaisseaux; et les altérations diverses, d'ordre trophique, dont la peau peut être le siége, doivent être rattachées en pathologie à un fonctionnement anormal des nerfs vasculaires, seuls régulateurs des circulations locales;

2° Les nerfs vasculaires peuvent être sollicités à ce fonctionnement anormal, soit par excitation directe de leurs noyaux d'origine intramédullaires, soit par effet reflexe, l'excitation intéressant primitivement des fibres nerveuses centripètes et ne se transmettant aux nerfs vasculaires que par l'intermédiaire de la moelle.

Telles étant les conditions pathogéniques des troubles trophiques de la peau, et, d'autre part, l'anatomie nous montrant l'échelonnement des noyaux d'origine des vaso-moteurs dans toute la hauteur de la moelle par séries homologues, il devient facile d'expliquer leurs manifestations sur des régions symétriques. Le fait de la symétrie peut survenir d'après trois modalités différentes, que M. Testut résume dans le tableau suivant :

AFFECTIONS SYMÉTRIQUES

1° D'origine centrale. . . .		Déterminées par une altération organique ou fonctionnelle de deux centres vaso-moteurs homologues.
2° D'origine périphérique.	a	Succédant à deux excitations dystrophiques, parties de deux régions homologues du tégument externe.
	b	Succédant à une excitation dystrophique unilatérale.

On nous excusera, à raison de l'intérêt du sujet, de l'étendue que nous avons donnée à l'analyse de cette thèse, au texte de laquelle nous renvoyons ceux qui voudront approfondir des questions que ce résumé n'a pu qu'indiquer.

Morphinisme.

Lorsqu'on administre la morphine, on ne se préoccupe généralement que de son action narcotique et des effets fâcheux que peut avoir cette action exagérée sur le système cérébrospinal. Quant à son influence sur les autres grandes fonctions, sur la circulation, sur la respiration, sur la sécrétion, la calorification, on passe généralement à côté, sans s'y arrêter. Frappé de ces desiderata, M. le docteur Léopold Calvet a entrepris dans le laboratoire de M. Béclard, sous la direction de M. Laborde, des recherches sur l'action physiologique de la morphine, au double point de vue de ses effets immédiats et de ses effets éloignés, qu'il a soumises ensuite au contrôle de la clinique. Il nous a paru intéressant de placer ici sous les yeux de nos lecteurs un résumé des résultats de cette double série d'observations expérimentales et cliniques.

En injection intra-veineuse aux doses moyennes et successives de 5 à 10 centigrammes, la morphine, sous forme de chlorhydrate, excite et accélère tout d'abord la respiration; le maximum de cette accélération peut être le doublement, en un temps très-court, du nombre normal des inspirations, lesquelles deviennent en même temps plus ou moins irrégulières et saccadées.

A cette première période, habituellement très-courte, en succède une seconde; c'est la période de ralentissement et de régularisation des mouvements respiratoires, coïncidant avec l'hyptonisme ou la narcose. Le nombre des inspirations descend en quelques minutes de trois à dix inspirations.

Il peut y avoir cessation complète, arrêt de la respiration momentané, c'est-à-dire véritable syncope respiratoire. Cet arrêt subit a été observé à la suite de l'injection intra-veineuse de 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Dans ces cas, la narcose s'établit rapidement et est très-intense.

Du côté du cœur, deux modifications successives et constantes ont été observées : dans une première phase, excitation et accélération des battements cardiaques et du pouls, abaissement concomittant de la pression sanguine. Le nombre des battements a pu être doublé, de même que le nombre des inspirations.

Cette accélération du cœur peut aller jusqu'au point de n'être plus appréciable. Le cœur est alors comme arrêté momentanément; il y a à ce moment syncope cardiaque, comme il y y a eu tout à l'heure syncope respiratoire. Mais l'arrêt de la respiration paraît précéder et terminer l'arrêt du cœur, bien qu'il y ait coïncidence apparente entre les deux phénomènes.

Après la phase d'accélération et d'ataxie cardiaque, vient la période de ralentissement successif et de régularisation.

A la dose de 5 centigrammes, l'auteur a vu le nombre des pulsations cardiaques descendre en 7 minutes de 80 à 58.

A la dose de 10 centigrammes injectée en deux fois, à cinq minutes d'intervalle, le cœur d'abord accéléré jusqu'à 122 pulsations, est descendu rapidement à 60.

Parmi les phénomènes qui se réfèrent à la fonction circulatoire, l'examen ophthalmoscopique a fait constater les faits suivants : quelques minutes après l'injection, la papille est devenue pâle très-anémiée, les artères moins visibles et les veines un peu congestionnées. Cette anémie rétinienne, variant d'ailleurs avec les modifications alternatives des fonctions circulatoire et respiratoire, est l'image de l'anémie cérébrale.

L'influence de la morphine sur la calorification s'exprime, en général, par une légère élévation initiale de la température, puis par un abaissement progressif habituellement rapide, dont le chiffre moyen est de 2 degrés centigrades.

Les phénomènes observés à la suite de l'injection sous-cutanée expérimentale sont exactement les mêmes, à la rapidité et à l'intensité près, que ceux qui résultent de l'injection intraveineuse. Quel que soit, d'ailleurs, le procédé employé, la période initiale d'accélération, d'excitation respiratoire et circulatoire fait défaut toutes les fois que la morphine est introduite dans l'économie à doses massives. Le sommeil narcotique se produit, dans ce cas-là, d'emblée.

L'étude expérimentale du morphinisme chronique porte surtout sur les phénomènes de la nutrition, des sécrétions et de la calorification.

Les modifications de la nutrition s'expriment par l'amaigrissement et par le déchet progressif du poids de l'animal en expérimentation. L'amaigrissement se prononce d'une manière très-sensible, après huit jours environ d'expérience. A dater de ce moment, il marche rapidement et arrive en peu de temps au dernier degré de l'émaciation.

La température s'abaisse d'une manière continue et progressive jusqu'à la mort (35 degrés la veille de la mort.)

Les sécrétions salivaire et urinaire, accrues à chaque expé-

rience d'injection sous-cutanée, pendant les premiers jours, ne tardent pas à diminuer après cette première période, et à être même promptement suspendues et même complétement supprimées.

L'examen du fond de l'œil, à une période confirmée du morphinisme chronique, a donné des résultats très-dignes d'intérêt. La papille est fortement anémiée et blanchâtre ; il semble que ses vaisseaux, surtout les artères, aient disparu.

Le morphinisme chronique prolongé jusqu'à la mort, laquelle a lieu, soit par asphyxie, soit au milieu d'un appareil convulsif des plus violents, analogue au strychnisme, laisse à sa suite, comme lésions principales caractéristiques, une anémie complète des tissus de l'encéphale et de la moelle, des plaques d'infiltration sanguine apoplectiforme disséminées dans les poumons, des caillots passifs, asphyxiques dans le cœur, des taches ecchymotiques dans l'estomac, une hyperémie de la muqueuse intestinale, congestion du foie et des reins.

— Si de ces faits expérimentaux nous passons à l'exposé des faits cliniques, très-peu nombreux d'ailleurs, parce qu'ils n'ont été que très-peu étudiés jusqu'à présent à ce point de vue, nous trouvons dans ces derniers une confirmation à peu près complète de ce que les premiers viennent de nous montrer. Cette confirmation repose principalement, pour ce qui concerne le morphinisme aigu, sur deux observations inédites. Dans l'une d'elles, il s'agit d'une personne névropathique qui, ayant été prise sous l'influence d'une température exceptionnellement rigoureuse d'accès d'asthme d'un caractère insolite, se répétant avec une grande fréquence, fut soumise aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. On commença par 5 milligrammes. L'injection venait à peine d'être faite, qu'il survint un malaise particulier, consistant surtout en une angoisse précordiale très-douloureuse, bientôt accompagnée d'obnubilation des yeux, d'une sensation de vide autour de soi et de l'appréhension de ne pouvoir plus respirer. Dès le début de ces phénomènes, le pouls était devenu à la fois très-fréquent et très-petit. Les battements du cœur étaient précipités et désordonnés. Il y eut bientôt menace de suspension de la respiration suivie de l'arrêt momentané du cœur; mais la syncope fut très-rapide et suivie d'un sommeil narcotique assez tranquille.

Le lendemain l'injection fut réitérée, mais avec une dose moindre de moitié (deux milligrammes et demi). Les accidents se reproduisirent immédiatement avec les mêmes caractères et la même intensité. La respiration qui, au début, avait été, comme la veille, très-anxieuse, très-irrégulière, avait peu à peu perdu cette irrégularité, s'était rétablie avec son type à peu près normal, puis, au bout d'une heure, avait singulièrement diminué de fréquence. De même pour les battements cardiaques, qui, après le désordre initial, avaient diminué de fréquence au point de n'être plus que de moitié environ de leur nombre habituel.

Dans le second cas, les effets du morphinisme aigu ont atteint leur maximum possible d'intensité, la mort en ayant été la conséquence. Ce fut par suite d'une déplorable erreur que le malade, atteint d'une affection chirurgicale grave, ingéra un gramme de chlorhydrate de morphine croyant prendre la même dose de sulfate de quinine. Deux heures après (au moment de la visite), le malheureux malade était plongé depuis quelques temps déjà dans le coma le plus profond. Malgré l'administration immédiate de tannin, de café, on ne put faire sortir le malade de cet état de torpeur. Il était dans un état de contracture générale, la pupille largement dilatée, le pouls petit, la respiration lente. Depuis ce moment jusqu'au lendemain matin deux heures, heure à laquelle le malade succomba, on put suivre les modifications de la respiration du pouls et de la température heure par heure. La température était à neuf heures de 39°5; elle descendit bientôt d'un degré environ pour rester stationnaire pendant quelques heures; puis, à deux heures du soir, elle prit une marche ascendante et arriva au moment de la mort à 43 degrés.

La respiration, lente d'abord, s'accéléra bientôt, atteignit son summum vers quatre heures du soir, puis baissa sensiblement au fur et à mesure qu'on se rapprochait du moment de la mort.

Le pouls, petit dès le début, s'accéléra pendant tout ce temps et subit vers la fin un très-léger ralentissement. La terminaison fatale eut lieu dix-neuf heures après l'accident.

Nous mentionnerons, enfin, un exemple très-remarquable de morphinisme chronique produit chez un malade dyspeptique et hypochondriaque par l'abus des injections sous-cutanées de solution de morphine. Dans ce cas, observé avec la plus scrupuleuse attention par M. Desnos, on remarque dès le début, comme effet de doses déjà très-élevées de morphine que s'administrait le malade, des sensations comparables à celles que produisent les alcooliques; puis des troubles psychiques, une apathie profonde, la perversion des sentiments affectifs, enfin un état maniaque réel, souvent caractérisé par des idées de suicide; comme phénomènes immédiatement consécutifs à l'injection morphinée, état d'insomnie et d'agitation particulière, troubles digestifs. Enfin M. Calvet signale, dans ce fait, l'état local des parties où étaient pratiquées les injections hypodermiques, lesquelles présentaient des modifications des tissus sous-cutanés se rapprochant beaucoup de ce qu'il a observé sur les animaux en expérience à la période de cachexie morphinique.

De ces expériences que M. Calvet ne considère lui-même que comme une ébauche, et de ces faits cliniques qui demanderaient aussi le contrôle d'observations nouvelles, nous ne voulons retenir provisoirement que cette conclusion pratique, que l'auteur en a sagement déduite, savoir : que les indications thérapeutiques de la morphine doivent être subordonnées à un examen préalable attentif de l'état organique ou fonctionnel du cœur et des organes de la respiration.

Dr BROCHIN.

REVUE DE LA PRESSE

De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme généralisé. — On sait que certains chirurgiens, entre autres M. le professeur Verneuil, admettent que les lésions chirurgicales peuvent exercer une certaine influence sur le développement du rhumatisme articulaire. De nombreux faits de ce genre, auxquels vient encore se joindre l'observation suivante, rapportée par M. le docteur Terrillon, témoignaient, en effet, qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple coïncidence.

Un jeune garçon de quinze ans, n'ayant jamais eu de rhumatisme et dont les parents n'ont jamais présenté la moindre trace de cette affection, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Terrillon, avec une périostite de la face antérieure du tibia, développée sous l'influence d'un traumatisme. En même temps que la plaie de la jambe, on constate au niveau du cou-de-pied, particulièrement du côté des malléoles, de la rougeur, du gonflement et un certain degré de gêne dans les mouvements. Ces caractères, qui se remarquent encore à l'articulation du genou, font hésiter le chirurgien entre une périostite aiguë des épiphyses du tibia, ou un rhumatisme articulaire commençant. Souffle doux au cœur. $T = 39$, $p = 96$.

Mais le doute n'est bientôt plus permis, car, dès le lendemain, les deux genoux sont pris ; les articulations coxo-fémorales sont douloureuses, et enfin l'articulation tibio-tarsienne gauche est plus gonflée que la veille et plus douloureuse. Enfin, les jours suivants, les jointures du membre supérieur se prennent à leur tour ; une péricardite se déclare, puis une pleurésie et plus tard une pneumonie viennent encore compliquer la situation du malade.

Ces phénomènes se prolongent pendant un mois environ, puis tout rentre dans l'ordre, et le sujet sort de l'hôpital guéri, après avoir successivement présenté la plupart des manifestations auxquelles le rhumatisme peut donner lieu. La plaie de la jambe avait subi, dans son évolution vers la guérison, des oscillations manifestement en rapport avec les oscillations du rhumatisme. — (*Prog. méd.*)

De la pyrexie pneumonique et de la pneumonie abortive. — A l'exemple d'un certain nombre d'observateurs, M. le docteur Bernheim (de Nancy), considère la pneumonie fibrineuse, comme une pyrexie, comme une fièvre pneumonique. Les raisons sur lesquelles il s'appuie, pour établir cette manière de voir, sont, d'abord l'évolution régulière et cyclique de la fièvre qui précède et domine la lésion locale ; les caractères de la maladie qui, dit-il, ne sont nullement ceux de l'inflammation, puisque par aucun irritant, par aucune expérience physiologique on ne peut reproduire la pneumonie ; enfin l'étiologie de cette affection qui survient, selon toute apparence, d'une manière spontanée, sans le concours d'aucune cause existante appréciable, en dehors de toute influence saisonnière. Enfin, et ce fait viendrait encore à l'appui de l'opinion de M. Bernheim, la pneumonie, suivant lui, aurait, comme toutes les pyrexies, sa fébricule, sa forme abortive, caractérisée non pas par un appareil symptomatique atténué, mais par une durée plus courte que la moyenne ordinaire de la maladie.

D'après les statistiques de Lebert et de Jürgensen, la défervescence de la pneumonie franche survenant, terme moyen, du cinquième au neuvième jour, M. Bernheim appelle abortive toute pneumonie dans laquelle la chute de la température a lieu avant le cinquième jour; et il cite, à l'appui de son opinion, deux observations qu'il a eu récemment l'occasion d'observer, et dans lesquelles la défervescence s'est faite dans un temps plus court que ne le comporte ordinairement la pneumonie.

La première est relative à un de ses collègues qui, pris le 17 mai, de tous les signes caractéristiques d'une pneumonie fibrineuse grave, présentait deux jours après, dès le 19, une défervescence complète ; la température qui, le premier jour avait atteint 39°4 ne marquait plus alors que 37. De son côté, le pouls de 110 pulsations par minute était tombé à 80.

Les choses auraient marché plus rapidement encore dans la seconde observation, car la pneumonie, traitée simplement par l'expectation, se serait terminée en deux jours. En effet, d'après M. Bernheim, entré à l'hôpital le 12 novembre au soir, avec une température de 40°2 et un pouls à 112, le treize au soir, le malade qui fait l'objet de cette observation ne présentait plus que 37°4 de température, et le pouls ne dépassait pas 82. Le souffle, les râles crépitants qu'on constatait la veille avaient disparus ; la respiration était seulement un peu rude et le submatité persistait ainsi qu'un peu de résonnance de la voix. — (*Rev. méd. de l'Est.*)

De la fréquence de la pleurésie diaphragmatique, consécutive à la péritonite aiguë généralisée.— On a bien signalé quelques exemples de propagation du processus inflammatoire du péritoine à la plèvre à travers le diaphragme, sans que celui-ci ait été perforé, mais on s'accorde généralement à regarder ces observations comme des faits rares et curieux. Pour M. le docteur Laroyenne, le développement de la pleurésie diaphragmatique serait au contraire la règle dans la péritonite aiguë généralisée. Elle serait caractérisée anatomiquement par la même lésion que la pleurésie ordinaire, à savoir, par de la vascularisation des houpes vasculaires et par l'existence de néo-membranes, de coloration rouge et grise, étalées sur la séreuse diaphragmatique et même sur celle de la base du poumon. Enfin, on pourrait suivre avec une loupe des traînées linéaires purulentes, allant du péritoine à la plèvre, à travers les faisceaux musculaires et conjonctifs du diaphragme. Cette inflammation de la plèvre serait quelquefois extrêmement limitée, mais elle pourrait dans certaines circonstances, se propager à toute la cavité thoracique et donner lieu à ces épanchements séro-albumineux ou purulents, qui succèdent à la parturition, et qu'on considère ordinairement comme les conséquences d'un état général spécial, grave. Elle se propagerait du péritoine à la plèvre, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques qui s'étendent de la cavité abdominale au thorax, à travers le diaphragme.

Cette inflammation pleurétique s'observerait surtout consécutivement à la péritonite de cause puerpérale, mais on la rencontrerait également dans les phlegmasies péritonéales qui procèdent d'une étiologie différente. Non pas, dit M. Laroyenne, que, chez quelques nouvelles accouchées, les produits putrides, retenus dans l'utérus et en contact avec des vaisseaux lymphathiques et des veines dilatés, ne soient susceptibles d'acquérir des propriétés phlogogènes, plus actives que dans tout autre circonstance, mais parce que, sous certaines influences que nous ne connaissons pas, il n'est pas rare de voir, même en dehors de l'accouchement, l'inflammation du péritoine donner lieu également à l'élaboration de produits de nature septique. — (*Lyon méd.*)

De la dégénérescence kystique des reins. — On est généralement d'accord à regarder la dégénérescence kystique des reins comme n'ayant d'intérêt qu'au point de vue anatomo-pathologique. Il n'en serait cependant pas toujours ainsi, si l'on en croit M. le docteur Laveran, et cette affection, qui entraînerait fréquemment la mort, mériterait d'avoir sa place marquée dans le cadre nosologique. La description que cet auteur trace de cette maladie et de ses symptômes repose sur deux observations qui lui sont personnelles, et sur un grand nombre de faits analogues rapportés par différents observateurs.

Nous ne dirons que quelques mots de l'anatomie pathologique de la dégénérescence kystique, que tout le monde connaît d'ailleurs. Cette affection est constituée par la production, dans les deux reins, de kystes dont le volume varie de la grosseur d'une noix ou d'une noisette à celle d'un grain de chénevis ou de millet, arrondis, quelquefois allongés, tapissés à leur intérieur par un épithélium pavimenteux, analogue à celui qui revêt les parois des tubulis, et contenant un liquide séreux, limpide ou bien une matière brunâtre gélatiniforme, et des corpuscules très-caractéristiques qui sont vraisemblablement, d'après M. Laveran, des globes de leucine.

Voici quels seraient maintenant les principaux caractères cliniques de cette affection. Du côté du rein, quand les kystes acquièrent un grand développement, on constate par la palpation une augmentation de volume de ces organes et même les bosselures, produites par l'existence de ces petites tumeurs. Dans le cas où cet état du rein s'accompagne d'une dégénérescence semblable du foie, on constate l'existence d'une tumeur à la région épigastrique.

Les kystes se développent ordinairement silencieusement ; ce n'est que quand ils suppurent que l'on voit survenir de la fièvre, des frissons, suivis de périnéphrite ou d'émission d'urines purulentes, quand les kystes suppurés viennent à se vider dans les bassinets.

Les symptômes qui dépendent des altérations rénales concomittantes sont quelquefois, mais rarement de l'albuminurie, quelquefois aussi de l'hématurie. Mais ce qui a lieu le plus souvent c'est l'atrophie du parenchyme rénal, laquelle provoque l'anémie avec les accidents cérébraux qui la caractérisent.

Les complications qui se rattachent à la dégénérescence kystique des reins sont le plus ordinairement l'hypertrophie du cœur, l'hémorrhagie cérébrale, la teinte bronzée de la peau ; les deux premières sont probablement dues à la gêne de la circulation produite dans les reins, par la présence de kystes nombreux.

Enfin, les troubles digestifs seraient assez communs dans cette affection. Les malades, dit M. Laveran, ont de l'inappétence, ils ne mangent pas, digèrent mal, et la tuberculose est une des conséquences les plus fréquentes qui résultent de cet état.

Quant au diagnostic de la dégénérescence kystique des reins, il ne peut être fait avec quelque certitude que lorsqu'on constate, à la palpation, l'augmentation de volume de ces organes et leurs bosselures.

La marche de cette maladie est lente, insidieuse, mais toujours progressive, et sa terminaison la plus fréquente est la mort, à la suite d'accidents anémiques ou de suppuration des kystes. — (*Gaz. hebd.*)

Aphasie avec lésion de la surface de la troisième circonvolution frontale gauche. — Une discussion intéressante a eu lieu à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, à propos d'une malade, que M. le docteur Vergely aurait observée dans son service, à l'hôpital Saint-André.

Cette femme qui, pendant la vie avait présenté un mutisme complet, sans stupeur ni coma, offrait à l'autopsie, l'existence d'un foyer hémorrhagique, occupant non pas comme on devait s'y attendre, la surface de la troisième circonvolution cérébrale gauche, mais situé dans l'épaisseur de cette région de l'encéphale.

Ce fait, que M. Vergely considère comme une anomalie, n'a cependant rien d'étonnant pour M. Sisteray, sachant combien est incertaine encore l'étude des localisations cérébrales. Pour sa part, il a vu un abcès, qui comprimait la troisième circonvolution cérébrale gauche, donner lieu chez un aliéné, au lieu d'aphasie, à une loquacité considérable. Il fait observer, en outre, qu'il n'est pas rare de trouver chez certains paralytiques généraux, un ramollissement extrêmement avancé de ce département cérébral, sans que pourtant l'aphasie ait été observée pendant la vie.

Mais, pour M. Vergely, ces faits n'infirment en rien la théorie de M. Charcot. Il objecte à M. Sisteray que, pour bien apprécier l'influence des lésions sur les fonctions de la troisième circonvolution cérébrale, ou pour adopter avec M. Charcot des limites moins restreintes, sur les fonctions du lobe frontal gauche, il faut que ces lésions soient nettes, bien circonscrites et incapables de produire, soit par voisinage, soit par action reflexe, des phénomènes susceptibles d'induire en erreur. Un abcès, dit-il, ne peut se développer dans le cerveau, sans que ce produit inflammatoire n'amène un trouble dans les parties voisines. De même le ramollissement, que présentent certains paralytiques généraux, n'est pas toujours un véritable ramollissement; il ne peut y avoir dans ces cas, qu'une simple lésion, laissant la circonvolution assez intacte, pour que sa fonction soit conservée. Pour lui, l'hémorrhagie est celle qui permet le plus d'établir la localisation cérébrale, parce que c'est elle qui est le plus nettement circonscrite. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente :

1° De la part de M. Gombault, sa thèse sur les *polypes utérins à apparitions intermittentes;*

2° De la part de M. Dubuc, ancien interne des hôpitaux, une observation de lymphadénome généralisé avec manifestations osseuses, qui s'est terminé par la mort du malade que l'auteur avait pu suivre pendant très-longtemps. La maladie avait débuté par le voile du palais et l'amygdale, comme cela avait été déjà signalé.

RAPPORT

Corps étranger de la trachée. Rejet au soixante-troisième jour. Opération de la taille chez une petite fille. — M. Périer donne lecture d'un rapport sur deux observations adressées par M. Lemer (de Saint-Sever-sur-Adour). L'une de ces observations est intitulée : *Haricot introduit dans le larynx, tombé dans la trachée et rejeté spontanément au soixante-troisième jour.* Aussitôt après l'accident, l'enfant fut pris d'accès de suffocation très-violents. M. Lemer, mandé aussitôt, introduisit son doigt profondément dans le pharynx et provoqua des vomissements qui firent rejeter un haricot. Cependant la toux continua, surtout lorsque l'enfant était couché ; elle cessait dans la position assise. La respiration était normale. Le lendemain, on entendait des râles muqueux ; les jours suivants, l'expectoration était épaisse. Un mois et demi après survinrent de nouveaux accès de suffocation accompagnés d'un bruit de frottement perçu en arrière pendant l'inspiration. Puis une nouvelle amélioration dura jusqu'au 1er décembre, où l'enfant est pris de nouvelles suffocations et de vomissements. A chaque expiration on sent une forte odeur de haricot. A cinq heures du soir, rejet d'un fragment de pulpe de haricot. De gros râles muqueux sont entendus dans toute la poitrine. Le lendemain, 2 décembre, soixante-troisième jour après l'introduction du corps étranger, l'enfant expectore des mucosités purulentes et éprouve une grande gêne de la respiration. A neuf heures du matin, il rejette une demi-tasse de mucos-pus strié de sang, au milieu duquel on trouve le haricot presque entier, que complète la partie expulsée la veille. Ce haricot a conservé sa consistance, son volume et sa coloration ordinaires. Il a été joint à l'observation. L'enfant est complétement rétabli en peu de jours. Les exemples de séjour aussi prolongé de corps étranger dans la trachée sont très-rares. Roux, cité sans commentaires par Nélaton, ne pensait pas la vie possible au-delà de quatre jours. Cependant, d'autres exemples rapportés par Guyon, Rendu, Debout et celui de M. Lemer prouvent qu'il peut en être autrement.

La deuxième observation est la relation d'une *opération de taille par la méthode uréthrale, pratiquée sur une fille de neuf ans.* Le calcul extrait pesait 15 grammes et avait pour centre une aiguille. Les pièces sont jointes au mémoire. L'enfant avait commencé à se plaindre du bas-ventre au mois d'août 1872. A la fin de septembre, elle est prise d'incontinence d'urine. Au mois d'octobre, elle est obligée de garder le lit, et l'exploration de la vessie révèle l'existence d'un calcul volumineux. Le 12 octobre, l'opération est faite par la méthode uréthrale, et est suivie de guérison.

DISCUSSION

M. Anger préfère la taille vaginale qui donne plus d'espace. Cependant il a fait deux fois la taille uréthrale, pour extraire des calculs de petite dimension. Dans un cas, il fit cette opération à la campagne, pendant les dernières vacances, ayant très-peu d'instruments à sa disposition. L'opération fut suivie d'incontinence d'urine jour et nuit, qui a disparu depuis en grande partie.

M. Paulet fait remarquer que la taille vaginale est impraticable chez les petites filles dont le vagin permet à peine l'introduction du bout du petit doigt. On se fait par cette voie, dans ces cas, moins de place que par la méthode uréthrale. Il a souvenir d'une opération dans laquelle le broiement de la pierre, ayant été impossible avec le lithotriteur et même avec le lithoclaste, il eut recours à la taille uréthrale, qui lui permit d'extraire, avec difficulté il est vrai, un calcul de 26 à 28 millimètres. Il y eut incontinence d'urine pendant quinze jours seulement, et l'opération n'eut aucune suite fâcheuse.

M. Verneuil pense que la lithrotritie est tout à fait indiquée chez la femme, à cause de l'introduction des instruments dans la vessie. Mais lorsqu'elle est impossible par suite de la résistance d'un calcul d'oxalate de chaux, par exemple, c'est à la taille sus-pubienne qu'il faut avoir recours, parce qu'elle garantit de l'incontinence. La taille uréthrale chez l'enfant peut quelquefois ne livrer qu'un passage insuffisant pour le calcul, s'il est d'un gros volume, et le chirurgien est alors obligé de faire immédiatement la taille sus-pubienne. Cela est arrivé à l'orateur, et les tentatives d'extraction par la première voie ont été suivies d'une incontinence qui a duré quatre ans. Mais c'est la taille vaginale qui doit être préférée aujourd'hui que la guérison des fistules vésico-vaginales est devenue si facile et si certaine, surtout dans ces conditions. M. Verneuil rejette aussi la simple dilatation de l'urèthre. Il a vu une femme mourir en six jours à la suite de cette opération, et une autre rester atteinte d'une incontinence d'urine incoërcible. En résumé : lithotritie si le calcul est friable, taille vaginale s'il n'est pas friable mais d'un petit volume, taille sus-pubienne si les dimensions sont considérables.

M. Tillaux n'a pas d'expérience personnelle sur ce sujet, mais voudrait voir élucider par la Société de chirurgie la question de la taille chez la femme. Malgaigne repousse absolument la taille uré-

thrale. M. Reliquet en est absolument partisan. Le même auteur dit que la dilatation peut être faite sans inconvénient, chez la femme, si l'on a eu soin de la soumettre au chloroforme avant l'opération. L'urèthre se laisse alors dilater sans se déchirer. Quant à la lithotritie par laquelle M. Verneuil conseille de commencer, si cela est possible, est-il vrai que ce soit une opération meilleure chez la femme que chez l'homme, comme cela semblerait à priori. Cependant des noms qui font autorité en cette matière sont d'un avis tout opposé et disent que le grand obstacle est l'impossibilité d'empêcher l'écoulement du liquide injecté, quand on introduit un instrument dans l'urèthre si court de la femme.

M. LANNELONGUE préfère la lithotritie à sec, c'est-à-dire sans injection préalable de liquide, et sans s'inquiéter si la vessie renferme ou non de l'urine. Thompson fait ainsi, ou du moins l'a fait une fois à Paris. On trouve dans la thèse de M. Hybard un parallèle précieux entre les résultats de la lithotritie et de la taille chez la femme. La première opération est facile et n'a pas d'inconvénients sérieux. Quant à la taille, il est important de connaître d'abord les dimensions et les qualités physiques du calcul, avant de faire choix de la méthode. La taille vaginale a, en général, de grands avantages: elle porte plus directement sur la vessie, et, si celle-ci est malade, le traitement en devient plus facile. La fistule qui en résulte est réparée très-facilement par une couture bien ordonnée.

M. DUPLAY n'a pas de renseignements personnels, mais sait qu'en Amérique la taille vaginale est la médication courante. La lithotritie est toujours une opération difficile. Quant à la lithotritie à vide, c'est une hérésie; et c'est à cause de l'impossibilité de retenir l'urine dans la vessie de la femme, que cette opération n'est pas praticable chez elle.

M. DESPRÈS est d'avis que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation, et est une mauvaise opération. Il faut recourir à la lithothritie si l'on veut aller vite, à la dilatation si l'on veut opérer doucement. La taille vaginale n'offre pas de difficulté, excepté chez les très-petites filles. La lithotritie doit être faite à sec, c'est-à-dire sans injection préalable, mais Giraldès a appris que cette opération donne chez l'enfant plus de cas de mort que la taille. La statistique de Guersant, publiée par Giraldès, se ressent de l'enthousiasme de l'auteur pour la lithothritie. Les enfants qui meurent à la suite de cette opération succombent à la péritonite qui succède à l'intolérance si grande de la vessie de l'enfant.

M. MARJOLIN a vu que, chez les petits enfants ou chez les adolescents, la vessie tolère très-difficilement la présence d'un liquide. Si l'on fait une injection préalable, il faut avoir soin de comprimer l'urèthre pour empêcher le liquide de sortir, et d'abord, de la faire très-lentement. Par un hasard singulier, M. Marjolin n'a jamais vu, pendant les dix-huit ans qu'il est resté chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, de calculs chez les petites filles; Giraldès et Guersant en ont observé, au contraire, et plusieurs autres cas ont été communiqués à la Société de chirurgie.

M. LE FORT est partisan de l'injection préalable, mais comme Thompson la recommande, c'est-à-dire de 150 à 180 grammes. Si elle est faite très-doucement, il ne se produit pas de spasme. La lithotritie à sec, c'est-à-dire faite dans une vessie qui ne contient aucun liquide, est dangereuse. Guersant était, en 1828, absolument opposé à la lithotritie chez l'enfant, qui donnait le même chiffre de mortalité que la taille.

M. VERNEUIL a observé ce matin même qu'en introduisant le brise-pierre dans la vessie de la femme, on ne perd que quelques gouttes d'urine, et que la manœuvre de l'instrument est très-facile. La susceptibilité de la vessie est très-variable, suivant les sujets. Lorsqu'une injection est nécessaire, on la rend très-supportable en ayant soin d'injecter très-lentement de l'eau tiède.

M. TRÉLAT a soin de vider la vessie pour se renseigner sur la tolérance du col de la vessie pour les instruments et sur les qualités de l'urine. Puis il fait une injection modérée proportionnée aux besoins ultérieurs de l'opération.

M. SÉE a vu opérer Nélaton, qui vidait la vessie et faisait ensuite une injection. La durée du traitement était, par cette pratique, abrégée notablement.

M. DUPLAY. On a renoncé depuis à cette pratique qui a des inconvénients. Ce qui semble guider aujourd'hui les opérateurs, c'est d'abréger autant que possible les manœuvres sur la vessie. Thompson a supprimé le premier temps, c'est-à-dire l'évacuation de l'urine et l'injection d'eau, et le dernier qui consistait à faire une nouvelle injection. Mais il faut avant le jour fixé pour l'opération être muni de tous les renseignements nécessaires sur le volume de la pierre, la capacité et la tolérance de la vessie, la présence de sang ou de pus, etc.

M. DESPRÈS donne les chiffres, pris dans Giraldès, de la statistique de Guersant qui porte sept morts sur quarante lithrotritiés et huit morts sur cent-quatre cas.

M. LE FORT maintient son affirmation basée sur ces relevés, faits par Guersant lui-même, de la pratique de l'hôpital et de la ville.

M. PÉRIER, rapporteur, répond à différents points de la discussion : aucun travail n'a été fait spécialement sur les calculs chez des petites filles. La thèse d'Hybord comprend l'étude de la pierre chez la femme et la petite fille indistinctement. M. le rapporteur pense qu'il faut toujours avoir recours à la dilatation si elle est possible. Mais s'il s'agit d'une petite fille, quoique la section de l'urèthre expose à l'incontinence d'urine; pas aussi cependant fatalement que le croit M. Verneuil, à moins que l'on ait usé d'une grande violence, il est préférable de pratiquer la taille, parce qu'il faut toujours songer à la présence possible d'un corps étranger au centre du calcul. Dans le cas présent c'était une aiguille et les conséquences de la lithotritie auraient pu être très-graves.

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et ses observations sont envoyées au comité de publication.

COMMUNICATION

Luxation scapulo-humérale. Rupture de l'artère axillaire. Anévrysme faux primitif de la région axillaire. Ligature de l'artère sous-clavière suivie immédiatement de la désarticulation de l'épaule. Mort. — M. LE DENTU fait la communication suivante : un homme de cinquante-sept ans tombe, le 14 février 1877, du haut d'une charrette de foin, et se luxe l'épaule. Il ressent immédiatement un engourdissement de la main, puis une anesthésie complète, avec abolition du mouvement. Des battements se font sentir dans l'aisselle. Il entre le 16 à l'Hôtel-Dieu, où M. Le Dentu le voit le lendemain. Il présentait alors une infiltration considérable de tout le membre. On sentait les battements et on entendait du souffle dans l'artère axillaire. Pas de pouls radial. Tentatives très-modérées de réduction. Dans la journée, il se fait un épanchement sanguin diffus du dos, qui gagne les insertions inférieures du grand dentelé. Le lendemain matin, ni souffle ni battements dans la poche. Pas de stupeur. 37°,2. L'expectation exposait le blessé à des ruptures nouvelles et à la suppuration, elle est condamnée par tous les chirurgiens. La ligature de l'artère sous-clavière exposait à plusieurs accidents sans prévenir la suppuration du foyer *qui communiquait avec l'articulation*. Dans plusieurs cas relatés par Dickson, Nélaton, Panas, Warren (de Boston), la mort a presque toujours suivi cette opération. Dans un cas de guérison, avec persistance de la paralysie, l'auteur n'a pas noté le bruit de souffle et les battements dans l'articulation. M. Le Dentu proposa la désarticulation le sixième jour. La température était alors de 38°. Après avoir placé un fil d'attente sur la sous-clavière, le chirurgien fit l'opération par la méthode ordinaire, et d'autant plus facilement, que la tête était déjà désarticulée et qu'il ne restait que quelques débris de capsule à la partie postérieure. La sous-clavière fut liée définitivement. Malgré le traitement de Lister, le malade succomba le deuxième jour, après avoir présenté un peu d'agitation et d'élévation de la température après l'opération (37°), ainsi que le lendemain matin (39°) et la nuit qui a précédé la mort (40°).

Autopsie : il y avait déjà du pus dans le foyer, et il y existait un noyau d'athérome au niveau de la naissance de l'artère sous-scapulaire, sans autre lésion très-marquée des artères. Le foie et les reins étaient gras. Le sujet était alcoolique et paraissait plus vieux qu'il ne l'était en réalité. Il avait de plus perdu beaucoup de sang. Il n'existe aucun autre exemple de luxation scapulo-humérale compliquée d'emblée d'anévrysme faux primitif avant qu'il ait été fait aucune tentative de réduction.

DISCUSSION

M. TILLAUX se préoccupe beaucoup, comme M. Le Dentu, de l'hémostase. Dans un cas où le malade était très-exsangue, au lieu de placer un fil d'attente sur la sous-clavière pour la lier au besoin, il fit la compression d'Esmarch en plaçant le tube sur la clavicule et sous l'aisselle, et se servit du thermo-cautère. Il put ainsi faire l'opération absolument à blanc.

M. LE DENTU. Ce procédé est applicable quand l'aisselle est à peu près saine. Mais les conditions étaient toutes différentes dans le cas dont il s'agit, et l'artère était tellement malade, qu'elle se laissait par les mors de la pince. M. Le Dentu est d'ailleurs également d'avis qu'il faut se dispenser de la ligature préalable lorsque c'est possible.

M. TILLAUX. Il est possible de se rendre maître de l'hémorrhagie par la compression avec le pouce de la sous-clavière sur la première côte.

M. PANAS fait remarquer que, dans toutes les observations qui existent, la rupture de l'artère s'est produite invariablement au même point, et en tire cette conclusion qu'elle est toujours le résultat de la pression de la tête de l'humérus, indépendamment des tentatives de réduction.

M. LE DENTU. L'absence du pouls est un signe diagnostique précieux dans des cas semblables, lorsqu'il n'existe pas de signes propres à l'anévrysme, comme dans un cas qui appartient à Auguste Bérard.

M. VERNEUIL est d'avis que l'influence de l'état pathologique antérieur du malade de M. Le Dentu est évidente. L'athérome artériel, le foie et les reins gras sont la cause de sa mort.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. CRUVEILHIER présente un malade âgé de quatorze ans et demi, auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien, par la méthode nasale (opération d'Ollier). Au dixième jour, les os du nez étaient déjà consolidés.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. POLAILLON présente le moule d'une cavité utérine, qui offre les vestiges de l'anomalie désignée sous le nom d'utérus biloculárisé, et qui donne à cet organe la forme d'un cœur de carte à jouer. La femme sur laquelle cette pièce a été prise avait succombé aux suites d'une insertion vicieuse du placenta, au huitième mois et demi de la grossesse. Cette pièce éclaircit l'étiologie des présentations du tronc, présentation qui avait été diagnostiquée pendant la vie. L'éperon saillant qui occupe le milieu de la paroi supérieure de la cavité, empêche le fœtus de prendre, dans l'utérus, une autre position que la position transversale. Ainsi peut s'expliquer, sans doute, la persistance de la présentation du tronc chez certaines femmes. Après une série de grossesses, l'éperon peut s'effacer et la présentation se faire dans les conditions normales.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A l'avenir, le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, lorsqu'il sera agrégé, participera aux examens de la Faculté.

M. Bataillard (Paul), ancien élève de l'École des chartes, archiviste paléographe, est nommé archiviste de la Faculté de médecine de Paris (au rang de bibliothécaire).

M. Ramonat est délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le professeur Dolbeau, retenu par une légère indisposition, se trouve dans l'obligation de suspendre momentanément son cours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gardon, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé bibliothécaire à ladite Faculté, en remplacement de M. Kuhnholtz-Lordat, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *Muséum.* — M. Bonnet (Edmond), docteur en médecine, est nommé préparateur de la chaire de botanique (classifications et familles naturelles) au Muséum d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Cours d'accouchement.* — MM. Budin et Pinard commenceront le jeudi 15 mars, à quatre heures et demie, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse; — 2° eutocie; — 3° dystocie; — 4° exercices pratiques. — S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 30. — MARDI 13 MARS 1877. 50e ANNÉE. MARDI 13 MARS 1877. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'aphasie chez les enfants.

L'aphasie est un accident rare dans les maladies de l'enfance. Quand il se présente chez les sujets idiots ou atteints de maladies cérébrales aiguës et chroniques, avec des accidents convulsifs et paralytiques, on n'y fait guère attention. Le phénomène, évidemment secondaire, se confond avec les autres symptômes de la maladie, et l'ensemble absorbe le particulier.

Quand, au contraire, l'aphasie est primitive que son origine est obscure, et qu'il n'existe avec elle aucune altération de l'intelligence ni du mouvement, le phénomène mérite une attention toute spéciale. C'est celui-là qui est rare, exceptionnel même, et il sera l'objet de la conférence d'aujourd'hui. J'en ai observé quelques exemples. Je vais vous les exposer afin de les comparer aux faits analogues que j'ai trouvés dans la presse étrangère.

Il est inutile de parler ici de l'*aphasie des idiots et des sourds-muets*. Celle-là n'est pas à discuter. Je ne parlerai pas davantage de l'*aphasie des névroses,* telles que l'éclampsie simple ou l'éclampsie vermineuse, la chorée, états morbides, où l'ataxie musculaire linguale est parfois telle que l'articulation des mots est embarrassée ou impossible. Ces différentes espèces d'aphasie sont bien connues et ne constituent pas des éléments pathologiques particuliers.

L'aphasie la plus intéressante à étudier est celle qui est primitive et qui débute sans être accompagnée de symptômes cérébraux graves, ou bien celle qui accompagne la convalescence des maladies aiguës, principalement la fièvre typhoïde, ou enfin celle qui n'est plus qu'un symptôme des maladies aiguës ou chroniques du cerveau.

1° *Aphasie primitive de cause inconnue.* Celle-ci débute subitement ou par degrés, chez des enfants sains dont l'intelligence reste entière et qui n'ont pas de paralysie des sens ou du mouvement.

En voici quatre exemples chez des enfants âgés de vingt-cinq mois, de trois, de six et de neuf ans. Dans tous ces faits, l'enfant a guéri au bout de quelques jours.

OBS. I. — *Aphasie primitive.* — Gustave C..., âgé de vingt-cinq mois, a eu, il y a huit jours, une aphasie complète sans perte de connaissance ni de paralysie. Il pouvait se mouvoir comme d'habitude, remuer la langue, boire et manger sans difficulté. Jamais de maladie antérieure.

L'aphasie a duré quarante-huit heures. L'enfant poussait des sons, mais ne pouvait articuler. Depuis lors, il marche difficilement, peut se tenir, mais n'avance pas. Rien au cœur. Il mange et digère bien.

Au bout de quinze jours, tout avait disparu.

OBS. II. — *Aphasie primitive chez un enfant.* — En 1866, un garçon de six ans, ayant l'air intelligent, parlant très-bien, très-gai et n'ayant aucune indisposition, fut peu à peu affecté d'aphasie.

Il y avait trois mois que cela durait, quand on me l'a présenté, et l'enfant ne pouvait plus dire un seul mot. Il tire la langue, agit, entend et marche avec facilité. Rien au cœur. Son facies est excellent, et à part cet accident, il n'est pas malade. Présenté à la Clinique pour sujet de ma leçon, il a été remmené par sa mère et je l'ai perdu de vue.

OBS. III. — *Aphasie intermittente; guérison.* — La nommée C..., âgée de neuf ans, entre le 22 février 1875, salle Sainte-Catherine, n° 7. Cette enfant, assez bien constituée, a eu la rougeole à l'âge de trois ans et la scarlatine à sept ans. Elle n'a pas présenté d'accidents convulsifs pendant ces deux maladies. A deux ans et demi, elle ne parlait pas encore. Les premiers accidents convulsifs se sont montrés chez elle à l'âge de huit mois, à l'époque de la première dentition. Elle présentait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, une paralysie complète du bras et de la jambe, les yeux tournés du côté paralysé. Chaque attaque durait une demi-heure au moins et cédait à l'emploi d'un vomitif ou d'un sinapisme. Cette série d'attaques dura un an, et elle ne put marcher que très-tard. Ensuite, depuis la fin de la deuxième année, jusqu'à ces derniers temps, elle paraît s'être bien portée.

Mais, sept ans plus tard, il y a quatre mois, de nouveaux accidents se sont tout à coup manifestés pendant le diner. L'enfant a perdu subitement le mouvement dans le bras et la jambe gauches, sans qu'il y ait perte de connaissance. La parole était conservée. Cette attaque dura une heure. Au bout de ce temps, le mouvement revint. Le lendemain, répétition des mêmes accidents, et ainsi les jours suivants, pendant quinze jours. Au bout d'un mois, l'enfant jouait et perdit tout à coup l'usage de la parole sans qu'il y ait perte de connaissance ni de paralysie des membres; cela dura une heure. Le lendemain et les jours suivants, on remarquait la même chose, mais l'enfant restait plus longtemps, trois ou quatre heures, sans pouvoir proférer une parole. C'est ainsi qu'elle est arrivée à l'hôpital.

L'enfant se plaint de maux de tête siégeant à la région frontale et revenant par moments, principalement le matin. Elle n'a pas de strabisme. Durant les accès d'aphasie, elle peut tirer la langue hors de la bouche. Le voile du palais conserve ses mouvements, mais l'enfant ne peut boire; elle rejette immédiatement le liquide, qui provoque de la toux.

L'enfant n'a jamais eu de taches syphilitiques sur le corps. Le père a eu dans son enfance des accidents convulsifs, qui déterminaient la perte de connaissance, mais sans écume à la bouche. Ces accidents ont disparu avec l'âge.

Cette enfant, pour terminer, n'est pas intelligente. Elle sait à peine lire et ne sait pas écrire. Elle a bon caractère, est tranquille et joue un peu avec ses petites voisines.

Elle mange bien, ne vomit pas, n'a pas de diarrhée, de constipation. Le pouls est régulier, 100 pulsations à la minute, et il n'y a rien au cœur. La sensibilité et les mouvements réflexes sont parfaitement conservés.

On ne trouve rien à l'ophthalmoscope.

Je prescris un vésicatoire à la nuque, et au bout de huit jours, l'aphasie cesse complétement. L'enfant est sortie guérie.

Obs. IV. — *Aphasie primitive.* — Émile C..., âgé de trois ans, amené au mois de juin 1866, n'a jamais été malade et n'a jamais eu de convulsions. Il y a dix jours, sans perte de connaissance ni aucun phénomène morbide, la parole, assez nette, s'est embarrassée et a cessé de pouvoir se produire. Les mouvements de la langue et des membres sont faciles et naturels.

L'enfant n'est pas de mauvaise humeur et semble un peu agacé; son extérieur est celui de la santé.

L'œil droit offre de l'hyperémie, qui voile le contour de la papille et recouvre cette partie.

A gauche, rien d'anormal.

Au bout de huit jours, sous l'influence de frictions de pommade à la vératrine derrière les oreilles, tous les accidents avaient disparu.

2° *Aphasie dans la convalescence des maladies aiguës et surtout de la fièvre typhoïde.*

Albrecht Clarus a cité douze cas de ce genre dans la *fièvre typhoïde.* Dix ont été observés sur des garçons de trois à treize ans. Quatre ont été pris dans la convalescence, un à la quatrième septaine, deux dans la troisième, un dans la seconde, un à la première, et les autres à une époque indéterminée. Tous sont morts, et dans deux cas d'autopsie, une fois on n'a rien trouvé, et dans l'autre, qui avait été compliqué d'hémiplégie, on supposa une embolie cérébrale due à l'état valvulaire du cœur, mais on n'a rien trouvé qui justifiât cette hypothèse.

En voici un exemple, que j'ai observé dans la fièvre typhoïde :

Obs. V.— *Aphasie chez un enfant convalescent de fièvre typhoïde.* — En 1876, un garçon de six ans, W..., fils d'un confrère de l'armée, était convalescent d'une fièvre typhoïde assez grave ayant duré un mois; il mangeait bien et commençait à se lever, lorsque l'on s'aperçut qu'il parlait un peu plus lentement. Deux jours après, le matin, peu après son repas, il cessa de pouvoir parler tout à fait. Cela le mit en colère, et il pleura et s'agita dans une petite crise nerveuse, caractérisée par des crispations dans les mains et les pieds. Il n'y eut pas de perte de connaissance, et bien que l'articulation des mots fût impossible, les mouvements de la langue restèrent faciles et naturels. A ce moment, il y eut un peu de dysphagie et les boissons revinrent une ou deux fois par les narines. Au bout de quelques heures, quelques mots seulement, peu compréhensibles, purent être articulés très-lentement.

C'est alors que je le vis, appelé par son père le docteur W...

Je le trouvai pâle, anémique, sans bruit de souffle au cœur. Il était assis dans son lit, à jouer. Sa figure était intelligente, mais il y avait parfois un peu de strabisme convergent, et trouble de coordination des yeux sans diplopie ni amaurose. Il tirait la langue droite et la remuait en tous sens, mais ne pouvait parler, sauf un ou deux mots très-péniblement articulés. La dysphagie avait disparu. Les mouvements des membres étaient faciles, et j'ai pu le faire marcher trois ou quatre pas comme un convalescent encore très-faible.

La sensibilité cutanée était très-obtuse, presque abolie, mais les mouvements réflexes à la plante des pieds étaient, en revanche, très-évidents.

Je ne constatai aucun trouble des organes des sens, nulle altération des bruits respiratoires, mais au cœur un peu de ralentissement, 76 battements, avec des intermittences qui se retrouvaient dans le pouls. Ces intermittences avaient été remarquées dans le cours de la fièvre typhoïde.

Peu de temps après ma visite, l'enfant recommença à articuler distinctement quelques mots; dans la soirée, la parole revint peu à peu, quoique lente, incertaine et balbutiée. L'enfant dîna avec un appétit dévorant, et s'endormit bientôt après d'un sommeil profond, qui dura presque sans interruption toute la nuit. Le lendemain, le petit malade parlait assez bien, en scandant pour ainsi dire toutes les syllabes, et en prononçant souvent un son pour un autre.

Vers dix heures du matin, il me parlait, quand, au milieu d'une phrase, la parole lui manqua tout à coup; je vis sa figure pâlir, ses yeux diverger, la commissure labiale droite se contracter convulsivement, et la langue faire des efforts infructueux pour articuler quelques sons indistincts.

Je le pris dans mes bras et lui recommandai de se tenir tranquille. il resta dans cette position pendant une demi-heure; au bout de ce temps, la parole revint comme auparavant.

La journée se passa bien, mais le malade était évidemment sous l'empire d'une grande surexcitation nerveuse, ne voulant pas rester autrement qu'assis dans son lit, et faisant de continuels efforts pour parler.

Vers cinq heures du soir, il eut comme une crise de nerfs, avec violente explosion de colère, de cris et de sanglots. Une demi-heure après, pendant son dîner, nouvelle attaque pareille à celle du matin. avec pâleur mortelle, strabisme, convulsions du coin de la bouche et mutisme complet. La durée de cette attaque ne fut que d'environ cinq minutes; au bout de ce temps, l'enfant se remit à parler et à manger avec le même appétit glouton; il s'endormit peu de temps après d'un sommeil profond, qui dura toute la nuit. La journée de dimanche se passe bien; aucune attaque ne reparut et l'enfant était moins irritable. On profita de cette journée pour le nourrir autant que possible, en maintenant le plus grand calme autour de lui. La parole était redevenue presque naturelle. La nuit suivante fut excellente, le sommeil ininterrompu.

Aujourd'hui, huitième jour après ces accidents d'aphasie, l'enfant est gai, chante, rit et parle à peu près naturellement, sauf un peu de bégaiement par moments. Il semble reprendre des forces presque à vue d'œil et veut se lever. Son caractère est cependant encore d'une irritabilité extrême, et il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas provoquer de crise nerveuse.

Depuis hier, la sensibilité de la peau des extrémités est complétement revenue et peu à peu s'est faite la consolidation définitive de sa convalescence.

En dehors de la fièvre typhoïde, d'après Albrecht Clarus, on a rencontré deux fois l'aphasie dans la *rougeole*, une fois dans la *variole* et une fois dans la *scarlatine*.

Pour la rougeole, la petite fille, âgée de huit ans, tomba tout à coup dans le coma pendant la période d'éruption et resta en cet état pendant trois jours, puis elle resta aphasique et guérit. Peut-être y a-t-il eu dans ce cas une endocardite végétante, habituelle dans la rougeole, et qui aura produit une très-petite embolie artérielle, assez peu considérable pour permettre à l'aphasie de guérir rapidement.

Dans le second cas, c'était un garçon. A la fin de la rougeole, il fut pris de convulsions et de coma, il était aveugle, sourd et aphasique; l'ouïe revint, mais il resta aveugle, devint hémiplégique et mourut ainsi. Il est probable que cette aphasie dépendait d'une thrombose des sinus de la dure-mère, fait anatomique constant dans les convulsions terminales des maladies aiguës.

Dans la variole, on a vu un enfant de neuf ans, qui fut pris d'aphasie temporaire au moment de la période de dessiccation, et l'accident se dissipa au bout de quelques jours. Ici encore, il doit y avoir eu une très-petite embolie, comme dans un des cas précédents.

Dans la scarlatine, c'était un garçon hydropique à la sixième semaine de la maladie. Il fut pris alors de convulsions, de coma et d'hémiplégie droite. L'hémiplégie disparut, mais l'aphasie resta. C'était là un effet d'œdème cérébral dû à l'hydropisie générale; ce que l'on qualifie à présent d'encéphalopathie urémique.

3° *Aphasie dans les maladies cérébrales aiguës et chroniques.*

Les maladies aiguës du cerveau chez les enfants déterminent parfois de l'aphasie, absolument comme chez l'adulte. J'en ai vu plusieurs cas dans la méningo-encéphalite chronique. Clarus en cite trois exemples qui étaient dus à des affections traumatiques du cerveau; un cas par abcès du lobe antérieur gauche, quatre cas par tubercules du cerveau placés en divers points de la substance nerveuse. Six cas, à la suite d'hydatides, de l'encéphale, et dans cinq de ces cas, la tumeur n'existait pas dans l'hémisphère gauche du cerveau. Ce fait est digne de remarque, puisque l'on sait que certains pathologistes prétendent localiser d'une façon absolue la faculté du langage dans la partie antérieure de cet hémisphère. Ces exceptions viennent grossir le nombre de celles qui existent déjà dans la science et qui sont connues de tous ceux qui n'ont pas de parti systématique dans cette question.

Clarus indique aussi cinq cas d'aphasie par embolie cérébrale avec affection valvulaire du cœur. Trois furent compliqués d'hémiplégie droite et se terminèrent par la mort; et dans un autre, où il n'y eut pas d'hémiplégie, la parole revint au bout de vingt-quatre heures.

Voici un cas semblable publié par Thomas Barlow :

Obs. VI. — *Aphasie chez un enfant atteint d'embolie cérébrale.* — Un garçon de dix ans, atteint d'insuffisance, eut un jour une attaque d'hémiplégie droite dont il guérit rapidement. Puis, quatre mois après, il eut une hémiplégie gauche avec aphasie et dysphagie extrême. Il comprenait, écrivait ses réponses, ne pouvait articuler.

A sa mort, produite par l'affection cardiaque, on découvrit une *embolie des deux artères* cérébrales moyennes, et des foyers symétriques limités de ramollissement sans œdème dans les circonvolutions frontales inférieures et moyennes. Avec l'hémiplégie droite due aux foyers de ramollissement de l'hémisphère gauche, il n'y eut pas d'aphasie, mais avec l'hémiplégie gauche par lésion de l'hémisphère droit, la parole fut abolie. (*The British medical journal* 1876, Thomas Barlow.)

Dans tous ces cas d'aphasie chez les enfants, on voit que c'est bien la faculté du langage qui a été atteinte. La langue n'était pas paralysée; les enfants pouvaient remuer cet organe sans pouvoir prononcer un mot. Dans les cas où l'intelligence était conservée sans hémiplégie, il est évident que c'est une partie circonscrite de l'encéphale qui était légèrement atteinte. Dans les autres, où l'on a constaté une hémiplégie, il est à peu près certain qu'il y avait une désorganisation de la substance nerveuse.

Ces faits obscurcissent plutôt qu'ils n'éclairent l'histoire de ce phénomène. Ils ne permettent pas d'en indiquer la cause avec précision et n'ont qu'un intérêt clinique. En effet, jusqu'à ce jour, les cas de ce genre chez les enfants n'ont pas été recueillis avec tout le soin désirable.

Quoi qu'il en soit, d'après ces recherches, on voit que l'aphasie chez les enfants peut exister sans lésion cérébrale visible à l'œil nu, car plusieurs autopsies n'ont rien fait découvrir dans le cerveau. (Voir les deux observations de Clarus.) D'ailleurs, il paraît évident que la lésion cérébrale, cause de l'abolition de la parole, peut n'être pas très-considérable et être fugitive, puisqu'il y a des aphasies temporaires de quelques heures ou de quelques jours. C'est ce qu'on peut voir dans les observations I, III et IV, ainsi que dans deux observations de Clarus.

Un fait important résulte aussi des faits qui précèdent, c'est que l'aphasie existe souvent avec l'hémiplégie, et que cette hémiplégie a été observée du côté gauche du corps, fait contraire à la loi de localisation du langage dans la partie antérieure gauche de l'encéphale.

Ainsi, on peut admettre : — une aphasie primitive de convalescence ou de névroses dont la cause est inconnue, temporaire et peu considérable; — une aphasie secondaire symptomatique d'embolies cérébrales capillaires ou d'embolies des artères sylviennes amenant le ramollissement; de contusion du cerveau, de tumeurs tuberculeuses ou hydatiques de l'encéphale, de méningite chronique ou de méningo-encéphalite.

Toute la difficulté gît dans le diagnostic de la cause qui produit la perte de la parole, mais si, avec l'aphasie, il n'y a point de trouble de l'intelligence et de la sensibilité générale ou spéciale, ni d'hémiplégie, il est probable que la perte de la parole ne dépend que d'un trouble passager de la substance nerveuse, plutôt que d'une désorganisation de cette substance. Dans le cas où l'aphasie s'accompagne d'hémiplégie, il y a évidemment lésion dans l'hémisphère cérébral opposé à la paralysie.

Resterait maintenant à établir le siége de la lésion dans les cas où l'aphasie est symptomatique d'une lésion cérébrale. D'après Gesmer, Schenkins, Broca et Bouillaud, la lésion existe dans les lobes antérieurs du cerveau. Dax en place le siége dans l'hémisphère *gauche* à la partie antérieure et externe du lobe moyen, et Broca enfin, dans la troisième circonvolution cérébrale antérieure gauche.

Cependant, il y a de nombreuses exceptions à cette loi. Velpeau, Trousseau, en ont observé plusieurs. Voisin en a cité d'autres. On en doit une à Gallard, de sorte qu'aujourd'hui, malgré les affirmations contraires, il est difficile d'accepter comme incontestable la localisation de la faculté du langage dans la troisième circonvolution cérébrale antérieure gauche. Ce n'est encore là qu'une hypothèse, et l'on s'est un peu trop hâté de conclure d'après des faits dont le nombre est insuffisant.

Ce qu'il y a de certain d'après les observations que je viens de rapporter, c'est que l'aphasie peut exister sans lésion permanente et n'être qu'une névrose passagère, dont la cause nous est inconnue.

Lorsque l'aphasie existe sans hémiplégie et qu'il y a lieu de supposer qu'il n'y a qu'un trouble passager de la circulation cérébrale, il faut un traitement immédiat qui n'a plus sa raison d'être dans les aphasies accompagnées d'hémiplégie. Alors, il faut appliquer un petit vésicatoire à la nuque ou derrière les oreilles; faire des frictions sur les tempes avec la pommade de vératrine, 3 grammes pour 30 grammes d'axonge, et tous les trois jours purger les enfants avec une dose de calomel variable, selon l'âge des sujets.

SUR LA LOCALISATION DU CUIVRE

DANS L'ORGANISME, APRÈS L'INGESTION D'UN SEL DE CE MÉTAL (1)

Par M. le docteur Rabuteau.

J'ai l'honneur de communiquer, à l'Académie, une observation qui me semble offrir un intérêt considérable, relativement aux questions médico-légales que peuvent soulever le mode d'action du cuivre.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 19 février 1877.

Il s'agit de l'analyse du foie d'une femme âgée de vingt ans, qui avait pris dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, en cent vingt-deux jours, 43 grammes de sulfate de cuivre ammoniacal et qui avait succombé « trois mois après la dernière ingestion de cette substance », à une tuberculisation à marche rapide.

Sans entrer dans les détails de l'analyse que j'ai faite en 1875, dans le laboratoire de M. Ch. Robin, je dirai que j'ai détruit la substance du foie par le procédé de Frésénius et Babo, c'est-à-dire au moyen de l'acide chlorhydrique et du chlorate de potassium purs, et que j'ai dosé le cuivre par le procédé de Pelouze, c'est-à-dire à l'aide d'une liqueur de monosulfure de sodium récemment titrée, versée peu à peu dans la solution ammoniacale de cuivre contenu dans les matières, jusqu'à la disparition de la coloration bleue, qui en était très-intense. J'ajouterai que le ballon de verre dans lequel j'ai détruit la substance du foie, a été chauffé sur un fourneau en fonte, afin d'éviter toute cause d'erreur pouvant provenir de l'emploi des lampes à gaz en cuivre.

J'ai trouvé de cette manière que le foie contenait :

Pour 1000 grammes. — 16 centigrammes 25.

Pour 1474 grammes (poids du foie total), 23 centigrammes 95.

Une autre analyse, faite par M. Yvon, suivant une méthode différente de la précédente, a indiqué la présence de 23 centigrammes 6, de cuivre dans le foie de cette même femme.

On ne saurait assurément conclure de ces faits que les sels de cuivre fussent inoffensifs. Les composés de ce métal sont nuisibles, mais, dans tous les cas, moins toxiques qu'on ne le croyait jadis.

Le point capital que ces résultats mettent en évidence, c'est qu'il faut être extrêmement réservé dans les déductions à tirer de la présence du cuivre dans le foie, Il serait aujourd'hui plus que téméraire d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement par un sel de cuivre, parce qu'on aurait trouvé 8 et même 12 centigrammes de ce métal dans le foie des personnes dont le genre de mort aurait éveillé des suspicions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mars 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des lésions tuberculeuses des muqueuses. — M. CADIAT a étudié les lésions tuberculeuses dans toutes les muqueuses de l'économie et est arrivé à cette conclusion, qu'il n'y a pas de dualité relativement aux lésions caséeuses et tuberculeuses, qu'il n'y a que des lésions tuberculeuses et que celles-ci présentent une évolution identique dans toutes les muqueuses.

M. GRANCHER fait observer, à l'occasion de la communication de M. Cadiat, que M. Thaon, dans sa thèse, avait déjà parfaitement étudié les granulations tuberculeuses de l'intestin et qu'il était arrivé à la même conclusion que M. Cadiat. On peut donc conclure de toutes ces diverses recherches, que le tubercule se comporte de la même façon dans tous les organes.

De la dyspepsie. — M. LEVEN rapporte l'observation d'un malade dyspeptique qui est mort dans son service à la suite d'un ulcère de l'estomac. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, dyspeptique depuis six ans, s'étant mal soigné et qui en était arrivé à vomir tous les aliments qu'il prenait. Lors de son entrée dans le service de M. Leven, il s'était déjà formé un ulcère de l'estomac, comme l'avait indiqué un vomissement de sang de un litre à un litre et demi. Cet homme offrait déjà un aspect cachectique, une teinte grise, un amaigrissement très notable et paraissait voué à une mort certaine. Il était difficile, à ce moment, de savoir au premier abord s'il s'agissait d'un ulcère simple ou d'un cancer de l'estomac. Cependant il revint peu à peu, et pouvait, après deux mois, faire un repas par jour; il reprenait ses forces et commençait déjà à se promener lorsque, trompant toute surveillance, il prit une tasse de chocolat et, sous l'influence de cet aliment un peu excitant, il se produisit une abondante hémorrhagie qui fut suivie de mort : il s'était fait une perforation de l'estomac. M. Leven présente les dessins microscopiques de la muqueuse stomacale de ce malade. Le tissu cellulaire sous-muqueux est à l'état normal, mais on constate la production d'énormes cellules répandues dans toute l'étendue de la muqueuse, une atrophie considérable des glandes gastriques et une sclérose de certains vaisseaux. Ce sont là les lésions de la gastrite.

A l'occasion de ce malade, M. Leven présente quelques considérations sur la dyspepsie. Si l'on s'en rapporte à la description des auteurs, la dyspepsie, dit-il, est un trouble, l'absence ou la perversion de la digestion. Le mot de perversion ne signifie rien suivant Leven; en effet, on digère ou on ne digère pas, il y a peptone ou il n'y a pas peptone, mais on n'observe jamais aucun état qui réponde au mot de perversion. Y a-t-il trouble ou absence ? Les progrès de la physiologie ont démontré que l'estomac ne fait pas de peptone et n'opère pas lui-même la digestion ; son rôle se borne à une simple chymification des aliments ; il n'y a pas de peptonisation dans l'estomac, il n'y a donc pas dans la dyspepsie d'absence ou de trouble de la digestion.

Ce n'est pas l'action de l'estomac sur l'aliment qui a de l'importance, mais bien celle de l'aliment sur l'estomac. A ce point de vue, M. Leven distingue deux espèces d'aliments, les aliments qu'il appelle de digestion facile et ceux qu'il appelle de digestion difficile. Les premiers, tels que la viande, par exemple, se bornent à séjourner un certain nombre d'heures dans l'estomac sans l'influencer en aucune manière ; les seconds, tels que la graisse, certains fruits, etc., irritent l'estomac. C'est cette influence fâcheuse de l'aliment sur l'estomac, qui est le lien entre la physiologie et la pathologie de cet organe. On peut donc conclure de ces faits, que la dyspepsie est une irritation passagère de l'estomac, se produisant pendant chaque digestion.

Diabète maigre, lésion du pancréas. — M. LANCEREAUX communique l'observation suivante : un homme de quarante-deux ans, qui avait été très-fort, très-robuste, qui est le père de quatorze enfants, est devenu malade depuis deux ans et présente tous les signes du diabète maigre. Il n'a jamais eu, en effet, de polysarcie ; il était amaigri, au contraire. Il rendait jusqu'à 6 litres d'urine et jusqu'à 500 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Dans le courant de décembre, cet homme présente les symptômes d'une pneumonie ; il avait des crachats verdâtres, visqueux, sucre d'orge ; il n'avait pas de fièvre, ni d'inappétence. Il continuait à jouir d'une bonne santé apparente ; l'auscultation permettait de constater l'existence d'un bruit de souffle dans la fosse sous-épineuse du côté gauche. Cet homme finit par succomber et M. Lancereaux pratiqua son autopsie avec le plus grand soin. Macroscopiquement ou cliniquement, les lésions pulmonaires étaient différentes de celle de la tuberculose ordinaire : la lésion n'avait pas commencé au sommet du poumon, elle avait donné lieu à du souffle dès le début, et les crachats n'avaient pas été ceux de la tuberculose ordinaire. Le système osseux, chez cet homme, était raréfié et présentait l'aspect de celui d'un vieillard ; les muscles étaient pâles et atrophiés. Le cerveau, les méninges, ne présentaient rien d'appréciable ; on ne constatait rien de particulier au bulbe, ni au niveau du plancher du quatrième ventricule. Le foie, les reins, n'offraient aucune altération notable, l'estomac était large, dilaté, ses glandes étaient considérablement hypertrophiées. Mais M. Lancereaux insiste particulièrement sur les altérations que présentait le pancréas ; celui-ci n'existait pour ainsi dire plus ; il ne constituait plus qu'un énorme canal, terminé par un cul-de-sac : tout le tissu pancréatique avait disparu ; le canal pancréatique seul existait et, à son entrée, était oblitéré par un calcul d'un blanc nacré, présentant l'aspect d'un sequestre et le volume d'une dragée. L'atrophie du pancréas se trouve donc expliquée, par l'oblitération de son canal ; mais quelle relation existe-t-il entre cette altération du pancréas et le diabète ? M. Lancereaux se borne à poser aujourd'hui cette question, se réservant de chercher à la résoudre ultérieurement.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Lancereaux, comment son malade digérait les graisses.

M. LANCEREAUX répond qu'il n'en a pas trouvé dans les matières fécales. Cet homme d'ailleurs digérait bien, mangeait et buvait beaucoup.

Durcissement des cerveaux avec conservation de leur volume normal. — M. MATHIAS DUVAL met sous les yeux de la société une série de pièces qui montrent tout le parti que l'on peut tirer d'un nouveau mode de conservation des cerveaux. Le procédé de *momification* dû à M. Broca est suffisant pour conserver des hémisphères de cerveaux humain, mais pour ce qui est des encéphales de chien, chat, lapin et des encéphales d'embryons, il a le désavantage de trop réduire le volume des pièces, de trop les ratatiner. Les pièces conservées par le nouveau procédé, qui n'est autre chose que le procédé de Frederig (de Gand), modifié et perfectionné, conservent indéfiniment leur volume normal. En voici la technique :

L'encéphale est extrait de la boîte crânienne; il est placé aussitôt dans une solution d'acide azotique a 10 d'acide pour 100 d'eau.

Au bout de douze à quinze jours, il est retiré de ce bain ; l'encéphale est alors bien durci, et la pie-mère en est détachée avec une grande facilité.

On place aussitôt la pièce dans une solution de bichromate de potasse (eau 1000, bichromate 20), la solution de bichromate pénètre en peu de jours la pièce, jusque dans ses parties les plus profondes; le bichromate, au contact de l'acide azotique qui imbibe les tissus, donne de l'acide chromique qui durcit sur place et donne à l'encéphale une dureté parfaite.

Après huit jours de macération dans cette solution chromique, la pièce est mise dans l'alcool à 36° ou mieux encore à 40°. Elle y séjourne quatre ou cinq jours, puis on la retire, on la laisse sécher pendant dix à quinze minutes, et enfin, on la plonge dans de la paraffine fondue ; on fait d'abord cette immersion avec précaution, pour éviter une trop violente effervescence de l'alcool qui imprègne encore la pièce ; mais quand cette effervescence devient nulle, on plonge largement la pièce dans la paraffine, dont on élève la température presque jusqu'à ébullition. Au bout de dix à quinze minutes, on retire la pièce et la laisse refroidir. On a alors une véritable pièce en parafine, comme un moule exact qu'on aurait coulé en cire (en paraffine).

M. Duval fait passer sous les yeux de de la Société, une série de pièces d'encéphales d'embryons de mouton, et montre comment chez cet animal, les circonvolutions se développent par des sillons antéro-postérieurs.

Chez l'homme, au contraire, ce sont les sillons transverses qui se montrent les premiers, ainsi qu'il sera facile de le constater sur une série de pièces en voie de préparation, et qui seront prochainement mises sous les yeux de la Société. De plus, ce n'est pas le sillon de Rolando, qui se montre le premier, mais bien la *scissure perpendiculaire interne* (sillon occipital des auteurs allemands.)

Ce procédé, donne aussi de belles préparations de l'hémisphère humain, divisé en fragments, par des coupes verticales-transversales. Sur ces pièces, on distingue très-nettement les parties blanches des parties grises, car, par le fait de la cuisson dans la paraffine, les masses blanches prennent une teinte noir foncé.

Pneumonie caséeuse. — M. GRANCHER continue à faire connaître les résultats de ses recherches sur la pneumonie caséeuse. I décrit histologiquement la pneumonie épithéliale intra-alvéolaire. Quand on étudie l'épithélium des alvéoles pulmonaires et ses modifications dans la pneumonie caséeuse, on trouve que l'alvéole pulmonaire a conservé son épithélium intact. Les cellules épithéliales se sont seulement gonflées et de plates qu'elles étaient sont devenues cubiques; mais elles ont conservé leur siége et leurs rapports. On pourrait appeler cette altération dégénérescence cubique. Dans d'autres cas, les cellules épithéliales ont quitté leur place, ont perdu leurs rapports, sont devenues isolées et indépendantes et sont simplement gonflées, avec un noyau volumineux; le protoplasma est considérablement augmenté de volume. D'autres fois, les cellules ont subi la dégénérescence muqueuse ; ce sont alors les grandes cellules contenant des vésicules muqueuses. En même temps, le protoplasma peut être devenu granulo-graisseux et l'on a alors une dégénérescence mixte, muqueuse et granulo-graisseuse. Dans d'autres cas, les cellules contenant des granulations rouges de pigment sanguin. Chez d'autres malades, les cellules présentent les caractères de la dégénérescence graisseuse et contiennent en outre des cristaux de cholesterine ou de margarine. A côté de ces cas que l'on peut résumer sous les noms de dégénérescence cubique, de simple gonflement des cellules, de dégénérescence mixte muqueuse et granulo-graisseuse, de dégénérescence granulo-graisseuse et de dégénérescence granulo-graisseuse cholestérique ou margarique, il en est d'autres moins connus qui sont les suivants : on rencontre parfois dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires de véritables cellules géantes contenant une série de noyaux bi ou trinucléolés ; d'autres fois ce sont des pseudo-cellules géantes, granuleuses à leur centre et présentant une couronne de noyaux. Ce n'est que l'alvéole pulmonaire elle-même, rétrécie par du tissu conjonctif en voie de prolification. M. Grancher indique encore plusieurs autres espèces de dégénérescences, entre autres une dégénérescence colloïde, une dégénérescence leucinique dans laquelle les cellules contiennent des gouttelettes de leucine, etc., et il termine en disant qu'en résumé, dans l'intérieur d'un alvéole pulmonaire en voie de dégénérescence caséeuse, l'épithélium peut subir diverses espèces d'altérations, en particulier celles qu'il vient d'indiquer.

Fécondation des grenouilles. — M. MOREAU, au nom de M. Philippeau, fait une courte communication relative à la fécondation des grenouilles : lorsqu'un mâle a passé dans une eau, il y laisse des spermatozoïdes qui peuvent rester vivants pendant un certain temps et au moyen desquels les femelles qui viennent à passer dans cette eau peuvent être fécondées.

Odontologie. — M. PIETKIEWICZ fait une communication relative au développement des dents dans certaines espèces animales.

Extraction de la cataracte sans iridectomie. — M. BADAL met sous les yeux des membres de la Société une aiguille et un couteau lancéolaire destinés à l'extraction de la cataracte par la méthode suivante :

Premier temps. — Introduction de l'aiguille à l'union de la cornée et de la sclérotique, et à l'extrémité externe du diamètre transverse si on se propose de faire l'extraction par le côté externe. Discision de la capsule; retrait de l'aiguille.

Deuxième temps. — Par la petite plaie déjà faite, introduction d'un couteau lancéolaire *à pointe mousse* qu'il suffit de pousser parallèlement au plan de l'iris jusqu'à sa rencontre avec le point diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée, pour avoir une section de 8 millimètres et demi de largeur, à sa partie interne. La forme et la grandeur du couteau ont été calculées de façon à obtenir ce résultat.

Troisième temps. — Retrait lent du couteau *à l'exception de la pointe mousse* qui maintient l'iris en place pour l'empêcher de faire hernie. Expulsion du cristallin.

M. Badal supprime le blépharostat. Le rôle de l'aide se borne à maintenir les paupières écartées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Diarrhée de Cochinchine. — M. LIBERMANN présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé, dans son service, à une diarrhée chronique de Cochinchine.

Ce malade, âgé de vingt-trois ans, soldat au régiment d'artillerie de marine, était arrivé à Saïgon à la fin d'août 1875. Dans le courant du mois de mai 1876, il y contracta une diarrhée qui persista avec des alternatives d'améliorations et de rechutes jusqu'au mo-

ment de son entrée à l'hôpital du Gros-Caillou, le 12 janvier 1877.

A cette date, il était déjà dans un état de maigreur et de faiblesse considérable, et avait cinq à six selles liquides dans la journée et dix à quinze pendant la nuit. Les selles, tantôt d'un jaune verdâtre, tantôt d'un blanc jaunâtre, quelquefois teintées de sang, exhalaient une odeur particulière, et étaient composées de mucus mêlé avec des détritus de matières alimentaires. Elles contenaient, outre quelques cristaux, un grand nombre d'anguillules stercorales très-faciles à reconnaître à leur mouvement ondulatoire caractéristique et à leur forme si bien décrite par Normand. Les urines mesurées à plusieurs reprises variaient entre 900 et 1200 grammes; elles ne contenaient pas d'albumine. La langue était rouge, dépourvue d'épithélium, les gencives pâles; le pouls petit de 60 à 70 par minute. La température, quand les selles étaient nombreuses, descendait parfois à 35 dans l'aisselle, le plus ordinairement elle oscillait entre 36 et 37.

Le traitement, qui avait d'abord consisté dans le régime lacté mitigé, n'ayant pas été supporté on prescrivit le jus de viande, les œufs, le vin de Bagnols, ainsi que les astringents et le phosphate de chaux; mais malgré tout, la diarrhée ne fit qu'augmenter. Vers le milieu de février, il se déclara un œdème des extrémités inférieures, et la faiblesse devint telle que le malade ne put plus monter sur la chaise percée et qu'il fut réduit à laisser aller sous lui. A ce moment, les selles deviennent presque continuelles. On n'observe pas de ténesme anal, mais des coliques assez violentes qu'on parvient à calmer avec l'opium et les cataplasmes.

Le 23 février, le malade est pris d'un point de côté à droite; le lendemain on constate un épanchement pleurétique de ce côté, et le 5 mars il succombe dans le dernier degré du marasme.

Les selles examinées presque tous les jours au microscope ont toujours présenté des anguillules en grand nombre. La santonine préconisée par M. Lereboullet a été donnée pendant plusieurs jours à la dose de 20 à 30 centigrammes sans effets appréciables.

A l'autopsie faite trente-six heures après la mort, on trouve une émaciation extrême de tout le corps. Dans la cavité pleurale droite, un litre de liquide séreux sur le poumon droit des fausses membranes jaunâtres, attestant une pleurésie récente. Rien dans le poumon gauche. Rien dans le cœur.

L'estomac est petit, ratatiné et contient les matières liquides ingérées avant la mort.

L'intestin grêle ne présente pas d'altération sensible de la muqueuse à l'œil nu, il est parsemé dans toute sa longueur de matières blanchâtres, riziformes, entremêlées de détritus jaunâtres. On trouve dans ces matières un grand nombre d'anguillules dont quelques unes sont mortes, mais dont d'autres vivent encore quarante heures après la mort du malade. Ces dernières ont des mouvements beaucoup plus lents que lorsqu'elles sont examinées immédiatement après leur sortie de l'intestin.

Le gros intestin à partir de la valvule de Bauhin offre les lésions de la dysenterie chronique, hyperthrophie de la muqueuse, rougeur, ulcérations en emporte-pièce, par places, des portions d'un gris ardoise; il existe également dans le mucus du gros intestin, un grand nombre d'anguillules. Le foie est petit, résistant à la coupe et pèse 1,100 grammes. La rate est atrophiée d'un poids de 107 grammes. Rien dans les reins.

Des portions d'intestin grêle ont été durcies pour être soumises à l'analyse microscopique.

M. Libermann, fait remarquer, que les lésions trouvées à l'autopsie sont uniquement celles de la dysenterie chronique. A l'œil nu, l'intestin grêle paraît absolument sain et cependant, le mucus qui le recouvre fourmille d'anguillules. Ce fait tendrait à prouver que l'anguillule n'a pas sur la muqueuse, l'effet irritant que lui attribue M. Normand, et rend M. Libermann très-réservé sur le rôle qu'il faut lui attribuer dans la pathogénie de la diarrhée de Cochinchine. Il est probable, que ce petit ver parasitaire particulier à la Cochinchine, trouve dans la diarrhée chronique de ces pays, des conditions de développement et de reproduction favorables, mais que là se borne son rôle et qu'il n'a que peu ou point de part à la production des accidents intestinaux. M. Libermann n'affirme rien cependant, d'une façon absolue, Il n'a pas devers lui les éléments nécessaires, pour résoudre le problème.

Il faudrait pour cela, des recherches plus nombreuses :

Examiner les selles des habitants de Cochinchine, qui ne sont pas atteints de diarrhée et y rechercher l'anguillule, étudier l'action des différents anthelminthiques sur le parasite et la diarrhée, observer avec soin le sang sur le cadavre et particulièrement celui de la veine-poete, rechercher enfin si l'anguillule n'existe pas dans les diarrhées et les dysenteries de nos climats. M. Libermann a examiné les selles de quelquels diarrhéiques et d'une dysenterie chronique de France, il n'y a pas trouvé l'anguillule. Il doit ajouter, en outre, pour apporter un élément de plus au problème, que dans deux cas de diarrhée de Cochinchine, guéris dans son service à fur et à mesure que les selles se moulaient les anguillules devenaient plus rares pour disparaître une fois les déjections complétement normales.

M. LAVERAN dit avoir eu l'occasion d'observer quelques cas analogues, et fait observer qu'à l'œil nu les lésions paraissent limitées au gros intestin, mais qu'au microscope il est facile de voir qu'elles s'étendent à l'intestin grêle. On ne peut donc pas dire que, dans le cas de M. Libermann, l'intestin grèle soit absolument indemne. Dans un cas, M. Laveran a pu constater une extrême abondance d'anguillules, et il a pu voir que quelques-unes d'entre elles vivaient jusqu'à cinq jours après la mort des malades. M. Laveran se rattache à l'opinion qui fait de la dysenterie de Cochinchine une maladie parasitaire.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne voit, au point de vue anatomo-pathologique, aucune différence entre la dysenterie de Cochinchine et celle que nous observons dans nos pays; il demande donc à M. Laveran si la symptomatologie diffère.

M. LAVERAN répond qu'il existe, en effet, quelques différences au point de vue de la symptomatologie : la dysenterie de Cochinchine débute rarement par une période aiguë, comme la dysenterie de nos pays; elle suit habituellement une marche lente et progressive. Toutefois, on observe également en Cochinchine la dysenterie ordinaire; mais à côté de cette dysenterie vulgaire, que l'on rencontre partout, il existe en Cochinchine une dysenterie particulière, une maladie endémique, parfaitement caractérisée.

M. LEREBOULLET admet, comme M. Laveran, l'existence en Cochinchine d'une dysenterie particulière, mais il ne considère pas cette dysenterie comme une maladie parasitaire. Chez un malade qu'il a pu observer dans son service, contrairement à M. Libermann, il a obtenu de très-bons effets de la santonine. Il l'a donnée en poudre, en trois administrations de 1 gramme chaque; après les phémomènes propres à l'absorption de ce médicament, le malade en question a présenté dès les premiers jours une notable amélioration, et se trouve aujourd'hui complétement guéri de sa dysenterie de Cochinchine.

M. LABOULBÈNE s'est entretenu plusieurs fois avec des médecins de marine de la dysenterie de Cochinchine; suivant eux, c'est une entérite spéciale, différente de celle que nous observons, mais M. Laboulbène fait des réserves au sujet des anguillules et n'admet pas, comme M. Laveran, qu'il s'agit là d'une maladie parasitaire. Il faudrait, pour que cela fût démontré, que la diarrhée de Cochinchine guérit sous l'influence d'un anthelmintique.

M. LIBERMANN s'associe pleinement à l'opinion exprimée par M. Laboulbène.

Il répond, en outre, à M. Lereboullet que la santonine est restée sans action sur son malade. Il est vrai qu'au lieu de 1 gramme il n'a porté la dose qu'à 30 centigrammes.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. FERRAND commence la lecture d'un travail sur la fièvre typhoïde et son traitement. Dans cette première partie, il s'attache à démontrer que l'hyperthermie, à laquelle beaucoup d'auteurs accordent tant d'importance, n'est qu'un symptôme de la maladie, et qu'en agissant contre ce symptôme seul, on n'institue pas un traitement rationnel de la fièvre typhoïde.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 1er mars 1877, il a été déclaré 999 décès, soit 28.1 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 4. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 22. — Érysipèle, 2. — Bronchite, 14. — Pneumonie, 85. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Dysenterie, » — Angine couenneuse, 35. — Croup, 30. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 223. — Affections chroniques, 474, dont 187 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 33. — Causes accidentelles, 23.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Henri-Ferdinand Dolbeau, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, membre et ancien président de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, décédé samedi dernier 10 mars, à l'âge de quarante-six ans. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi à midi.

Nous apprenons aussi par les journaux de Montpellier, la mort de M. le docteur Khünholtz-Lordat, fils adoptif et collobarateur de l'illustre professeur Lordat, ancien agrégé et bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Montpellier depuis cinquante-ans.

— Le corps de l'internat vient d'éprouver une perte sensible. M. Richerand, l'un de ses membres les plus distingués, a succombé aux suites d'une méningite.

— *Service des cliniques de l'Hôtel-Dieu, semestre d'été.* — M. le professeur Richet reprend son service et ses leçons le 15 mars.

— *Faculté de médecine de Paris.* Troisième trimestre de l'année scolaire 1876-1877. Inscriptions. Consignation pour les examens de fin d'année et de doctorat.

I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 9 avril, et il sera clos le jeudi 26 du même mois, à quatre heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin, et de une heure à quatre heures de l'après-midi.

II. *Examens de fin d'année.* — Les élèves autorisés à subir l'examen de fin d'année au mois d'avril devront consigner le lundi 19, le mardi 20, le mercredi 21 et le jeudi 22, de une heure à quatre heures. — Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir cet examen. — Aucune consignation ne sera admise passé le 22 mars.

III. *Consignations pour les examens de doctorat.* — Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues le mercredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures. — Toutefois, conformément à la décision prise par l'Assemblée de la Faculté, les consignations, suivant la nature de l'examen, ne seront plus reçues qu'après les dates ci-après :

Pour le premier doctorat, après le 15 avril.
Pour le deuxième doctorat, après le 1er mai.
Pour le troisième doctorat, après le 15 mai.
Pour le quatrième doctorat, après le 1er juin.
Pour le cinquième doctorat, après le 15 juin.

Exercices de medecine opératoire. — Les exercices de médecine opératoire commenceront le mardi 10 avril 1877 à deux heures. — Elles auront lieu tous les jours de deux à quatre heures dans les pavillons 1 et 2 de l'École pratique.

L'admission aura lieu sur la présentation d'une carte qui sera délivrée au secrétariat, le vendredi et samedi de une heure à quatre heures.

— Par suite du décès de M. le professeur Dolbeau, la Faculté est resté fermée hier, lundi, 12 mars. — En conséquence, les cours n'ont pas eu lieu et les examens indiqués pour ce jour ont été reportés au lundi suivant.

— *École de médecine de Caen.* — M. Mullois (Victor), né à Saint-Remy (Orne), le 5 février 1852, est chargé de la direction des travaux pratiques de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

M. Wiart, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur de physiologie à ladite école (chaire nouvelle).

— *Distinctions honorifiques.* — M. le docteur Forget est nommé officier de l'instruction publique.

MM. les docteurs Chambard et de Valcourt sont nommés officiers d'Académie.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nominations de membres titulaires, correspondants et associés libres nationaux ; 2° De la rétroversion de l'utérus ; par M. Berrut ; 3° Rétrécissement, uréthrotomie, induration périuréthrale, dilatation ; par M. Delefosse ; 4° Constitution médicale du mois de février. Policlinique.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 31. — JEUDI 15 MARS 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 15 MARS 1877. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au commencement de la séance, après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le président a annoncé officiellement à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire en M. Dolbeau, membre de la section de pathologie chirurgicale. D'après la volonté exprimée par M. Dolbeau, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe. La Faculté de médecine presque toute entière et un grand nombre de membres de l'Académie assistaient aux obsèques.

On n'a pas oublié le legs que Vulfranc Gerdy a fait en faveur de l'Académie pour l'institution d'un corps d'élèves stagiaires aux eaux minérales, nommés au concours, et destinés par la suite au recrutement des inspecteurs d'eaux minérales. L'Académie, à la suite d'un rapport fait par une commission composée de MM. Béclard, Gubler, J. Lefort, Pidoux et Broca, lu et adopté dans les séances des 6, 13, 20 et 27 juin de l'année dernière, a arrêté un réglement, dont M. le président a rappelé hier les termes à l'Académie, en déclarant ce concours ouvert. M. Chauffard a exprimé le vœu que la plus grande publicité possible fût donnée à ce document, ce à quoi le bureau s'est volontiers engagé. Nous nous empressons pour notre part de déférer à ce vœu en publiant textuellement le réglement en question. (Voir aux Nouvelles.)

Nous ne laisserons pas passer l'occasion de signaler parmi les présentations, celle qu'a faite M. Dechambre du *Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale*, par M. A. Lutaud, ouvrage éminemment utile dans lequel sont résumées, sous un format portatif, à l'usage des praticiens et des élèves en médecine, toutes les notions les plus essentielles à connaître en médecine légale, en toxicologie et en jurisprudence. Avec l'importance toujours croissante que prennent aujourd'hui les expertises médico-légales, il était utile qu'à côté des grands ouvrages classiques, où toutes ces questions sont étudiées et exposées d'une manière magistrale, vînt se placer un précis destiné à étendre encore et à vulgariser ces connaissances. C'est là le but que s'est proposé M. Lutaud et qu'il ne peut manquer d'atteindre.

Après ces préliminaires, et la lecture d'une série de rapports de M. Personne sur les remèdes secrets et nouveaux, et d'un rapport de M. Blot sur un cas de monstruosité, l'Académie est rentrée dans son ordre du jour qui était la suite de la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

La discussion en était restée, on s'en souvient, à une réponse assez vive de M. Bouley à l'argumentation de M. N. Guéneau de Mussy. M. Bouley avait voulu non-seulement défendre les documents administratifs qu'il avait présentés à l'Académie contre les critiques de M. Guéneau de Mussy, mais montrer du même coup que la doctrine à laquelle son collégue s'est rallié, laissant en dehors d'elle un certain nombre de faits qui la contrarient, n'a point encore fait sa preuve. La question semblait donc bien posée contradictoirement entre ces deux honorables académiciens; mais elle est posée, en réalité, comme le sont toutes les questions dont on n'a pas encore eu le temps de réunir tous les éléments, c'est-à-dire sur des malentendus.

C'est du moins l'impression qui nous était restée dans l'esprit, et c'est aussi ce qui a été mis en relief par les deux nouveaux argumentateurs entrés hier dans la lice, M. Bouchardat et M. Jaccoud.

M. Bouchardat n'a voulu retenir de tout ce qui a été dit, comme de tout ce qu'il a vu, qu'un fait, la contagion de la fièvre typhoïde. Comment, par quel mode, par quel agent s'opère cette contagion? C'est pour lui la question à étudier. Le rôle assigné aux fosses et aux égouts ne lui semble pas suffisamment démontré, et tout ce à quoi l'ont conduit ses études et ses observations à cet égard, c'est le doute.

M. Jaccoud, qui parlait pour la première fois à l'Académie et qui n'en a pas paru plus embarrassé pour cela, — ce qui n'a étonné que ceux qui ne l'avaient pas encore entendu —, a d'emblée et *ex abrupto* mis en pleine lumière le malentendu, en déclarant que, dans ce qu'il allait dire, il se trouverait complétement d'accord avec M. Guéneau de Mussy et non moins d'accord avec M. Bouley. Comment? La raison en est bien simple; et qu'on nous permette de rappeler, à cette occasion, que nous l'avions déjà pressentie, sinon formellement exprimée, lorsque nous avons fait remarquer qu'en incriminant les égouts, au même titre que les fosses, de tous les méfaits des épidémies typhoïdes, M. Guéneau de Mussy avait endossé quelques erreurs de fait relativement au mode d'organisation et de fonctionnement des égouts. Cette raison de l'accord que M. Jaccoud a prétendu maintenir avec les deux contradicteurs, c'est la séparation de deux éléments distincts de la question, indûment confondus. En mettant tout sur le compte de l'élément fécal, il est avec M. Guéneau de Mussy; en exonérant les égouts, il est avec M. Bouley.

Mais, reste la question de savoir si M. Jaccoud est dans le

vrai, lorsqu'il fait reposer toute l'étiologie extrinsèque de l'affection typhoïde sur les émanations provenant des fosses et des dépôts de matières fécales, en général, sans distinction d'origine et en tant que matières putrides organiques, auquel cas l'élément contagieux spécifique disparaît, pour laisser place à un élément miasmatique commun, ou si l'on ne serait pas plus près de la vérité encore, en cherchant l'élément spécifique typhogène, non dans la masse des produits excrémentitiels, mais dans les parties seulement de ces produits qui proviennent de sujets atteints de l'affection typhoïde. C'est là une question à débattre subsidiairement.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la Sclérodermie (1).

La sclérodermie en plaques, qui constitue la seconde variété, est également très-intéressante à étudier et diffère tout à fait de la précédente. Dans ces cas, en effet, la maladie procède ordinairement par plaques d'une étendue variant depuis les dimensions d'une pièce de un à cinq francs, jusqu'à la largeur de la main. Dans les régions occupées par ces plaques, la peau est ordinairement blanche, déprimée, d'une consistance analogue à celle du cuir. Elles sont tantôt uniques tantôt multiples et apparaissent en différentes parties du corps. D'autres fois, elles s'étendent, se réunissent et finissent par occuper une étendue assez considérable.

J'ai vu des malades dont la presque totalité du corps était envahie par l'induration, la sécheresse de la peau, caractéristiques de ces lésions. Dans ces cas, les fonctions des diverses régions du corps sur lesquelles elles se sont manifestées sont considérablement entravées. C'est ainsi qu'il est impossible aux malades d'étendre ou de fléchir les membres, et que les mouvements de flexion et de rotation de la tête ne peuvent plus être exécutés. Enfin, dans certains cas, il n'est pas rare de voir la maladie envahir la face. La peau paraît alors collée sur les os, le tissu musculaire, le tissu graisseux, semblent avoir complétement disparu, ce qui donne à la face un aspect de momification étrange. Il résulte de cet état l'impossibilité pour le malade de faire les mouvements nécessaires à l'émission de la parole, à l'expression de la figure. Dans certains cas encore, la bouche, les lèvres sont elles-mêmes rétractées, les yeux, les orifices naturels sont considérablement rétrécis et entravent l'exercice des diverses fonctions.

Non seulement cette affection peut occuper des régions très-étendues, mais il est encore des cas dans lesquels elle gagne l'intérieur. On a vu, en effet, les muqueuses linguale et buccale, le voile du palais, la langue, participer à cette dureté et à cette sécheresse de la peau. A la vérité ces exemples sont rares, mais des faits de ce genre ont été signalés.

Néanmoins, avec cette altération spéciale de la peau, on n'observe pas de troubles fonctionnels. C'est à peine, si la peau présente quelques phénomènes objectifs. Quelquefois cependant, rarement il est vrai, il existe une légère diminution de la sensibilité tactile, mais jamais de douleurs, jamais de démangeaisons; à peine dans certains cas, quelques élancements.

Enfin, chez ces malades, on a souvent remarqué ces taches pigmentaires signalées pour la première fois par Putegna. De plus, on observe encore chez les individus atteints de cette variété de sclérodermie des taches vasculaires, rouges, qui peuvent être de deux sortes. Les unes disparaissent sous la pression et dépendent d'un état de congestion des vaisseaux capillaires; les autres, au contraire, permanentes, véritables petites ecchymoses, ne disparaissant pas par la pression du doigt, indiquent ainsi qu'il y a là une véritable extravasation sanguine.

Enfin, la troisième variété ou *sclérodermie des extrémités*, *sclérodermie dactylée*, se rencontre surtout aux extrémités supérieures. A peine cite-t-on dans la science une ou deux observations dans lesquelles elle se soit manifestée aux orteils. Dans cette variété, les doigts deviennent singulièrement effilés, la peau semble adhérer aux os et enfin les troisièmes phalanges présentent une altération spéciale, consistant dans une atrophie telle, que souvent elles sont réduites au 1/3 ou au 1/4 de leur volume normal; atrophie progressive, car on ne trouve pas la moindre ulcération. Les ongles eux-mêmes sont détruits en grande partie, les articulations sont déformées, déviées, de telle sorte que la dernière phalange se coude souvent sur la seconde, de manière à former avec celle-ci un angle droit. Mais il faut savoir que dans ces cas il n'existe pas de véritable ankylose, qu'il n'y a pas fusion des os les uns avec les autres, ainsi que l'a démontré M. Verneuil (*Gaz. hebdom.* 1863), mais simplement une contraction permanente des tendons. En outre de cette induration et de cette adhérence de la peau, en outre de cette atrophie des dernières phalanges et de cette altération des ongles et enfin de cette flexion permanente de la troisième phalange sur la seconde, on remarque une coloration violacée de téguments, disparaissent sous la pression; des petites taches plus ou moins disséminées, plus fréquentes sur la paume de la main; et enfin un travail phlegmatique particulier se manifestant par des petites tournioles, par des bulles cutanées qui, en se rompant, donnent lieu à une ulcération superficielle, d'où résulte une cicatrice très-légère, mais jamais une destruction positive de la peau.

Ce qui rapproche cette affection de la sclérodermie, c'est que, en même temps que ces lésions diverses des doigts, il existe, quoique rarement, sur le corps, des plaques de sclérodermie et surtout des taches pigmentaires bien marquées et l'induration de la peau propres à cette maladie. Telles sont les variétés que je tenais à établir devant vous, dans la sclérodermie.

Quant au mode de début, quant à la marche de cette affection, on ne sait rien de bien précis. Il semblerait chez notre première malade qu'elle ait commencé par des taches érythémateuses auxquelles auraient succédé l'induration et le retrait des tissus. Ce qui est certain, c'est que la sclérodermie dure des années.

Au sujet du pronostic, nous dirons que le sclérème œdémateux est la variété qui guérit le plus facilement. Pour ma part, j'ai obtenu la guérison en quelques mois. Chez cette malade belge dont je vous ai relaté l'observation dans le cours de cette leçon, sur ce qui concerne les autres formes, la guérison est exceptionnelle, bien que l'on en ait cité quelques exemples. Cependant, sous l'influence du traitement, nous avons pu déjà constater, chez la dernière malade que je vous ai présentée, une amélioration notable. La peau n'est plus aussi adhérente aux os et il est à espérer que, si nous ne pouvons faire disparaître la fausse ankylose, nous rendrons au moins assez d'agilité aux doigts pour que cette femme puisse encore se livrer à certains travaux.

Il est important de faire le diagnostic de cette affection avec certaines autres maladies que l'on pourrait confondre avec la

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 mars.

sclérodermie. Telles sont, en effet, la lèpre, l'asphyxie et la gangrène des extrémités, le rhumatisme noueux et enfin la kéloïde.

On reconnaîtra d'abord la lèpre à ses tubercules, aux ulcérations dont elle est toujours accompagnée, à l'altération de la sensibilité en plus ou en moins qu'elle détermine, enfin, à la généralisation bien plus grande de la maladie.

L'asphyxie des extrémités où l'on observe également cette coloration violacée que nous avons signalée dans la sclérodermie, est plus difficile à reconnaître, mais on remarque qu'il n'existe pas dans cette affection, d'atrophie des phalanges, pas de fluxion de la dernière articulation des doigts, enfin, que la peau est lisse, qu'elle n'est pas altérée et qu'elle joue encore sur les os.

Il y a dans son diagnostic différentiel avec la sclérodermie, des difficultés très-grandes. Mais, dans cette affection, la destruction des extrémités au lieu de se faire par atrophie successive et spontanée, s'effectue par la chute complète des phalanges.

Pour le rhumatisme noueux, on se rappellera qu'il s'accompagne, en général, de gonflement des articulations et douleurs vives ; qu'enfin, dans cette affection, la distorsion des articulations est peu régulière, qu'elle se fait en zig-zag au lieu de se faire à angle droit et qu'enfin il n'y a pas adhérence de la peau avec les os.

Enfin, le diagnostic de la kéloïde méritera beaucoup d'attention. En effet, l'anatomie pathologique démontre que cette affection présente des lésions à peu près semblables à celles de la sclérodermie. Mais, dans la kéloïde, la peau est molle et forme une saillie analogue aux cicatrices qu'on observe chez les scrofuleux.

La sclérodermie s'observe à tous les âges ; on la rencontre surtout chez les femmes. Voilà tout ce que l'on sait de l'étiologie de cette affection. Quant aux causes accidentelles qui la font naître, on a mis en ligne le rhumatisme, les refroidissements, mais sous ce rapport on ne sait rien de positif.

De nombreuses recherches ont été faites en France, en Allemagne, pour reconnaître l'anatomie pathologique de la sclérodermie. Des discussions à ce sujet ont eu lieu à la société de biologie, et M. Lagrange, entre autres, dans une thèse inaugurale soutenue en 1874, a établi que les lésions propres à la sclérodermie, consistaient dans une prolifération considérable de tissu conjonctif dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et dans une augmentation de nombre et de volume des fibres élastiques du derme.

Dans ces cas encore, disons que généralement on a trouvé une diminution d'épaisseur du corps papillaire, mais qu'on a noté la conservation des glandes cutanées et des filets nerveux. Enfin, comme lésion accessoire, on a signalé une altétération particulière des artères consistant dans la présence de quelques cellules dans la membrane adventice, dans la gaîne lymphatique des artérioles capillaires dont le calibre se trouvait ainsi diminué de volume.

De son côté, M. Vulpian a constaté l'intégrité absolue du système nerveux central. De même, aucune altération n'a été révélée dans les nerfs périphériques.

La sclérodermie serait donc caractérisée par un travail irritant dont la peau serait le siége, lequel amènerait la prolifération du tissu conjonctif et justifierait ainsi ce nom de chorionite donné par Forget à cette maladie. Ce travail d'inflammation a, du reste, été établi par les recherches de Lagrange qui a encore trouvé des leucocytes dans la peau.

Mais, pourquoi et comment se produit cette prolifération de tissu conjonctif, nous l'ignorons. Néanmoins, on doit penser qu'il y a dans ces cas une altération, un trouble dans la nutrition, ainsi que l'attestent l'induration de la peau et l'atrophie des extrémités digitales. Il est donc permis de croire, quoique l'anatomie ne l'ait pas encore démontré, qu'il existe dans ces conditions une altération des nerfs trophiques, très-vraisemblablement analogue à celle de la gangrène des extrémités, de la lèpre et du mal plantaire perforant.

Il est, en effet, d'usage aujourd'hui, de considérer ces diverses affections comme le résultat d'une altération dans les fonctions des nerfs optiques. Mais en quoi consiste cette altération, nous n'en savons rien.

On obtient d'assez bons effets dans la première variété de la sclérodermie des bains de vapeur. J'ai pour ma part, noté deux fois la guérison par cette médication.

Dans le sclérème en plaques, dans celle des extrémités, les bains de vapeur sont également indiqués, mais ils réussissent rarement. Enfin, on a encore conseillé d'avoir recours, dans ces cas, à la médication altérante et principalement à l'iodure de potassium, mais c'est un moyen inefficace. Le meilleur est de soutenir les forces du malade au moyen des toniques et de prescrire les bains.

HOPITAL DE FOUGÈRES. — M. Deroyer.

Abcès développé dans l'épiphyse inférieure du tibia gauche. — Trépanation de l'os. — Issue du pus. — Guérison.

Le nommé J.., âgé de trente-et-un ans, entre à l'hôpital de Fougères, le 27 septembre dernier, se plaignant de douleurs tellement violentes à la partie inférieure de la jambe gauche, qu'il demande à en être immédiatement débarrassé par l'amputation du membre. Cet homme nous raconte que, depuis l'âge de treize ans, il souffre de sa jambe, que la douleur venue sans cause appréciable, était d'abord supportable, mais qu'elle est allée progressivement en augmentant malgré tous les moyens mis en usage. Cette douleur revient par crises surtout la nuit ; il y a des intervalles de calme, durant de quelques semaines à deux ou trois mois, pendant lesquels le malade peut faire des marches considérables (jusqu'à quinze lieues par jour) puis les douleurs reprennent inopinément et de deux nuits l'une, ou plusieurs nuits de suite, il y a des paroxysmes d'une extrême acuité. Depuis cinq ou six semaines, les souffrances sont devenues plus vives et plus continues ne permettant plus à J... de goûter aucun repos.

Cet homme était déjà entré à l'hôpital quelque temps auparavant où je lui avais fait suivre un traitement antisyphilitique sans aucun succès (4 grammes par jour d'iodure de potassium.) J'avais voulu à ce moment, faire une incision profonde, pour débrider le périoste, mais le malade m'apprit, que cette opération avait été déjà pratiquée en 1871 sans résultat définitif. Voyant que je ne lui proposais aucun moyen qui n'eût été employé, J... avait quitté l'hôpital au bout de quinze jours.

Voici l'état actuel : le visage est pâle, portant l'empreinte de souffrances profondes, les yeux sont caves et cernés. Il y a anorexie complète. La partie inférieure de la jambe gauche a augmenté de volume, mais cette hyperostose, qui commence au niveau des malléoles, ne remonte pas à plus d'un décimètre de hauteur. A quatre centimètres au-dessus de la malléole interne, le malade désigne un point circonscrit, grand comme une pièce de deux francs où la pression développe une douleur assez vive ; ce point ne se distingue des parties voisines, ni par une tuméfaction plus considérable, ni par un changement de consistance des tissus. Quand les grandes douleurs paroxystiques surviennent, c'est dans l'intérieur de l'os, au niveau de ce point, qu'elles se font sentir. La peau est rouge, sans œdème, mais la rougeur tient à l'application de vésicatoires et de

pommades irritantes. La circonférence de la jambe malade, prise au niveau des malléoles, mesure 29 centimètres, tandis que la mensuration du côté sain, n'en donne que 26. L'articulation tibio-tarsienne est exempte de toute lésion, seulement les mouvements de flexion et d'extension sont moins étendus qu'à l'état normal. Depuis une huitaine de jours, on provoque une douleur assez forte, en exerçant une pression sur la malléole externe. Le tibia malade a sensiblement la même longueur que celui du côté sain.

A quelle affection rattacher cette hypérostose de l'épiphyse inférieure du tibia, déterminant les douleurs si violentes que nous observons chez notre malade?

Parmi les affections douloureuses des os à marche chronique, se placent en premier lieu les affections syphilitiques, mais, outre que cet homme nie énergiquement toute infection antérieure et, que le traitement antisyphilitique mis en usage n'a produit aucun résultat, une exostose épiphysaire n'aurait pas revêtu la forme, ni suivi la marche de la maladie que nous avons sous les yeux. En effet, une exostose syphilitique datant de dix-huit ans, se serait accrue et ferait sous la peau, un relief très-sensible, tandis que, ce que nous observons est une hypérostose diffuse, occupant la totalité de l'épiphyse. Le tubercule et le cancer, ne peuvent être mis en cause, car la longue durée du mal; et son peu d'extension aux parties voisines, en font immédiatement repousser l'idée. Les formes communes de l'ostéite, la périostite, la carie, la nécrose, auraient révélé depuis longtemps leur existence par la suppuration. Il ne reste pour expliquer ces douleurs violentes, que l'hypothèse d'un abcès développé au milieu de l'épiphyse du tibia. La marche si lente de l'affection, l'augmentation de volume de l'os, les douleurs paroxystiques, le siége de la maladie dans le tibia qui est le lieu de prédilection des abcès intra-osseux, viennent donner presque de la certitude à ce diagnostic. Cette idée ayant été admise par mes collègues MM. Delatouche et Pirotais, nous proposâmes au malade de perforer l'os, et d'aller à la recherche de la collection purulente avant de recourir à l'amputation. Le 29 septembre nous procédons à l'opération. Une incision cruciale dont les branches se croisent à 5 centimètres au-dessus de la malléole interne, met à découvert la face interne du tibia. Le périste moins adhérent qu'à l'état normal, est enlevé avec une rugine, dans une hauteur de 6 centimètres, pour mettre à découvert la surface osseuse sous-jacente. Celle-ci est inégale, rugueuse surtout en bas, et c'est dans le point où cette disposition est le plus marquée, que nous appliquons la couronne du trépan à 4 centimètres et demi au-dessus de la malléole. L'os se laisse attaquer avec facilité, et parvenu à 2 centimètres de profondeur, on peut faire sauter avec la gouge et le maillet, le bouchon osseux détaché par le trépan. Le tissu situé au fond de cette perte de substance est rougeâtre et raréfié. En continuant de creuser avec la gouge, on fait sourdre une petite quantité d'un liquide oléagineux. Après avoir encore enlevé quelques trabécules osseuses, nous pénétrons dans un tissu aréolaire à mailles très-larges, d'où s'écoulent 10 à 12 grammes de pus épais et bien lié. Le foyer purulent est nettoyé par des injections d'eau froide, les lèvres de la plaie rapprochées et de la charpie introduite dans le trou de l'os. La nuit qui suit l'opération est mauvaise et le malade nous reproche de ne pas l'avoir amputé, mais les douleurs disparaissent le surlendemain pour ne plus se reproduire. Le huitième jour, on fait l'ablation de 5 à 6 petits séquestres que nous trouvons détachés au fond de l'ouverture osseuse. A partir de ce moment, la plaie marche peu à peu vers la cicatrisation qui a lieu le 10 février. J... a recouvré son embonpoint et sa force et fait les plus longues courses sans fatigue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° diverses demandes d'exploiter, pour l'usage médical, de nouvelles sources minérales; 2° un rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds pour l'année 1874; 3° le rapport général de M. le docteur Lahupe (de Camoëns) sur le service médical de ces eaux, pour les années 1874-1875. (Commiss. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une note sur une épidémie de fièvre typhoïde observée pendant six années consécutives ayant pour origine le mélange des eaux d'égout avec les eaux potables, par le docteur Boissarie (de Sarlat); 2° un pli cacheté déposé par M. le docteur Th. Anger et contenant la description et le dessin d'un nouvel appareil pour le redressement des ankyloses fibreuses (accepté).

PRÉSENTATIONS

M. Guéneau de Mussy, au nom de M. Motchorotkosski (d'Odessa), présente un mémoire intitulé : *Études expérimentales sur l'inoculation des fièvres typhoïdes.* Ces expériences ont été faites sur diverses personnes qui ont bien voulu s'y prêter et sur l'auteur lui-même qui est arrivé à cette conclusion, que de toutes les fièvres typhoïdes, la fièvre récurrente seule est inoculable.

En faisant cette présentation, M. Guéneau de Mussy proteste contre cette expérimentation sur l'homme qui, suivant lui, ne doit jamais servir de sujet à expériences.

M. Roger, au nom de M. le docteur Imbert (de Nevers), présente une brochure intitulée : *Préjugés du centre de la France, relatifs aux maladies des enfants.*

M. Dechambre, au nom de M. le docteur Lutaud, présente un ouvrage intitulé : *Traité de médecine légale.*

M. Richet présente, au nom de M. le docteur Miot, un volume intitulé : *De la myringodectomie.*

M. Lefort offre en hommage le deuxième volume de la huitième édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne.

M. Gubler, au nom de M. Weddell, présente une brochure sur l'avantage qu'il y aurait à remplacer la quinine par la cinchonidine dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Dolbeau.

RAPPORTS

M. Personne, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Monstres doubles autositaires et monomphaliens du genre sternopage. — M. Blot rend compte d'une pièce anatomique envoyée par deux honorables confrères de la Seine-Inférieure, MM. Millet et Marquézy. Il s'agit d'un nouvel exemple de *monstres doubles autositaires monomphaliens* appartenant au genre *sternopage* de Geoffroy Saint-Hilaire. Les deux fœtus sont du sexe féminin, nés à huit mois. Extérieurement, ils semblent unis, face à face, depuis l'ombilic, qui est unique, jusqu'à la partie supérieure de la poitrine.... Le sternum de chaque sujet est resté divisé sur la ligne médiane et ses deux moitiés sont rejetées latéralement, elles s'unissent aux deux moitiés opposées. De cette union résultent deux sternums latéraux et communs, bien conformés. Les parois thoraciques antérieures offrent, sauf quelques différences de forme et de disposition, le même aspect que la poitrine d'un sujet normal, quoique formées par moitié d'éléments appartenant à l'un et à l'autre des deux sujets composants. De cette disposition résulte la fusion des deux cavités thoraciques en une seule cavité très-vaste. Les poumons sont au nombre de quatre et ne présentent rien de remarquable. Mais la division du sternum entraîne des modifications graves des organes de la région sternale et spécialement du péricarde et du cœur. Les deux péricardes sont confondus en un vaste et unique péricarde, le cœur est également unique et s'étend d'un sternum à l'autre. Le thorax est séparé de l'abdomen par un double diaphragme au dessous duquel est placé un foie également double. Les membres pelviens comme les thoraciques sont normaux.

M. le rapporteur après avoir relaté les phases diverses de l'accouchement et fait ses réserves sur la viabilité, affirmée par M. Milet, de l'une des jumelles, termine en disant que la non-viabilité, s'explique très-naturellement par la communauté de leur cœur, formé de deux organes trop intimement unis pour fonctionner indépendamment l'un de l'autre, et en même temps trop complexe pour agir comme un seul cœur et imprimer au sang des deux sujets composant un mouvement unique et suffisamment harmonique.

M. LE PRÉSIDENT rappelle les conditions du concours Vulfranc Gerdy.

Sur la proposition de M. Chauffard, il est décidé qu'il sera donné la plus grande publication au règlement de ce concours. (Voir le Premier-Paris.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BOUCHARDAT : Trois motifs l'ont engagé à prendre la parole dans cette discussion. Le premier c'est la possibilité d'une recrudescence de l'épidémie à Paris; le deuxième l'importance, peut-être exagérée, attribuée aux égoûts, aux latrines comme causes de propagation de la maladie; le troisième c'est pour montrer qu'on s'exagère beaucoup les dangers en cas d'épidémie. M. Boucbardat commence par donner les raisons qui l'ont conduit à adopter et à professer depuis vingt-cinq ans l'hypothèse de la contagion de la fièvre typhoïde. Ces arguments il les emprunte, non pas à l'expérimentation, c'est l'observation qu'il prend pour guide.

Des arguments qu'indique M. Bouchardat, le premier a trait à l'immunité relative des individus qui ont subi une première atteinte du mal; le second à la marche comparée de la fièvre typhoïde dans les grands centres de population et dans les villages; le troisième à l'imminence morbide spéciale des non acclimatés; le quatrième au chiffre élevé de la mortalité des infirmiers militaires.

Un premier caractère rapproche la fièvre typhoïde du groupe des maladies contagieuses éruptives, la préservation sinon absolue, au moins relative, après une première atteinte. C'est un argument en faveur de leur rapprochement au point de vue étiologique.

La fréquence plus grande de la fièvre typhoïde dans les centres nombreux de population que dans les villages s'explique dans l'hypothèse d'un miasme diffus permanent dans les grandes villes et n'apparaissant que de temps à autre dans les villages.

Le développement épidémique de la fièvre typhoïde dans les villages est en accord avec cette hypothèse, quand elle s'y déclare, son caractère contagieux y est plus évident que dans les villes.

Dans les villages, les exceptions relatives à la loi d'immunité constituée par l'âge avancé, sont plus nombreuses parce que ces individus confinés dans leur canton n'ont pas subi l'acclimatement du miasme.

Il est un fait de la plus haute importance, en accord avec cette hypothèse de la contagion, c'est le nombre élevé de non-acclimatés dans les grands centres qui paient leur tribut quand ils sont à l'âge de prédilection.

Enfin M. Bouchardat emprunte un dernier argument à un travail de M. Laveran qui établit qu'au Val-de-Grâce, les infirmiers fournissent le contingent de mortalité par la fièvre typhoïde le plus élevé.

La fièvre typhoïde est donc une maladie contagieuse comme la rougeole, la scarlatine, la variole, et le malade est l'origine certaine de la transmission de la maladie.

Quelle est la nature du miasme de la fièvre typhoïde? Tant qu'on n'aura pas fait connaître, à l'aide d'études microscopiques, les caractères d'un ferment organisé vivant, il conviendra d'admettre que c'est un ferment du second ordre.

Quelles sont les excrétions qui contiennent le miasme spécifique? On est réduit à de simples conjectures. Beaucoup de raisons, font penser que le contagium est contenu dans les matières excrémentitielles. C'est là la question que M. Bouchardat s'est proposé surtout d'examiner.

En consultant ses souvenirs, pendant les vingt-deux années qu'il a passées à l'Hôtel-Dieu, il y trouve un argument, qui montrerait que les déjections alvines, des malades atteints de fièvre typhoïde, ne sont pas aussi redoutables au point de vue de l'infection miasmatique qu'on pourrait le supposer. Dans sa pensée, la transmission de la fièvre typhoïde par les émanations des matières des fosses d'aisances et des égouts n'est pas démontrée.

M. Bouchardat aborde ensuite la question du développement spontané de la fièvre typhoïde, impossible à démontrer dans les grandes villes. Quant aux cas rares attribués à une évolution spontanée dans les petites localités, il faut les enregistrer; mais en les étudiant avec attention, il croit qu'on arrivera à reconnaître qu'ils ne sont pas plus spontanés que les cas de rougeole, de scarlatine ou de variole, dont on ne peut pas non plus suivre toujours la filiation.

Il termine en indiquant sommairement les motifs qui l'engagent à croire à la possibilité d'une nouvelle épidémie à Paris. Ces motifs sont la reprise prochaine de grands travaux de bâtiment qui attireront à Paris un grand nombre d'ouvriers, jeunes, pour la plupart.

M. JACCOUD. Messieurs, ma position, dans ce débat, est bien nette, je suis de l'avis de mon éminent confrère M. Guéneau de Mussy, et je ne suis pas moins de l'avis de notre président M. Bouley; puis, après avoir rappelé les rapports constatés par M. Guéneau de Mussy entre les émanations des fosses d'aisance d'une part et le développement du typhus abdominal d'autre part, il a été, dit-il profondément surpris de voir cette étiologie admise par bon nombre de ses collègues, sinon repoussée totalement, du moins un sujet d'incrédulité pour d'autres. Selon lui *l'origine fécale de la fièvre typhoïde est au nombre des vérités étiologiques les mieux établies*. Seulement il faut pour le démontrer s'appuyer sur des preuves tirées de pays où la fièvre typhoïde n'est pas endémique.

Nous ne suivrons pas l'éloquent académicien dans son argumentation si concise et si fertile en renseignements judicieux; nous dirons toutefois, que M. Jaccoud a démontré, preuves à l'appui, le développement de la fièvre typhoïde, dans des pays où elle ne s'était pas montrée depuis longtemps, soit à la suite de stagnation et d'accumulation de matières fécales dans les égouts, soit à la suite de transbordements de matières fécales accumulées dans des endroits spéciaux; ici la fièvre se déclarait, alors qu'il n'y avait aucun cas de typhus abdominal en ville, dans une caserne, devant laquelle se trouvait un dépôt de détritus recouvrant des matières fécales, et ce au moment de l'enlèvement desdites matières. Dans un autre cas, le développement de la fièvre typhoïde était dû à l'infiltration dans le sol des émanations excrémentitielles et aux communications qui s'établissaient entre elles et les conduites d'eau, par l'intermédiaire des water-closets et des salles de bains.

Après avoir nettement démontré, en s'appuyant sur des faits observés en Alsace, en Belgique, dans le grand duché de Bade, en Danemark, en Suisse et dans le Slewig, etc., que la *puissance typhogénique des matières excrémentitielles est à l'abri de toute contestation*. M. le professeur Jaccoud conclut en disant que c'est à l'hygiène publique de remédier vaillamment à une situation désormais indispensable, à savoir : l'insuffisance d'irrigation et de pente des canaux excrémentitiels, la stagnation et l'accumulation des matières, leur infiltration dans le sol, etc., etc.

M. BOUCHARDAT. Les paysans du Nord qui recueillent avec ardeur les matières fécales, ne sont pas plus exposés pour cela à la fièvre typhoïde.

M. BRIQUET. Mais la fièvre typhoïde est endémique dans ces pays.

La séance est levée à cinq heures et demie et la continuation de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

471. Michelon. De l'iritomie.

472. Danguy-des-Déserts. Considérations sur l'hygiène de l'européen en Cochinchine.

473. Herpin. Étude sur le traitement des abcès charcots post-puerpéraux du sein.

474. Fourestié. Étude sur les différents traitements des abcès ossifluents externes suivie de l'exposition d'un procédé particulier de la

méthode des caustiques appliquée aux abcès ossifluents externes volumineux.

475. Noel. Étude générale sur les variations physiologiques des gaz du sang.

476. Legagneur. Du traitement de la diarrhée par les injections hypodermiques de morphine.

477. Paquy. De l'adénite iliaque considérée comme cause des phlegmons et abcès de la fosse iliaque.

478. Gutierrez. De la conjonctive granuleuse et de ses complications cornéales.

479. Templé. Du rhumatisme scrofuleux.

480. Zoeller. De l'anémie pernicieuse progressive.

481. Albert. Recherches sur l'acuité visuelle mesurée plusieurs années après les opérations de cataracte, et sur la cause la plus ordinaire de sa fréquente diminution.

482. Rebb. Contribution à l'étude du glaucome.

483. Sourdet. Accidents et complications des avortements provoqués et criminels.

484. Laloy. Du jaborandi, ses propriétés, son emploi dans le psoriasis.

485. Joly. Considérations sur deux cas de hernie péritonéo-vaginale.

486. Gacheo. Étude sur le tubercule sous-cutané douloureux.

487. Le Marchand. Contribution à l'étude de la fissure palatine congénitale.

488. Bonnin. De l'eczéma en général et de ses complications.

Règlement du concours Vulfranc Gerdy pour la nomination des stagiaires aux eaux minérales.

Titre Ier. — *Dispositions générales.*

Art. 1er. — Les rentes léguées à l'Académie de médecine par Vulfranc Gerdy sont consacrées, conformément à la volonté du testateur, à l'institution d'un concours, qui est destiné à nommer des stagiaires des eaux minérales, et qui prend le nom de concours Vulfranc Gerdy.

Art. 2. — Sont admis au concours les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat et qui ont rempli pendant deux ans au moins les fonctions d'internes titulaires nommés au concours, dans les hôpitaux des villes où existe une faculté, ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine.

Art. 3. — Les candidats nommés prennent le titre de stagiaires aux eaux minérales. Ils sont nommés pour quatre ans. Ils ne peuvent se faire recevoir docteurs en médecine avant l'expiration de ce délai, sans perdre immédiatement leur titre et leurs fonctions.

Titre II. — *Des stagiaires aux eaux minérales.*

Art. 4. — Le stagiaire aux eaux minérales est tenu de résider chaque année, pendant la durée de la saison thermale, dans la station hydrologique qui lui est désignée par l'Académie et d'y recueillir, conformément aux instructions générales ou spéciales qui lui sont remises par la commission permanente des eaux minérales, les éléments d'un rapport qui devra être déposé au secrétariat de l'Académie du 15 au 31 mars de l'année suivante, sauf l'exception mentionnée en l'article 10 ci-après.

Art. 5. — Si le rapport n'est pas déposé le 31 mars, le stagiaire est considéré comme démissionnaire, à moins qu'il ne fasse valoir des motifs de santé dont l'Académie reste juge. L'Académie peut alors lui accorder un congé d'un an sans appointements, mais elle ne peut en aucun cas le désigner pour une nouvelle station avant que le rapport en retard soit déposé.

Art. 6. — La désignation des stations est faite chaque année par l'Académie, dans le courant du mois d'avril, sur la proposition de la commission permanente des eaux minérales. Cette commission prend connaissance des rapports des stagiaires, les apprécie dans son rapport annuel, et propose, s'il y a lieu, de décerner aux auteurs la récompense de 500 francs mentionnée en l'article 9 ci-après.

Art. 7. — Le stagiaire ne peut être envoyé qu'une seule fois dans une même station, à moins d'une décision spéciale de l'Académie prise sur la proposition de la commission permanente des eaux minérales.

Art. 8. — Il reçoit chaque année, au moment de son départ pour la station qui lui est désignée, la somme de 1,500 francs, qui lui est versée en une seule fois par les soins du trésorier de l'Académie.

Art. 9. — En outre, l'Académie, par une délibération spéciale, peut lui décerner, à la fin de son mandat, une récompense de 500 francs pour chacune des années où il s'est acquitté de ses fonctions d'une manière satisfaisante et où la commission a porté sur son rapport un jugement favorable. Il pourra faire valoir ses droits à cette récompense s'il se démet de ses fonctions à la fin de sa troisième année d'exercice. Mais il ne pourrait recevoir aucune récompense s'il donnait sa démission avant ce terme, ou s'il ne déposait pas son troisième rapport, ou si ce rapport n'était pas jugé favorablement par la commission.

Art. 10. — Le stagiaire ne peut être désigné pour une station d'hiver qu'après trois années entières d'exercice et après le dépôt de son troisième rapport. Son rapport sur cette station d'hiver devra être déposé dans le courant du mois d'octobre suivant.

Art. 11. — Les stagiaires qui ont rempli leur mandat pendant trois ans au moins à la satisfaction de l'Académie reçoivent, à la suite d'une délibération spéciale, le titre de lauréat de l'Académie. (Prix d'hydrologie.)

Ils sont à ce titre recommandés à M. le ministre de l'agriculture et du commerce comme candidats aux emplois vacants d'inspecteurs.

Art. 12. — A partir de 1879, il y aura toujours trois stagiaires en activité de service, à moins de mort ou de démission.

Titre III. — *Du concours.*

Art. 13. — Le jury se compose de cinq membres de l'Académie, élus au scrutin de liste en séance puplique.

Art. 14. — Le concours comprend deux épreuves publiques: 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie; 2° une épreuve orale de vingt minutes, après vingt minutes de réflexion, sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques. Le sujet de chaque épreuve est tiré au sort, au début de chaque séance, par l'un des candidats, sur une série de trois questions préparées par le jury.

Art. 15. — Le concours a lieu tous les deux ans. Il ne peut être donné plus de deux places dans un même concours. Dans le cas où, par suite de mort ou de démission, les trois places seraient vacantes à la fois, l'une d'elles serait réservée pour le concours suivant.

Art. 16. — Les concours ont lieu en novembre et décembre, et doivent être terminés avant le 31 décembre. Ils sont annoncés en séance publique six mois à l'avance. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat pendant la dernière semaine d'octobre, en déposant les pièces qui justifient les conditions exigées par l'article 2. La liste d'inscription est close le 31 octobre à quatre heures de l'après-midi (1). L'Académie élit les juges du concours dans la première séance de novembre.

Les deux mois de novembre et décembre, pendant lesquels a lieu le concours, sont admis en déduction des deux années d'internat exigées par l'article. 2.

Art. 17. — Les reliquats des rentes affectées à cette institution sont mis en réserve et placés par le trésorier de l'Académie. Lorsque cette réserve, déduction faite des récompenses en perspective, atteindra le chiffre de 8,000 francs, il sera nommé un quatrième stagiaire qui restera comme les autres quatre années en fonctions.

Art. 18. — Le présent règlement pourra être révisé par l'Académie sur la proposition de la Commission permanente des eaux minérales.

Art. 19 transitoire. — Le premier concours aura lieu en novembre 1877, pour la nomination stagiaire qui entrera en fonctions le 1er mai 1878. Le second concours aura lieu en novembre 1879, pour

(1) Le 30, si le 31 est un dimanche.

la nomination des deux autres stagiaires. Les concours se succéderont ensuite de deux en deux ans, conformément à l'article 12 ci-dessus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Exposition universelle de 1878 à Paris. — Par arrêté en date du 6 mars 1877, une exposition spéciale des eaux minérales françaises sera ouverte dans les locaux de l'exposition internationale universelle de 1878, du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant.

Sont nommés membres de la commission chargée d'organiser cette exposition :

MM. Jules François, inspecteur général des mines, membre du comité d'hygiène de France, président. — Le professeur Wurtz, membre de l'Institut. — Isabelle, architecte, inspecteur général des établissements thermaux de l'État. — Le docteur Legouest, président du conseil de santé de l'armée. — Seignobos, député de l'Ardèche. — Le docteur Gubler, professeur à l'école de médecine. — Le docteur Lidoux, médecin, inspecteur des Eaux-Bonnes. — Dumoustier de Frédilly, directeur du commerce intérieur. — Le comte de Saint-Féréol, propriétaire des eaux minérales d'Uriage. — Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La dernière leçon du cours de physique biologique (audition), qui n'a pas pu être faite le lundi 12 mars, est remise au vendredi 16 mars, à cinq heures du soir (petit amphithéâtre).

— *Cours d'accouchement.* — M. le professeur Pajot commencera son cours le mardi 20 mars à midi.

— *Cours de pathologie expérimentale comparée.* — M. le professeur Vulpian commencera son cours le jeudi 22 mars à deux heures.

— *Cours d'hygiène.* — M. le professeur Bouchardat commencera son cours, le samedi 17 mars à quatre heures.

— *Conrs de physiologie.* — M. le professeur Béclard commencera son cours le vendredi 23 mars, à midi (grand amphithéâtre).

— *Cours de thérapeutique et de matière médicale.* — M. le professeur Gubler commencera son cours le samedi 17 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre).

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Trélat commencera son cours le vendredi 23 mai.

— *Cours de pharmacologie.* — M. le professeur Regnauld commencera son cours le mardi 20 mars, à onze heures (grand amphithéâtre).

— *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Peter commencera son cours le mardi 20 mars, à trois heures (grand amphithéâtre).

— *Cours d'histoire naturelle.* — M. le professeur Baillon commencera son cours le lundi 19 mars, à onze heures (grand amphithéâtre).

— *Cours de médecine légale.* — M. le docteur Brouardel, agrégé, suppléant M. le professeur Tardieu, commencera son cours le lundi 19 mars, à quatre heures (grand amphithéâtre).

— *Cours d'anatomie pathologique.* — M. le professeur Charcot commencera son cours le vendredi 23 mars, à deux heures (grand amphithéâtre).

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Delcominète, pharmacien de 1re classe, est autorisé à faire un cours complémentaire de pharmacie galénique à l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de botanique organographique de physiologie végétale.* — M. Maxime Cornu, aide naturaliste, chargé du cours, commencera ses leçons le vendredi 16 mars 1877, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Ce cours aura pour objet, l'étude anatomique et physiologique des végétaux cryptogames.

Deux conférences pratiques, auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine au laboratoire de botanique (rue de Buffon, nº 63) ; elles seront consacrées à l'étude des végétaux qui font le sujet du cours. Ces conférences commenceront le vendredi 16 mars 1877 à trois heures.

Les personnes qui se proposent de suivre régulièrement ces conférences, devront se faire inscrire le vendredi 16 mars 1877 après la leçon.

Des excursions seront faites, en vue de récolter et d'étudier dans la nature, les végétaux inférieurs qu'on ne peut se procurer dans les jardins botaniques. Elles seront annoncées ultérieurement.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours particulier de technique microscopique, le jeudi 22 mars, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Essentiellement pratique, il est destiné à faire manipuler les élèves pour les mettre en état d'exécuter les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. — Des microscopes sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de midi à une heure.

— L'association contre l'*abus du tabac* et des boissons alcooliques vient de transférer son siège social dans l'hôtel de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44. Les lettres, journaux et communications quelconques doivent être dirigés sur ce nouveau domicile, à l'adresse du secrétaire général de l'Association.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 32 — SAMEDI 17 MARS 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 17 MARS 1877. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur le cancer latent de l'estomac.

Nous rapportions récemment un cas rare et très-curieux, de cancer de l'œsophage et du cardia, ultérieurement généralisé, qui montrait une des difficultés du diagnostic de ces sortes d'affections. Ces difficultés se multiplient à mesure que les faits eux-mêmes s'accumulent; tous les jours, des autopsies viennent nous révéler l'existence de cancers de l'estomac, méconnus pendant la vie ou pris pour d'autres affections qu'ils simulaient plus ou moins, par des symptômes trompeurs. C'est ainsi que M. le docteur Chesnel, pendant son internat dans le service de M. Laboulbène à l'hôpital Necker, a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cancer de l'estomac dans lesquels la maladie était masquée par l'existence de symptômes qui lui sont ordinairement étrangers et dont la réunion était de nature à faire admettre une maladie toute différente. Dans un cas, il s'agissait d'un homme présentant tous les signes classiques de l'albuminurie brightique, et qui, à l'autopsie, offrit, non une lésion rénale, mais un cancer de l'estomac.

Dans un autre cas, on croyait à un cancer des reins, mais à l'autopsie, l'estomac seul fut trouvé cancéreux.

Enfin, un malade, entré à l'hôpital Saint-Louis pour des coliques qui avaient tout le caractère de coliques hépatiques, avec ictère, sorti guéri en apparence au bout de quinze jours, est rentré deux mois plus tard avec un carcinome stomacal des mieux caractérisés.

Instruit par ces faits, M. Chesnel y a puisé l'idée de rechercher dans les auteurs, des faits semblables et d'en tirer les éléments d'une étude des formes diverses sous lesquelles peut se présenter le cancer latent de l'estomac.

On sait depuis longtemps, et tous les auteurs en rapportent des exemples, que le cancer peut rester latent, ou bien ne se traduire que par des symptômes vagues et sans caractère, un peu de dyspnée, un état cachectique dont la cause reste inconnue ou à peine soupçonnée. Mais ce qui est moins connu, c'est le cancer latent de l'estomac pouvant donner lieu à une ascite comme une cirrhose, à de l'anasarque comme une maladie de Brigth, pouvant simuler une tuberculose ou une bronchite chronique, une maladie du cœur ou une maladie du foie. Tels sont quelques-uns des faits sur lesquels M. Chesnel s'est empressé d'appeler l'attention.

Quels sont, dans les formes latentes du cancer de l'estomac, les symptômes susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic, si peu accusés qu'ils soient d'ailleurs? Voici les résultats des recherches auxquelles s'est livré M. Chesnel, sur ce point de séméiologie.

Sur 50 observations de cancer latent réunies dans son travail, il y en a 39 où il existait bien positivement des symptômes gastriques; sur ces 39 cas, on trouve 22 fois l'anorexie, 14 fois des douleurs gastriques, 11 fois des vomissements alimentaires, 3 fois des vomissements glaireux et 2 fois de l'hématémèse.

Dans 42 faits où l'état général a été indiqué, on trouve: 15 fois de l'amaigrissement sans œdème, au moins pendant la plus grande partie de la maladie. Œdème généralisé 12 fois, malléolaire 5 fois; phlegmatia 2 fois; anéantissement des forces, sans amaigrissement ni œdème bien marqués 4 fois; ascite 4 fois. Enfin, 3 fois teinte jaune paille.

Mettant de côté l'ascite qui peut ne tenir le plus souvent qu'à une influence locale du cancer de l'estomac ou de ses complications sur le péritoine, ou à une compression de la veine porte, soit par les ganglions cancéreux, soit par une tumeur cancéreuse du foie, on trouve, en résumé, dans le cancer latent, 3 formes de cachexie: la première accusée par l'œdème local ou généralisé; la seconde par de l'amaigrissement simple; la troisième enfin, par une dépression des forces, une lassitude extrême, sans qu'il y ait encore ni œdème ni amaigrissement appréciable.

Enfin, comme symptômes secondaires dans le cancer latent, M. Chesnel note la diarrhée et la constipation. Sur 22 des observations où il en a été tenu compte, on trouve 13 fois de la diarrhée, 4 fois de la constipation, 2 fois des alternatives.

Ainsi, d'une part, comme symptômes locaux: anorexie, gastralgie, vomissements alimentaires ou glaireux; d'autre part, comme symptômes généraux: œdème, local ou général, amaigrissement, dépression des forces; enfin, comme phénomènes secondaires, la diarrhée ou la constipation, telles sont les manifestations habituelles du cancer latent. Dyspepsie et cachexie, telles sont, en deux mots, les principaux éléments du diagnostic. Sans leur attribuer une valeur absolue et les considérer comme pathognomoniques, M. Chesnel croit du moins que, dans bon nombre de cas, la coexistence de ces deux états peut mettre sur la voie du diagnostic.

Mais la dyspepsie et la cachexie peuvent se rencontrer non-

seulement dans le cancer d'autres organes, mais encore dans des affections absolument différentes du cancer. Voilà une première difficulté dans l'application de la concomitance de ces deux ordres de phénomènes au diagnostic du cancer de l'estomac.

Une seconde cause d'erreur possible réside dans le rapport et l'ordre de succession de ces deux phénomènes eux-mêmes. La dyspepsie, par exemple, ne pourrait-elle pas être simplement le résultat de l'état cachectique? Il est évident qu'elle n'aura de valeur à ce point de vue qu'autant qu'elle aura précédé l'apparition de l'état cachectique ou, du moins, qu'elle sera trop intense pour pouvoir s'expliquer par la cachexie seule.

Dans quelques circonstances, ce sont des phénomènes de voisinage qui déterminent de la dyspepsie, jointe à un état cachectique tout à fait semblable à ce que ferait un cancer latent de l'estomac, comme M. Chesnel en rapporte un exemple très-remarquable observé dans le service de M. Peter à Saint-Antoine, celui d'un homme entré avec de l'ictère, de la cachexie et surtout une dyspepsie intense, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, non point un cancer de l'estomac ou un cancer du foie, ainsi qu'on aurait pu s'y attendre, mais un cancer du pancréas avec compression du canal cholédoque et distension énorme de la vésicule biliaire.

On sait encore que la dyspepsie et la cachexie se montrent quelquefois sans lésion de l'estomac ni d'aucun autre organe. Enfin, certains accidents gastriques peuvent dépendre de conditions extrinsèques toutes spéciales, telles que des désordres cérébraux, des affections des reins, de simples impressions morales. L'ulcère simple de l'estomac, surtout, peut être une cause de méprise.

Ainsi, trois sources d'erreur à éviter dans le diagnostic du cancer latent de l'estomac : prendre une cachexie simple, s'accompagnant accidentellement de dyspepsie, pour une cachexie symptomatique d'un cancer latent; confondre la dyspepsie qui suit une cachexie longtemps prolongée, avec une dyspepsie primitive, de cause stomacale; considérer une dyspepsie symptomatique ou sympathique comme ayant son point de départ dans une altération de l'estomac, ou prendre la dyspepsie de l'ulcère simple pour une dyspepsie d'origine cancéreuse. D'où l'on voit que la proposition de faire reposer le diagnostic du cancer latent sur le concours de ces deux syndrômes ne saurait être prise au sens absolu, car elle n'exprime qu'une simple présomption basée sur la fréquence relative du carcinome de l'estomac. C'est là, du reste, la conclusion de M. Chesnel.

Aphasie dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

A l'occasion des observations d'aphasie primitive chez les enfants rapportées dans l'une des dernières conférences cliniques de notre collaborateur M. Bouchut, M. le docteur Anatole Manouvriez (de Valenciennes) nous transmet la relation de l'observation suivante :

Le 8 avril 1876, une petite fille de quatre ans, parvenue au quatrième jour d'une fièvre typhoïde grave, fut apportée à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, dans le service du docteur J. Manouvriez; elle venait d'un petit foyer épidémique de quartier, où une de ses sœurs avait succombé trois jours auparavant.

Le lendemain, à la première visite : somnolence et légère surdité, langue sèche, lèvres fuligineuses, météorisme et diarrhée, en un mot, tous les symptômes de la forme adynamique. L'enfant reconnaît bien son père, mais dès lors, elle ne peut plus lui parler; la veille encore, elle répondait à ses questions.

Une semaine après, la malade va mieux, prend des potages et bientôt quitte le lit pendant une partie de la journée; mais elle reste aphasique, bien que sa langue ait conservé tous ses mouvements. Pourtant, avant sa maladie, elle était intelligente, elle parlait bien, savait compter et dire les lettres avec sa sœur.

Il y avait dix-sept jours que l'enfant n'avait pas proféré une seule parole, quand, le 26 matin seulement, au trente-deuxième jour de la fièvre typhoïde, étant près de la fenêtre sur les bras de sa mère, et apercevant un chat dans le jardin, elle s'écrie tout à coup : « v'là l'cat! »; sa mère s'efforce en vain de lui faire prononcer d'autres mots. Se fatiguant vite debout, elle tend les bras, gesticule, s'impatiente et crie sans pouvoir parler pour demander qu'on la prenne sur les genoux. On s'assure d'ailleurs qu'elle n'est plus sourde, car elle entend le moindre bruit fait derrière elle à son insu, et elle se retourne quand on l'appelle par son nom. Son intelligence paraît conservée dans toute son intégrité; pas le moindre indice de paralysie motrice ou sensitive. Dans le courant de la même journée, on parvient à lui faire dire « maman ».

Le 28, à la fin de la cinquième semaine, la petite malade commence à marcher seule ; mais, ce jour-là et le lendemain, elle ne peut plus parler ni même répéter les mots qu'on lui dit.

Le 30, heureuse de voir sa sœur, elle crie « v'là Té-èse! », et dit « maman » et « merci papa » en recevant des bonbons. Le lendemain seulement, elle cessa d'être gâteuse.

Les jours suivants, l'amélioration se fit progressivement, avec intermittences d'aphasie, jusqu'à la sortie, le 18 mai, époque à laquelle l'enfant parlait à peu près aussi bien qu'auparavant.

Il ne sera peut-être pas inutile de savoir que la mère de cette petite malade a eu, il y a trois ans, une fièvre typhoïde grave dans la convalescence de laquelle elle a été pendant trois mois « folle à courir les champs »; après trois mois d'amélioration progressive, elle a guéri ne conservant qu'un peu de surdité.

L'apparition de l'aphasie s'est faite ici à la fin de la deuxième semaine, comme dans un des cas d'Albrecht Clarus, cité par M. Bouchut.

En résumé : chez une petite fille, de mère à antécédents encéphalopathiques, aphasie survenue dans la période d'état, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde adynamique, s'étant prolongée dans la convalescence, sans troubles intellectuels, sensitifs ni moteurs, absolue durant dix-sept jours, s'amendant ensuite peu à peu, avec intermittences, jusqu'à complète guérison après cinq semaines de durée et sept semaines de maladie.

Gingivite des femmes enceintes.

M. le docteur A. Pinard, ancien chef de clinique d'accouchement et M. Désiré Pinard, dans un travail fait en commun et publié dans l'un des derniers fascicules du *Bulletin général de thérapeutique*, signalent aux praticiens une des nombreuses modifications imprimées à l'organisme maternel par le fait de l'imprégnation, qui leur paraît avoir échappé jusqu'à présent à leur attention, la gingivite des femmes enceintes. L'un d'eux ayant eu particulièrement l'occasion d'examiner chaque jour un certain nombre de femmes enceintes, a remarqué que, chez presque toutes, les gencives étaient le siége de phénomènes morbides plus ou moins accusés. Les gencives sont plus rouges, plus congestionnées qu'à l'état normal, elles sont tuméfiées, la saillie du bord libre, inter-dentaire surtout re-

couvre une partie de chaque dent. La moindre pression exercée sur ce bourrelet détermine de petites hémorrhagies. A un degré plus avancé, les dents ont perdu leur solidité. La mastication d'abord gênée, devient d'autant plus pénible et plus difficile que ces lésions sont plus prononcées.

Ce fait constaté et sa relation avec la grossesse comme cause essentielle primordiale étant bien établie, MM. Pinard ont recherché quelles conditions pouvaient devenir causes occasionnelles de cet état. Ils ont observé, à cet effet, soixante-quinze femmes. Sur ces soixante-quinze femmes ils ont trouvé quarante-cinq fois les gencives malades.

La profession de ces femmes ne leur a paru avoir aucune influence, pas plus que le lieu de naissance ou la durée du séjour à Paris.

Quant à l'état de primiparité ou de multiparité, voici ce qu'ils ont constaté :

Sur ces soixante-quinze femmes, quarante-trois étaient multipares, trente-deux étaient primipares. Chez les quarante-trois multipares, trente-et-une avaient les gencives malades. Chez les trente-deux primipares, le nombre des femmes atteintes de gingivite, était de quatorze seulement. D'où il semblerait résulter, que les multipares seraient beaucoup plus exposées à cette affection que les primipares ce qui n'est d'ailleurs que très-naturel.

Il faut dire, que, si cette gingivite a été observée quelquefois chez des femmes présentant tous les attributs de la force et de la santé, le plus souvent, elle s'est montrée chez des femmes dont l'état général laissait beaucoup à désirer.

Pour s'assurer que c'était bien à l'état de grossesse même, et non à des circonstances étrangères, qu'était due cette gingivite, M.M. Pinard, ont recherché si, dans les salles d'autres hôpitaux où sont placées des femmes malades, non enceintes ou récemment accouchées, ils ne rencontreraient pas la même affection. Cet examen leur a donné des résultats négatifs.

Enfin, se demandant, si cette affection ne sévirait que sur la population féminine nosocomiale, ils se sont convaincus qu'elle se rencontrait aussi en ville.

D'après les observations de ces messieurs, l'affection débute le plus souvent vers le quatrième mois. Après avoir causé des troubles plus ou moins accentués pendant le cours de la grossesse, elle disparaît un mois ou deux après l'accouchement. Mais elle se prolonge souvent plus longtemps chez les nourrices.

Après plusieurs essais thérapeutiques, sinon infructueux, du moins insuffisants, faits avec divers agents de la médication antiscorbutique et particulièrement avec la teinture d'iode, le tannin, le chlorate de potasse, etc., MM. Pinard se sont arrêtés à l'emploi d'une solution de chloral, qui leur a donné les meilleurs résultats et dont voici la formule :

Hydrate de chloral. . . }
Alcoolat de cochléaria. . } part. égales.

Cette solution est appliquée tous les jours ou tous les deux jours sur le bord libre et malade des gencives, à l'aide d'une tige dont l'extrémité est enveloppée d'un bourrelet d'ouate. Ce pansement est peu douloureux, la cautérisation légère, l'eschare blanche et très-superficielle qui en résulte, disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application.

Sur trente des femmes atteintes de gingivite, qui ont été soumises à ce traitement, vingt-cinq ont guéri en moins de quinze jours, chez deux, la guérison fut plus lente, des complications étant survenues, qui avaient nécessité l'usage d'onction avec l'onguent mercuriel. Chez les cinq autres, le traitement n'a pu être continué.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

A la suite des exemples d'anévrysme artério-veineux, dans le sinus caverneux; il ne faut pas omettre de mentionner l'exemple rapporté par M. Ernest Hart dans *The Lancet* du 15 mars 1862. Dans ce cas, que j'eus l'occasion de voir moi-même, tous les symptômes de l'anévrysme artério-veineux, étaient très-marqnés et tel fut le diagnostic à l'époque. M. Hart croyait que le vaisseau lésé était la branche frontale de l'ophthalmique, et, sans doute, il eût pu en être ainsi, mais ça toujours été une enigme pour moi de comprendre comment la lésion d'un aussi petit vaisseau avait pu donner naissance à d'aussi graves symptômes ; et maintenant, à en juger d'après les nombreux exemples dans lesquels de semblables blessures par instruments piquants ont pénétré à l'intérieur du crâne, montrant la facilité extrême avec laquelle un objet aigu peut être poussé, soit à travers la fente sphénoïdale, soit à travers les lamelles osseuses de l'orbite dans le tissu caverneux, il me semble plus probable que la lésion siégeait dans ce dernier lieu et que le vaisseau blessé était la carotide elle-même. Du moins, tous les symptômes furent identiques à ceux des exemples bien constatés d'anévrysmes artério-veineux dans le sinus caverneux; la cause, coup ou blessure, produite par la baleine d'un parapluie, suivi d'un écoulement abondant de sang; la maladie se constituant graduellement pendant les quatre ans qui s'écoulèrent entre l'accident et l'opération ; le bruit, semblable à celui des anévrysmes artério-veineux qu'on percevait sur tout le côté de la tête et à la tempe ; l'exophthalmie, un gros vaisseau pulsilate parcourant la voûte de l'orbite et le front, tous ces symptômes sont exactement analogues à ceux des exemples authentiques de communication artério-veineuse dans le sinus caverneux. En réalité, en comparant le cas de Hart à celui de Nélaton, on n'aura pas de doute qu'ils étaient de même nature.

Ces exemples montrent donc, sans aucun doute possible, qu'une blessure ou une fracrure peut causer la rupture de la carotide à l'intérieur du sinus caverneux et que cette rupture peut être suivie de la formation d'un anévrysme artério-veineux, avec dilatation consécutive de la veine ophthalmique, et que, cette affection s'accompagne de tous les symptômes symptômes ordinairement attribués à l'anévrysme orbitaire. Il est extrêmement probable, sinon certain, qu'une semblable rupture peut se produire spontanément. Des cas comme celui de Saint George's Hospital, décrits dans ma première leçon, montrent qu'un petit pertuis peut se faire dans la carotide, par suite d'athérome ; et cela peut arriver aussi aisément à la courbure de la carotide dans le sinus qu'ailleurs.

Les symptômes de beaucoup des cas publiés semblent confirmer la conjecture de Delens sur leur nature artério-veineuse, et cette explication fait comprendre l'énorme dilatation des veines que l'on rencontre fréquemment dans l'anévrysme orbitaire et qui atteint souvent un degré difficilement explicable par la simple pression exercée par un petit anévrysme de la veine ophthalmique. D'un autre côté, il faut reconnaître que, dans quelques cas au moins terminés par la mort, l'explication de Delens paraît recevoir un démenti formel. Ainsi, dans la seconde autopsie de Nunneley, il parle de la tumeur

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 mars.

comme d'*un anévrysme circonscrit de la racine de l'ophthalmique.* Le cas de M. Bowoman rapporté par M. Hulke, exclut, par le résultat de l'autopsie, l'idée d'une rupture de la carotide. Delens objecte que dans cet exemple, comme dans plusieurs autres sur lesquels il s'appuie, quelque mince fissure peut avoir échappé à l'observation ; mais, M. Hulke m'a assuré que ce n'avait pas pu être le cas. Dans un cas semblable rapporté par Aubry (*Gaz. des hôp.* 1864, p. 171.) Delens lui-même est disposé à admettre qu'il a pu n'y avoir aucune lésion de la carotide interne, puisque ce vaisseau put être injecté de façon à remplir l'ophthalmique, sans que l'injection pénétrât dans le sinus caverneux.

On a souvent rapporté des cas d'anévrysmes situés sur l'artère ophthalmique et sur la carotide interne, à là fois dans le sinus caverneux et à sa terminaison dans le cercle de Willis, tels que les pièces n°s 1687 et 1688 de notre musée et les cas mentionnés par Guthrie, Demarquay, moi-même et beaucoup d'autres.

Résumons donc l'état actuel de nos connaissances par ces tumeurs. L'affirmation première de Travers, que l'anévrysme orbitaire est ordinairement anastomotique a été définitivement réfutée. L'anévrysme par anastomose affecte quelquefois les vaisseaux de l'orbite, mais leurs symptômes sont tout à fait différents de ceux de l'affection qui nous occupe (voyez le cas de Haynes Walton dans « Operative Surgery 1853, p. 258). On a aussi prouvé d'une manière indéniable, que quelques-uns de ces anévrysmes sont artério-veineux, et je pense qu'il en était de même dans un grand nombre de cas heureux qu'on a rapportés. Mais on ne peut pas nier non plus que dans d'autres l'anévrysme appartenait à la forme circonscrite. Enfin, il me semble impossible de ne pas admettre que, dans quelques cas, les symptômes ordinaires de l'anévrysme ont été produits par la pression de veines dilatées et consolidées sur les artères de l'orbite.

Le caractère du bruit est le point capital dans le diagnostic, entre la forme artérielle et la forme artério-veineuse. Un bruit de souffle clair, intermittent, peut difficilement provenir d'une communication artério-veineuse qui, au contraire, présente un murmure continuel, doux, interrompu par le murmure artériel intermittent, et ce dernier peut, dans certains cas, être exagéré d'après Delens, jusqu'à devenir un bruit de piaulement. La différence du bruit peut donc suffire, dans quelques cas bien marqués, à exclure l'idée d'un anévrysme artériel ordinaire.

Mais la question la plus importante est de savoir s'il est possible de reconnaître les cas dans lesquels il n'y a aucune lésion artérielle, et ceci est beaucoup plus difficile. Il y a, du moins, deux cas rapportés avec soin dans lesquels il y avait tous les symptômes d'un anévrysme orbitaire, le cas de Bowman rapporté par Hulke, et le cas d'Aubry ; et en les lisant je ne vois manquer aucun des symptômes qui décèlent ordinairement la présence d'un anévrysme. Dans tous deux il y avait pulsation et bruit ; dans le cas de Bowman on décrit ce bruit avant l'opération comme synchrone au pouls et après l'opération comme une note musicale s'enflant à chaque pulsation. Dans le cas d'Aubry, on décrit le bruit comme étant un murmure continu se renforçant avec la systole cardiaque. Dans le cas de Bowman il y avait aussi accident assez grave pour avoir causé la luxation de l'os malaire et les symptômes dataient du jour qui suivait l'accident. Dans le cas d'Aubry le malade était assez peu intelligent pour ne pas se rappeler s'il y avait eu accident ou non. Tout ceci ajouté à l'exophthalmie et à la dilatation du système veineux qui existaient dans les deux cas, ressemblait exactement aux cas de Nélaton, dans lesquels on trouva une communication artério-veineuse.

La simple coagulation du sang dans le sinus caverneux, sans dilatation des veines de l'orbite, ne donne pas naissance aux symptômes de l'anévrysme orbitaire comme les cas de thrombose du sinus caverneux de Knapp le montrent (*Arch. fur ophthalmologie*, 1868, 1ste Abth., pp. 220, 229, 231, 234); il en serait de même, je crois, pour la dilatation simple des veines de l'orbite, sans thrombose du sinus. M. Delens parle d'une thèse par M. J. Dupont, dans laquelle sont réunis les exemples connus de dilatation des veines de l'orbite et dans aucun il n'y avait ni pulsation ni bruit.

Il est possible que, par la suite, nous arrivions à connaître la pathologie de ces affections, d'autant plus que l'attention des chirurgiens a été appelée sur ce sujet, non seulement dans ce pays, mais en Amérique par les travaux du docteur Morton et en France par ceux de MM. Demarquay et Delens. Mais quant à présent, tout ce que nous pouvons dire, c'est que les symptômes de l'anévrysme orbitaire sont, dans quelques cas, exactement semblables à ceux que l'on rencontre lorsque le système veineux seul est affecté. Ce fait, bien que ne possédant qu'une valeur négative, est évidemment un motif sérieux d'user de prudence quand il s'agit d'entreprendre un traitement chirurgical.

Un autre trait extrêmement curieux de ces tumeurs pulsatiles de l'orbite, est la migration possible des symptômes d'un côté à l'autre. C'est ce qu'on peut voir notamment, dans un remarquable cas de Velpeau, qu'on trouvera aussi dans l'ouvrage de Delens. Il vaut la peine, à ce sujet, de citer une partie des réfléxions de Velpeau sur ce cas, ainsi que sur un autre qu'il observait en même temps :

« Nous avons eu deux malades affectés de tumeurs érectiles de l'orbite. L'un de ces malades avait une tumeur dans chaque orbite. Il attribuait l'origine de ces tumeurs à un coup sur la nuque. Je vois difficilement le rapport qu'il peut y avoir entre le coup et l'existence des tumeurs. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de curieux dans ce malade, c'est que la compression de la carotide droite faisait aussitôt cesser les pulsations de la tumeur de l'orbite gauche, et que la compression de la carotide gauche faisait cesser les pulsations de la tumeur de la tumeur de l'orbite droit. Ce phénomène me sembla inexplicable. Je liai la carotide droite ; la tumeur de gauche disparut ; celle du côté droit diminua un peu, mais devint bientôt aussi volumineuse qu'avant la ligature et présenta les mêmes caractères. Je proposai au malade de lier la carotide gauche, mais il n'y voulut point consentir et quitta l'hôpital, n'ayant eu d'autre avantage que celui résultant de la ligature de la carotide droite. Je revis ce malade peu de temps après ; la tumeur érectile du côté gauche était parfaitement guérie, mais celle du côté droit continuait à progresser. La chose est difficilement explicable, car la carotide n'a pas d'anastomose qui puisse faire comprendre un semblable phénomène. Le second malade qui avait une tumeur érectile d'un orbite seulement, l'attribuait également à un coup sur la nuque. Ceste coïncidence de tumeurs érectiles de l'orbite, résultant de coups sur la nuque est une chose singulière. Je me borne à rapporter les faits sans chercher à les expliquer, car ce serait, à mon avis, fort difficile sinon impossible. »

M. Busk et M. Curling ont résolu depuis longtemps la première difficulté que signalait Velpeau, c'est-à-dire l'explication de l'anévrysme orbitaire (que, adoptant l'opinion de Travers, il appelait tumeur érectile) consécutif à un coup sur la tête ou sur la nuque, en l'attribuant à une fracture de la base

du crâne traversant l'artère ophthalmique ou la carotide interne; le second cas de M. Nélaton est une preuve anatomique intéressante de la légitimité de leur opinion. De sorte qu'actuellement, nous ne sommes plus surpris de voir cette affection se montrer aussi souvent après une blessure.

Mais l'alternance de la maladie d'un côté à l'autre, c'est-à-dire le fait que les pulsations de l'orbite d'un côté, sont supprimées par la compression de la carotide du côté opposé, est beaucoup moins facile à comprendre. Outre les cas de Velpeau, on en cite plusieurs autres. Le phénomène me semble dépendre de la coagulation du sang dans le sinus affecté, amenant peut-être la dilatation de ses anastomoses avec le sinus opposé, mais ce mécanisme n'est pas très-clair dans mon esprit. Delens a émis sur ce sujet une hypothèse compliquée qu'on trouvera dans sa brochure.

L'examen de la pathologie et des théories diverses qui ont eu cours sur cette remarquable affection, est le prélude nécessaire de l'objet de cette leçon — le traitement chirurgical.

Si nous admettons que les symptômes peuvent être causés par des caillots dans le sinus comprimant l'artère sans autre lésion de celle-ci, assurément nous devrions tout faire pour éviter une aussi sérieuse opération que la ligature de la carotide.

Si nous admettons avec M. Erichsen, que la maladie, quelle que soit sa nature, peut disparaître spontanément, nous arrivons inévitablement à la même conclusion.

Si nous adoptons l'enseignement du docteur Delens, qu'une grande proportion de ces cas sont des anévrysmes artério-veineux, nous savons que la ligature du tronc artériel à distance de l'ouverture de l'artère est un remède fort incertain dans les anévrysmes artério-veineux. Nous savons aussi, par l'expérience des communications artério-veineuses dans le cou et ailleurs, que cette affection n'entraîne pas nécessairement un fatal résultat. Après avoir atteint un certain degré de développement, beaucoup de ces lésions sont restées stationnaires pendant un temps indéfini.

Si même, nous pouvions adopter l'ancienne idée, que la tumeur est due à une dilatation cirsoïde des artères de l'orbite, nous savons combien est illusoire la ligature du tronc vasculaire en pareil cas.

Enfin, si l'on adopte l'opinion de MM. Curling, Busk et Nuneley, généralement acceptée en ce moment, que ces tumeurs sont de véritables anévrysmes de l'ophthalmique ou de la carotide interne, je crois que nous pouvons raisonnablement espérer le succès par des moyens moins graves que la ligature dans une tumeur qui doit être si peu volumineuse et dont les symptômes sont dus, plus à la dilatation des veines qu'à la lésion artérielle elle même. Les résultats de la pratique parlent clairement dans ce sens.

THÉRAPEUTIQUE

De la meilleure tisane diurétique dans les maladies des reins et de la vessie.

Par M. le docteur J. L. Dassier.

Le choix des boissons à conseiller aux malades affectés de gravelle, de cystite chronique ou d'états pathologiques anciens de la prostate et de l'urèthre, est d'une grande difficulté pratique. Certains liquides occasionnent des recrudescences douloureuses, une vive irritation dans la miction et des besoins trop fréquents d'uriner. Quelques préparations médicamenteuses ayant une action directe sur la sécrétion urinaire ne sont point exemptes d'inconvénients sérieux. Une tisane diurétique inoffensive, adoucissante et calmante, restait donc toujours à trouver.

Faire uriner facilement, sans douleur, et rendre les urines abondantes et claires, tel est le problème qui vient d'être résolu.

Le *thé diurétique de France*, composé uniquement, dans des proportions déterminées, de plantes inoffensives, diurétiques et sédatives, sollicite doucement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions et rend aux urines leur limpidité normale. Il est agréable au goût et très-supérieur à l'eau de goudron, à la macération de graines de lin et à presque toutes les eaux minérales prescrites contre les maladies des voies urinaires, la goutte ou les affections calculeuses. Aussi est-il rapidement devenu la boisson habituelle obligée de quiconque souffre des reins, de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

J'ai donné des soins à un vieillard, que tourmentait depuis plusieurs années, un catarrhe vésical aussi intense que tenace. Il urinait dix ou douze fois par nuit, toujours avec les plus vives douleurs et rendait des urines épaisses, gluantes, fétides, et laissant déposer une matière laiteuse. Sous l'influence de quatre tasses par jour de *thé diurétique de France*, il s'est extrêmement amélioré dans l'espace de trois semaines, au point qu'il ne se relevait plus que deux fois par nuit et qu'il ne rendait plus que des urines sans odeur et ayant l'aspect le plus normal.

Tout récemment encore, je viens de traiter un homme, âgé de soixante-deux ans, qui avait été se faire lithotritier à Paris, et qui, à la suite des neuf séances de broiement lithique qu'il avait courageusement supportées, avait éprouvé toutes les souffrances de la cystite la plus rebelle. Les préparations balsamiques, les eaux d'Evian, la tisane de goudron et l'usage de capsules à la térébenthine avaient complétement échoué. Je le soumis à l'usage de la même boisson que le précédent malade, et le résultat fut le même. Des fragments de mortier lithique furent expulsés sans douleur, les urines redevinrent limpides et les besoins d'uriner s'éloignèrent de plus en plus. Il est actuellement rétabli. Selon les conseils du médecin et selon les effets à obtenir, le *thé diurétique de France* s'administre à la dose de deux à cinq tasses dans les vingt-quatre heures. Il peut se prendre à toute heure du jour ou de la nuit, avant ou après les repas. Il ne retentit pas sur l'estomac et ne trouble jamais la digestion ni le sommeil. Son action tout à fait spéciale se porte invariablement sur les voies urinaires et sur la composition des urines.

Lorsqu'on songe à toutes les misères vésicales que les excès, ou simplement les progrès de l'âge déterminent si souvent, ne doit-on pas signaler avec empressement aux médecins et aux malades le moyen de soulager toujours et de guérir souvent un état morbide aussi douloureux? Je sais que beaucoup d'autres succès analogues ont été constatés dans la clientèle de mes confrères, mais je ne peux me porter garant que des deux cas que j'ai observés et que je viens de rapporter sommairement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux brochures de M. Lizet, membre correspondant, sur quelques cas difficiles de l'art obstétrical;

2° Un mémoire de M. Caby (de Toulon) sur trois cas de rage humaine;

3° Une observation de monstruosité par inclusion dans la région sus-coccygienne, par M. Rizzoli.

M. Larrey offre à la Société les *Bulletins de l'Académie de médecine de l'année* 1876.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la grande perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres les plus éminents, son ancien président, M. le professeur Dolbeau.

La séance est levée immédiatement en signe de deuil.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique (1), par MATHIAS DUVAL et LEREBOULLET.

Ce petit livre, déjà connu des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* qui en a rendu compte, lors de sa publication, il y a quelques années, se recommande de nouveau par une seconde édition. Il n'est plus besoin de démontrer aujourd'hui, quels avantages le médecin peut retirer de l'emploi du microscope dans le diagnostic. La partie est gagnée, et dans les hôpitaux, les médecins qui sont au courant de la science demandent chaque jour a cet instrument les renseignements qui leur sont nécessaires, pour le diagnostic des gravelles, et des dépôts urinaires, pour la constatation du sang, du pus ou des tubes urinifères dans les urines; pour le diagnostic des pertes séminales, par la présence des spermatozoaires, pour le diagnostic de la nature des kystes à hydatides, pour le diagnostic des maladies vermineuses de l'intestin, d'après l'examen des matières stercorales, pour le diagnostic de la nature du muguet et des teignes ou de certaines maladies cutanées parasitaires; pour l'examen de la nature des matières vomies, enfin pour l'appréciation des altérations du sang. Ici, et c'est là une des plus importantes nouveautés de cette édition, les auteurs ont ajouté un chapitre sur la numération des globules du sang, d'après le procédé de Malassez et celui de Hayem. On a beaucoup parlé de cette recherche nouvelle. Qu'en pensent MM. Lereboullet et Duval? Est-ce une chose bonne et utile. Il eût été intéressant de le dire, pour préparer les médecins à la nécessité de cette étude ou pour leur empêcher un mécompte. Dans un livre de pratique comme celui-ci, un simple enregistrement des découvertes récentes ne peut suffire et l'appréciation des auteurs est indispensable, afin d'épargner le temps des élèves. A part cette observation sans importance, il faut dire que cette édition est remarquable, par l'élégance de sa typographie et le soin apporté au tirage des figures. Comme son aînée, elle sera très-profitable aux médecins qui auront à faire des recherches de micrographie clinique. E. BOUCHUT.

Éléments de pathologie et de clinique chirurgicales (1)

Par L. MOYNAC

M. le docteur Moynac est un ancien interne des hôpitaux de Paris, il est professeur libre de pathologie et de clinique; il connaît les élèves, il sait que, devant les developpements actuels de la science, le temps peut manquer aux meilleures volontés. Or, les savantes monographies que nous voyons naître chaque jour peuvent être résumées souvent en quelques lignes; c'est au soin avec lequel M. le docteur Moynac a rempli cette partie de sa tâche, que nous devons, sous le titre modeste d'*Éléments*, un livre bien fait, sérieux et qui sera utile à ceux qui savent comme à ceux qui ne savent pas encore.

Les « éléments de pathologie et de clinique chirurgicales » s'ouvrent par l'étude des maladies des tissus. (Maladies de la peau, des ongles, du tissu cellulaire, des bourses tendineuses.)

L'auteur aborde ensuite les maladies du tissu osseux, qu'il divise en lésions inflammatoires et organiques, en lésions de nutrition et de développement et en lésions traumatiques. Il passe ensuite aux lésions inflammatoires et traumatiques des articulations. Les maladies des artères, des veines, du système lymphatique, des nerfs, des muscles et des tendons, terminent la première partie de ce livre.

Les maladies des régions forment l'objet de la seconde partie. M. Moynac étudie successivement les maladies du crâne, du rachis et de la moelle, de l'appareil olfactif, des fosses nasales, de l'appareil auditif, des yeux, de l'orbite, des lèvres, des joues, des dents, des gencives, des mâchoires, de la langue, de la voûte palataire, du voile du palais et des amygdales. L'auteur aborde ensuite l'étude des maladies du cou, du larynx, de l'œsopaghe, de la poitrine, de la mamelle; puis il fait connaître les maladies de l'abdomen, du rectum et de l'anus, de l'appareil urinoire, de la prostate, de l'urèthre, du testicule et de ses enveloppes, enfin, de la verge. Les maladies des organes génitaux de la femme sont ensuite étudiées avec grand soin, et l'auteur, après avoir exposé les maladies des membres et les maladies virulentes, termine son œuvre par les maladies vénériennes, chez l'homme et la femme.

Par cette énumération devant laquelle nous n'avons pas reculé, on peut se rendre compte de l'importance du travail que nous soumet M. le docteur Moynac. L'exécution est à la hauteur du programme. Pas de discussions, beaucoup de faits en peu de mots. Ce livre est complétement au courant de la science.

Traité des maladies infectieuses (1) par W. Griesinger, traduit par le docteur G. Lemattre, deuxième édition, revue, corrigée ét annotée par M. le docteur E. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce.

En 1868, M. le docteur Lemattre nous donnait la traduction du « traité des maladies infectieuses » du savant clinicien de Zurich et de Berlin.

Ce livre reçut un bon accueil du monde médical. Depuis cette époque, et M. Lemattre et M. Griésinger sont morts; l'édition èpuisée, les éditeurs se sont adressés à M. le professeur Vallin. On ne pouvait faire un choix meilleur; le nom de M. Vallin étant justement attaché à des études nombreuses et remarquables sur cette matière.

Le « traité des maladies infectieuses » est à proprement parler un faisceau de monographies: l'une consacrée aux maladies des marais, l'autre à la fièvre jaune, la troisième aux maladies typhoïdes, la dernière enfin, au choléra.

M. Vallin a repris le travail du premier traducteur, a fait disparaître quelques inexactitudes ou quelques altérations involontaires de traduction. Ayant séjourné plusieurs années en Syrie et en Algérie, M. Vallin a pu observer, sur les lieux mêmes, certains faits que Griésinger lui-même avait relevé dans un long séjour en Egypte. Son passage, à la chaire d'épidémiologie du Val-de-Grâce, avait encore préparé M. Vallin à se rendre maître du sujet, et c'est avec un vif intérêt que l'on lira les notes dont il a enrichi cette édition nouvelle.

Enfin, il ne sera pas inutile de faire remarquer que M. Vallin, comprenant bien son rôle d'introducteur en France, d'une œuvre allemande, est venu parfois rappeler à l'auteur, que les idées exposées avaient une origine française. Félicitons M. Vallin d'en agir ainsi, car les traducteurs ne sauraient trop penser à la défaveur qui vient frapper leur travail, quand serrant seulement de près un texte, ils ne savent pas faire rendre à César ce qui appartient à César.

Le diabète sucré et son traitement diététique.

Par le docteur ARNALDO CANTANI (1).

M. le docteur Cantani est professeur et directeur de la clinique médicale à l'Université royale de Naples. Depuis longues années, il se livre à des études très-intéressantes, sur le mode de développement intime des processus vitaux dans l'organisme vivant. L'anatomie et l'histologie ne nous font connaître que les altérations de forme des organes; c'est un point de vue limité. L'auteur du livre que nous avons sous les yeux, a voulu aller plus loin, élargir le cercle de nos études et, à côté de la *forme*, présenter l'étude de la *substance*, matière première de toute paroi cellulaire, de tout

(1) Victor Masson, libraire, 1 vol. in-12.
(1) 2 vol. in-18 jésus, prix 16 fr. — Paris, H. Lauwereyns.
(1) In-8°, prix 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(1) In-8, Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

noyau, du contenu de chaque cellule. Si la vie n'est qu'une transformation continue, un perpétuel renouvellement de substance, aura-t-on sérieusement étudié l'organisme, connaîtra-t-on les processus morbides qui s'y développent, en laissant de côté les irrégularités qui doivent avoir lieu dans le processus vital de transformation et de renouvellement matériel.

De ces pensées est née la pathologie du renouvellement, sœur jumelle de la pathologie cellulaire. Le *diabète sucré* est le premier pas fait par le professeur Cantani dans cette nouvelle étude. Présentées d'abord, sous forme de leçons à l'hôpital clinique de l'Université de Naples, ces idées ont reçu le meilleur accueil des auditeurs et nous ne saurions trop remercier M. le docteur Charvet, l'un des médecins les plus distingués de la station de Vals, de nous avoir donné la traduction du travail de M. Cantani.

Les trois premières leçons sont consacrées aux malades du renouvellement (ricambio). L'auteur jette d'abord un coup d'œil général, sur les maladies du renouvellement moléculaire. Un grand nombre de maladies, dépend des anomalies du renouvellement moléculaire, et dès lors, se guérit en combattant chacune de ces anomalies. Les humeurs varient de composition; elles s'altèrent comme les solides. Les produits morbides et les aliments sont les principaux facteurs de l'altération de la crase sanguine. Les aliments doivent contenir tous les éléments nutritifs dans de justes proportions. A la combustion et à l'activité plastique de l'organisme répondent les aliments combustibles et plastiques. Les éléments nutritifs présentent des disproportions qualitatives et quantitatives. Il existe des anomalies stationnaires du renouvellement matériel. La chimie doit jouer son rôle dans la pathologie et la thérapeutique. L'auteur, après ces considérations, a établi son nouveau plan d'études.

Il lui faut nous donner des notions générales sur le renouvellement matériel : et successivement il passe en revue la vie, le renouvellement organique morphologique et chimique. Les exigences de la nutrition, le conduisent à dresser les divers bilans de la façon des carnivores, des herbivores et de l'homme omnivore. Le renouvellement régulier, la consommation excessive, l'autophagie et la perte d'eau sont étudiées avec soin. Puis il aborde les transformations chimiques, signale les facteurs du renouvellement matériel. Les lois naturelles dominent la matière organisée; quels sont les fabricants et les matériaux de fabrication dans l'organisme, et les régulateurs du renouvellement.

La troisième leçon, nous fera connaître les altérations du renouvellement en général, altérations transitoires et permanentes; altérations quantitatives, avec variation du bilan général; intensité diverse du renouvellement aux différents âges; accélération et ralentissement; altérations quantitatives avec variation du bilan partiel. Troubles proportionnels du renouvellement matériel, altérations qualitatives; revue des principales anomalies spéciales du renouvellement matériel; maladies avec changement dans le type végétatif de l'organisme entier; systémopathies; importance des altérations du renouvellement dans toutes les maladies en général : tel est le résumé sommaire de cette leçon.

L'auteur, peut alors aborder l'histoire du diabète, qu'il poursuit d'abord depuis l'antiquité jusqu'à Claude Bernard. Il applique ses idées à l'étude du diabète qu'il étudie avec le plus grand soin. Nous devons laisser au lecteur, le soin de suivre l'auteur dans cette très-curieuse et très-intéressante étude. Le livre du professeur Cantani est un événement scientifique; que l'on accepte ou que l'on rejette sa théorie ou mieux sa manière d'étudier les maladies, son essai n'en sera pas moins bien accueilli, et nous verrons avec plaisir la continuation de son œuvre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 mars 1877, M. le docteur Moutard-Martin, médecin des hôpitaux, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. le docteur Moissenet, admis à l'honorariat.

— Nous rappelons que M. le professeur Peter commencera ses leçons de pathologie interne le mardi 20 mars, à trois heures, et les continuera les mardi, jeudi et samedi suivants, à la même heure. — Il traitera des maladies de l'appareil respiratoire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Cours complémentaire de physique.* — M. Gariel, agrégé, commencera ce cours le vendredi 16 mars, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera la fin de l'optique (instruments, etc.), la chaleur et la météorologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Labrousse, élève du service de santé militaire.

De la Symétrie dans les affections de la peau. Étude physiologique et clinique sur la solidarité des régions homologues et des organes pairs, par le docteur TESTUT. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Guide pratique de l'électrothérapie, rédigé d'après les travaux et les leçons du docteur Onimus, par le docteur BONNEFOY, avec 91 figures dans le texte. — 1 vol. in-18 cartonné à l'anglaise. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 33. — MARDI 20 MARS 1877. 50e ANNÉE. MARDI 20 MARS 1877. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Epilepsie homicide. — Les caractères généraux les plus habituels des crimes commis par les épileptiques peuvent être résumés dans le groupe de signes que voici : absence de motif; manque de préméditation; soudaineté et énergie de la détermination; férocité dans l'exécution; déploiement d'une violence insolite et multiplicité des coups; nulle dissimulation dans l'accomplissement de l'attentat et nul soin de se cacher après; indifférence absolue; absence de tout regret et de tout remords; oubli total ou réminiscences confuses et partielles de l'acte perpétré.

En général, tout crime porte avec lui son explication. Le malfaiteur choisit sa victime et attente à la vie des gens qu'il hait, qui le gênent, s'opposent à ses projets ou détiennent des valeurs qu'il veut s'approprier. L'épileptique tue le premier venu, ami, parent ou inconnu, absolument comme dans un autre moment il se tuerait lui-même. Le criminel compte fréquemment un ou plusieurs complices, l'épileptique n'en a point.

Les crimes sans motifs s'imposent comme autant de problèmes redoutables à l'esprit des magistrats instructeurs. Souvent même une situation très-embarrassante est créée. Je ne devrai étonner personne en affirmant que la lecture attentive de la relation des procès criminels, depuis les soixante dernières années, m'a conduit à cette conviction très-nette que, dans quelques crimes prétendus mystérieux, restés inexpliqués ou non motivés et attribués à une sorte de fatalité aveugle, on a songé à tout, excepté à des accidents épileptiques. J'ajouterai avec un regret douloureux que, dans ces affaires si ardues, les médecins, en imaginant de toutes pièces des variétés de folie transitoire homicide, de folie subite, d'aliénation momentanée, de manie instinctive, de vésanie périodique, intermittente ou rémittente, et en exposant à l'audience des théories peu scientifiques sur le délire homicide, ne sont parvenus la plupart du temps qu'à égarer la justice sur l'état mental réel de l'accusé et à donner d'eux-mêmes et de la médecine légale des aliénés qu'une opinion assez fâcheuse. Heureusement, ces prétentieuses ignorances datent de trente ou quarante ans et ne pourraient plus se constater aujourd'hui.

Un grand nombre de crimes sans motifs, ayant pour auteurs des épileptiques, ont déjà été rapportés ici, mais le fait suivant ne peut pas être omis. J. Falret a eu l'occasion d'observer un sieur V..., âgé de vingt et un ans, qui, sans cause appréciable et sans provocation aucune, donna un coup de couteau à une fille publique, dans la rue, à onze heures du soir, le 22 mars 1858, après s'être promené seul pendant toute la journée dans la campagne et n'avoir rien mangé. Au moment même où il a frappé, il avait, a-t-il dit, la tête perdue. « Il ne se rappelle qu'une chose, c'est que le couteau est entré en quelque sorte tout seul. » V... éprouvait fréquemment des vertiges, et il les comparait à des nuages lui obscurcissant un instant la vue. Il lui était arrivé d'avoir de petites boules bleues ou du rouge devant les yeux. Il était très-distrait, avait des absences passagères, manquait de mémoire, avait tout à coup des idées tristes, se sentait poussé à se jeter dans la Seine dès qu'il traversait les ponts, avait cherché une fois à s'empoisonner, quittait brusquement son atelier et allait se promener sans but dans Paris ou hors Paris et était resté parfois deux jours sans rentrer chez lui et sans manger. — V... a été envoyé à Bicêtre.

Le cas le plus extraordinaire et le plus embarrassant qui se soit depuis longtemps présenté à l'examen des magistrats et des médecins est certainement celui de Henri Thouviot, l'assassin de la rue Cujas. Cet homme, dont la presse a eu le tort de beaucoup trop s'occuper, est né le 15 janvier 1851, à la prison de Saint-Lazare, d'une fille-mère qui n'était pas encore âgée de quinze ans et d'un père âgé de soixante-cinq ans, juif portugais, riche, très-avare et violent. Il a été élevé pendant quatre ans par sa grand'mère, a suivi ensuite les oscillations diverses de la vie aventureuse de sa mère, a été placé pendant quelque temps au collége Chaptal, puis a exercé, depuis l'âge de quatorze ans, un grand nombre de professions différentes. Tour à tour relieur, sculpteur, mécanicien, garçon de salle, commis libraire, zouave pontifical et soldat en Afrique, il déclare « qu'il a manqué de direction. » Il rapporte avoir eu quelques étourdissements, avec lividité rapide des traits de la face, bruissements d'oreilles et besoin automatique de marcher devant lui, sans détermination réfléchie et consentie.

Thouviot est intelligent; il a la mémoire assez présente, répond avec précision et franchise à toutes les questions qui lui sont adressées, et ne craint pas de donner sur lui-même des

(1) Suite. — Voir les numéros d'octobre, novembre et décembre 1876.

renseignements étrangers au procès, mais qui témoignent d'une perversité précoce et tristement audacieuse. Il déclare avoir eu, à des intervalles irréguliers, « la démangeaison de tuer quelqu'un ». Ces sortes de *crises*, comme il les appelle, duraient de un à trois jours, et pendant toute leur durée, il se sentait nerveux, vibrant, irascible, ému, incapable de tenir en place et toujours prêt à commettre une action violente, n'importe laquelle. Elles se sont renouvelées cinq fois depuis 1865. Bien que sobre habituellement, il a subi deux condamnations : l'une pour vagabondage, l'autre pour ivresse.

Le 11 juin 1874, en proie alors à cet état particulier dont il vient d'être parlé, il quitte sans motifs son patron, chemisier, rue Laffitte, erre dans les rues, achète un couteau de 1 fr. 45 c., dîne non loin de la barrière du Trône, reprend sa marche au hasard, est accosté au faubourg Saint-Martin par une fille publique, la suit et passe la nuit avec elle. Le 12 juin, au matin, après s'être habillé et avoir pris du café au lait avec son hôtesse de rencontre, il tire son couteau de sa poche, l'examine attentivement et se demande si l'occasion ne lui fournit pas enfin une victime facile ; mais il pense aussitôt que son crime pourra être attribué au vol, et, pour ne pas être pris pour un infâme égorgeur de filles de joie, il s'éloigne. Il reprend sa course vagabonde dans les rues et sur les boulevards, et, bien décidé à frapper le premier passant qu'il trouvera à sa main, il tient son couteau tout ouvert dans la poche de son pantalon. A deux heures de l'après-midi, il entre dans un petit restaurant de la rue Cujas, demande à déjeuner, et pendant qu'on prépare les aliments dont il a machinalement fait choix, il écrit que sa destinée est d'aller au bagne ou de mourir sur l'échafaud, qu'il va commettre un crime, qu'il ne peut plus résister, mais qu'il ne sait pas s'il va frapper la dame qui est au comptoir ou la bonne de service. C'est la fille Marie Cotard, âgée de vingt ans, qui apporte le déjeuner, et elle tombe assassinée.

Arrêté sur-le-champ, Thouviot n'a jamais cessé d'être calme et lucide, et, pendant les cinq mois et demi qu'il a été médicalement observé à Mazas, on n'a pas, que je sache, noté chez lui le moindre phénomène délirant ou épileptique. Une seule fois cependant, il se serait laissé aller à un commencement de tentative de suicide. Après avoir reçu la visite d'un ancien protecteur et essuyé de sa part quelques reproches assez sévères, il se mit à pleurer et chercha tout à coup à s'étrangler avec son mouchoir. Ses co-détenus se jetèrent aussitôt sur lui et empêchèrent l'exécution de son projet.

Sur le rapport médico-légal de MM. G. Bergeron, Blanche et Lasègue, il fut considéré comme étant atteint de folie impulsive, avec accidents épileptiformes anciens, mais comme n'étant point un épileptique.

Les médecins-experts ont dépensé un talent considérable pour prouver que Thouviot rentrait dans la classe des malades poussés au meurtre par une violence irrésistible et passagère, sans autres perversions physiques ou psychiques constatables durant l'accès, sans troubles caractérisés de l'intelligence après la crise; qu'il était, en un mot, affecté de *délire par accès, avec impulsion homicide.* La conservation d'une partie de la mémoire et la possibilité de rendre un compte relativement net de toutes les circonstances ayant précédé, accompagné ou suivi le crime, donnaient, il faut bien en convenir, une grande vraisemblance à cette manière de voir.

Déclaré irresponsable, il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. Remis à la disposition de l'autorité administrative, il traversa d'abord l'infirmerie spéciale près la préfecture, puis l'asile Sainte-Anne, et là, M. Bouchereau délivra à son sujet le certificat suivant : « Présente des vertiges épileptiques probables; actes impulsifs; tendances au meurtre; nul souvenir de certains actes accomplis; périodes d'excitation suivies d'obtusion intellectuelle. »

Thouviot fut envoyé ensuite à Bicêtre. Il entra dans mon service et il s'y trouve encore en ce moment. A son entrée, le 1er décembre 1874, je portai sur lui le jugement que voici : « Ne présente aucun trouble intellectuel. Il est très-calme; il donne les détails les plus précis et les plus nets sur l'assassinat qu'il a commis. Ce malade a éprouvé depuis neuf ans, à de rares intervalles, quelques attaques d'épilepsie et un certain nombre de vertiges épileptiques. Il rentre évidemment dans la catégorie des malades encore bien peu étudiés et que l'on a désignés sous le nom d'*épileptiques larvés*. Nous allons l'observer attentivement. » Quinze jours après, dans une nouvelle pièce, je déclarai ceci : « N'a rien présenté de particulier depuis son entrée. Il est lucide et très-calme; il répond posément et sans affectation à toutes les questions qui lui sont adressées. Il continue à reprocher à sa mère la mauvaise direction morale qui lui a été donnée et il ne retrouve des larmes qu'au souvenir d'une fille qu'il a dû épouser et qui est morte en couches très-peu de temps après l'événement du 12 juin dernier. Il lit une grande partie de la journée et cause avec ses camarades. Il doit être maintenu. »

J'ai fait venir et j'ai plusieurs fois interrogé Lazarette Thouviot, mère du malade. C'est une hystérique, fille naturelle de Jeanne Thouviot, morte apoplectique et aphasique, à l'âge de soixante-cinq ans, à l'hôpital Lariboisière. Quant au vieillard, juif portugais, qui serait le père de l'assassin de la rue Cujas, je n'ai appris sur lui qu'une seule chose, c'est qu'il avait légitimé un fils, qu'il l'avait institué son légataire universel, et que ce fils avait dissipé sa fortune et s'était suicidé.

L'hérédité morbide du côté de la ligne maternelle, la seule qu'il soit permis d'invoquer dans l'espèce, apparaît donc assez clairement; mais n'existât-elle point, qu'il serait fort curieux de noter qu'Henri Thouviot doit la vie à des auteurs d'un âge abolument disproportionné, séparés l'un de l'autre par un demi-siècle et passagèrement réunis par le fait d'un honteux marché. Et n'est-ce pas ici le cas de rappeler que l'on rencontre fréquemment dans la pratique des enfants rachitiques, scrofuleux, phthisiques, imbéciles, épileptiques ou idiots, dont l'état fâcheux, après enquête médicale sévère, ne peut être attribué qu'à la disproportion d'âge de leurs auteurs? En général, plus l'homme se marie tardivement et plus il recherche une femme jeune. Aucune compensation ne s'établit et la descendance est exposée à des tares. Les faux calculs de la vanité ou les sottes prétentions d'une jeunesse en voie de déclin n'ont, paraît-il, rien à démêler avec les données du bon sens et les lois de la physiologie. Passons.

Pendant les premiers mois de l'année 1875, je ne notai absolument rien de pathologique. Je remarquai, toutefois, que Thouviot était inégal, qu'il était tantôt doux et résigné, tantôt maussade et exigeant; qu'il m'écrivait un jour dans des termes mesurés, sages, confiants et parfaitement en rapport avec la position qui lui était faite, et qu'il m'envoyait le lendemain une lettre cavalière, empreinte de quelque exaltation et trahissant de malsaines aspirations à la vie libre. Je remarquai également qu'il avait souvent le teint reposé, l'aspect tranquille et l'œil bienveillant, mais qu'il était parfois plus pâle qu'à l'ordinaire, qu'il paraissait distrait et avait alors le regard sinistre. A quoi pouvaient tenir ces oscillations? Je ne me les expliquai que par l'existence probable d'accidents épileptiques nocturnes, mais ce n'était là qu'une hypothèse.

Je renouvelai fréquemment les interrogatoires et je pus re-

lever et établir les faits suivants : Thouviot, dix ans auparavant, travaillant chez un fabricant d'instruments de précision, a été pris d'un éblouissement, est tombé à la renverse et a perdu connaissance.— Deux ans après, étant garçon de salle dans un restaurant, il descendit un jour à la cave et fut trouvé évanoui et la face contre terre. — Un peu plus tard, chez un libraire, il se trouve dans une chambre avec un enfant de trois ans, et il se met tout à coup à découvrir ses organes génitaux, à prendre un vase et à uriner. Congédié aussitôt, il ne s'est jamais souvenu d'avoir commis l'acte qui motivait son renvoi. — En 1869, au Havre, étant aide de cuisine, il perdit connaissance une fois et faillit se brûler à ses fourneaux. Il revient du Havre à Paris, à pied, en cinq jours, et se place d'abord chez un fabricant de biscuit, puis chez un crémier. Là, il fut tourmenté par le désir de tuer la bonne. « Je m'arrangeai, dit-il, de manière à la faire venir à la cave au moins sept ou huit fois, sans jamais pouvoir me décider. Je ne lui en voulais cependant pas. Nous étions très-bien ensemble. Enfin, je suis parti comme un fou, et je restai cinq jours dehors, vivant de quelques sous que j'avais sur moi et couchant en plein air, n'importe où. » — En 1872, étant soldat au 1er régiment de zouaves en Afrique, il lui est arrivé quatre fois de sortir subitement des rangs, d'éprouver des bruissements d'oreilles et de ne plus apercevoir du tout l'officier instructeur.

Ces faits, à coup sûr, me paraissaient très-significatifs, mais à Bicêtre on n'avait rien constaté encore.

Le 7 mai 1875, à cinq heures du soir, Thouviot éprouve un vertige, se décolore complétement et subit en quelques secondes, une telle modification dans l'expression de sa physionomie que ses compagnons prennent peur et s'éloignent aussitôt de lui. Il se couche et ne dort pas.

Le 8 mai, de huit heures quinze minutes à huit heures quarante-cinq minutes du matin, il a trois crises convulsives, dont deux en présence de M. le docteur Berthier et de sept ou huit internes accourus immédiatement. Je n'arrive auprès de lui qu'à neuf heures vingt minutes et je le trouve assez pâle, un peu troublé, l'air étonné et l'œil hagard. Son pouls est à 96°. Il a totalement perdu connaissance et n'a gardé aucun souvenir des deux premières crises, mais il paraît avoir une demi-conscience de la troisième. Il se plaint de céphalalgie et de courbature.

Le 11 mai, le calme et toutes les apparences de la meilleure santé ont reparu. Le teint est très-bon.

Pendant les mois de juin, juillet et août, un traitement hydrothérapique est institué. Sous cette influence, le malade se sent plus fort, est gai, travaille ardemment à la fabrication des couronnes, gagne de 50 à 80 centimes par jour et déclare souvent qu'il n'a jamais été mieux portant, à aucune époque de sa vie.

Le 8 septembre, à quatre heures du soir, il accuse tout à coup du mal de tête et de la fatigue. Il ne dîne pas, se couche et passe une très-mauvaise nuit.

Le 9, il a essayé de se lever, mais il s'est senti si faible qu'il s'est aussitôt recouché. Il est pâle, il a très-soif et ne mange pas.

Le 10, il est toujours au lit et refuse toute alimentation. A quatre heures du soir, il a eu une évacuation involontaire de matières fécales.

Le 11, à six heures et demie du matin, il a une syncope, perd complétement connaissance et a une nouvelle évacuation involontaire de matières fécales. Le malade ressent des douleurs rachialgiques intenses, un grand malaise général et une soif extrêmement vive. La peau est chaude, le pouls est à 88°, la face est altérée, l'amaigrissement est déjà notable.

Le 12, à sept heures quarante-cinq du matin, il éprouve une syncope d'une minute environ. A la visite, il se plaint beaucoup de la tête et déclare qu'il a dans les yeux quelque chose « comme une sensation de brûlure vive. » Il existe de la congestion conjonctivale. La peau est chaude et le pouls est à 86°. A 11 heures trente minutes du matin, une abondante épistaxis se manifeste.

Le 16, le rétablissement est à peu près complet.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui (16 mars 1877), Thouviot n'a pas eu la moindre indisposition apparente. Il est calme, doux, raisonnable, intelligent, bon travailleur, prêt à rendre service à ses compagnons, et il n'aventure plus que de très-loin en très-loin quelques questions insidieuses sur son avenir. Il reçoit très-exactement, tous les quinze jours, la visite de sa mère et il lui remet une grande partie de l'argent qu'il touche. Je reste convaincu qu'il a de temps à autre des accidents épileptiques nocturnes, qui passent nécessairement inaperçus, puisqu'il est enfermé dans une cellule du quartier de la sûreté (aliénés dangereux ou criminels) et que les veilleurs n'entrent pas chez lui. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est sa pâleur de temps en temps, l'expression presque tragique de son regard à ce moment et la facile violence de ses emportements. Je le trouvai un jour, en juillet 1876, dans cette disposition fâcheuse. Contrairement à toutes ses habitudes de soumission digne, mais respectueuse, il m'aborda avec arrogance et voulut savoir à quelle date précise il serait rendu à la liberté, me sommant de répondre sans ambage. Je priai froidement mon interlocuteur de se souvenir du passé et de rester profondément reconnaissant envers les trois médecins-experts qui lui avaient fait remise d'une pénalité très-lourde, cruelle peut-être. J'ajoutai que je continuais leur œuvre, mais que son attitude actuelle m'avertissait clairement que je n'avais pas encore obtenu la guérison du malade et qu'il fallait attendre des jours meilleurs. Qu'il ait confiance et retourne à son travail. A ces mots, Thouviot entra dans une indicible colère et vociféra des injures et des menaces. Cette fois encore, ses compagnons eurent peur de lui et se retirèrent à la hâte dans leur cellule respective. Je restai l'impassible témoin de cette scène de fureur, d'ailleurs assez courte, et quand l'orage fit mine de cesser, je m'éloignai. Toutefois, pour la sécurité d'autrui et un peu pour l'exemple, je le consignai et le fis enfermer dans sa cellule. Dans la journée, il m'écrivit longuement et s'excusa dans des termes presque touchants.

Dans mon opinion, de nouveaux accidents diurnes reparaîtront à l'improviste. Épileptique il a été, épileptique il est encore. Mes deux collègues de Bicêtre, MM. Berthier et J. Falret, partagent complétement ma manière de voir sur ce point clinique si délicat.

Je suis, d'autre part, très-porté à croire que MM. G. Bergeron, Blanche et Lasègue, malgré ce qui s'est passé depuis qu'ils n'ont vu Thouviot, conservent leur opinion première et qu'ils diagnostiqueraient encore, à l'occasion, un délire par accès, avec impulsion homicide ? En face de leur conviction, je suis presque intimidé, mais je ne peux pas faire le sacrifice de l'opinion quelque peu divergente que j'émets de si bonne foi et que je crois être l'expression de la plus rigoureuse vérité scientifique. D'ailleurs, ce qu'il y a de très-rassurant dans l'espèce, c'est que dans les deux hypothèses, l'irresponsabilité du criminel et sa séquestration dans un établissement d'aliénés s'imposaient nécessairement et s'imposent toujours. Si l'on peut discuter sur des nuances et des approximations pathologiques, on ne discute plus sur les conséquences légales et sociales. Tous les médecins ont été et sont d'accord. Cette una-

nimité de vues offre même un intérêt pratique considérable.

Depuis vingt-huit mois que Thouviot est soumis à mon observation, je n'ai jamais consenti à lui prescrire du bromure de potassium. Je tenais d'abord à asseoir un diagnostic et je ne voulais pas user d'un médicament capable d'apporter des modifications presque immédiates dans l'état d'un malade à vésanie flottante ou à névrose suspecte. Si, sous l'influence du traitement, il n'avait ressenti aucun des phénomènes morbides constatés à Bicêtre, quelle pourrait être aujourd'hui l'opinion médicale? Un doute planerait peut-être sur l'état mental de l'assassin de la rue Cujas. Les conclusions des médecins-experts justifieraient complétement l'acte de clémence, mais comment assignerait-on dans le cadre nosologique une place absolument authentique au cas morbide dont il s'agit? Le bromure de potassium aurait donc eu l'inconvénient de masquer les manifestations comitiales. A mon point de vue particulier, l'hésitation dans le diagnostic n'étant plus permise aujourd'hui, je reconnais que l'emploi du sel bromique pourrait être commencé. Je ne tarderai pas à prendre un parti sur ce point.

Et maintenant, quand Thouviot sortira-t-il de Bicêtre? A cette question qui m'a été posée déjà un grand nombre de fois, je ne peux répondre que ceci: en droit, l'aliéné guéri doit sortir, même s'il a commis un crime. En fait, j'avoue que des garanties très-sérieuses doivent être fournies à l'ordre public et à la sûreté des personnes et qu'il faut imposer à l'aliéné criminel une convalescence d'une durée illimitée, de façon à prévenir tout retour offensif; mais lorsqu'on a pris toutes ces précautions, que l'on a multiplié les épreuves et qu'au point de vue clinique on est cent fois certain de la guérison, pourquoi ne réclamerait-on pas la sortie? De quel droit le médecin se placerait-il au-dessus de la loi et interpréterait-il à sa façon le silence gardé par le législateur? J'ai fait sortir de Bicêtre, il y a deux ou trois ans, l'ex-sergent de ville S... qui, dans un accès de délire alcoolique avec hallucination de la vue, avait assassiné un sergent-major, son compatriote et son meilleur ami.

Quelques auteurs et notamment Aubanel, ont soutenu avec un réel talent cette opinion, que l'aliéné homicide ne guérissait pas, mais que vînt-il à guérir, il était indispensable, dans l'intérêt de la société, de le séquestrer à jamais dans un établissement d'aliénés. Je suis obligé de déclarer que cette mesure, si dure, de l'internement à vie, n'a point mes sympathies. Qui nous dit qu'il y aura récidive et que la guérison ne pourra pas se maintenir au dehors? Pourquoi faut-il condamner alors un malheureux à passer trente années ou plus, dans une maison de fous, en prévision d'un attentat qu'il ne commettra peut-être pas?

Dans le cas de Thouviot, il s'agit d'un épileptique. Tentons d'abord d'obtenir sa guérison, nous verrons après.

En face d'un cas d'épilepsie homicide, la médecine légale peut se heurter, on vient de le voir, a des difficultés de l'ordre le plus exceptionnel. Il n'y a jamais lieu de conclure hâtivement. Une temporisation attentive finit bien un jour ou l'autre par faire éclater la vérité. En général, l'observateur, avant de s'arrêter à une opinion définitive, doit avoir constaté tout le groupe de symptômes caractéristiques que j'ai indiqués. Si un signe important vient à manquer tout à fait, que l'on prenne garde: on suit peut-être une fausse piste.

DES ACCIDENTS IMMÉDIATS

DÉTERMINÉS PAR LES INJECTIONS DE FUCHSINE PURE DANS LE SANG (1)

Par MM. Feltz et Ritter.

Dans le cours de nos expériences sur l'action de la fuchsine non arsénicale, introduite dans le sang, nous avons remarqué que les animaux présentaient des accidents nerveux passagers, assez semblables à ceux de l'ivresse alcoolique, même dans le cas d'injection des doses minima indiquées dans nos notes précédentes. L'impossibilité de se tenir debout pour cause de paralysie ou d'agitation convulsive des membres, la titubation ensuite, durent de cinq à dix minutes. L'intelligence ne paraît pas troublée, car les animaux, dès que l'on ouvre la porte du laboratoire, font d'inutiles efforts pour fuir. Nous n'attachions que peu d'importance à ces phénomènes, que nous pensions liés à des modifications de tension circulatoire, ou à la production d'embolies capillaires, les faits suivants nous ont fait changer d'opinion.

1° Des injections d'eau distillée ou d'urine fraîche, filtrée à la température de 37 à 38 degrés dans le système veineux des chiens, en quantités variables, mais ne dépassant pas le dixième du poids de l'animal, font hausser la colonne mercurielle de l'hémo-dynamomètre de 1 à 2 centimètres au-dessus du degré normal, sans que les animaux présentent le moindre phénomène nerveux comparable à celui que l'on observe à la suite d'injections de quelques centimètres cubes d'une solution aqueuse de fuchsine pure.

2° De nombreux essais d'injection de poussières organiques et inorganiques, tant dans le système veineux que dans le système artériel, nous ont démontré que les accidents relevant d'embolies capillaires sont des plus variables. La constance des phénomènes nerveux, consécutifs à l'introduction de la fuchsine, démontre péremptoirement qu'il ne peut être question de lésions emboliques pour les expliquer.

De par ces faits, nous nous croyons autorisés à donner comme cause des phénomènes nerveux sus-indiqués l'impression directe du système nerveux par la fuchsine même. Dans l'hypothèse de la possibilité de rattacher ces accidents à de la fuchsine impure par suite de mélanges avec des sels arsénicaux, nous avons fait quelques essais avec des solutions d'acide arsénieux, d'arséniate de soude et d'arsénite de potasse injectées aux doses toxiques minima établies par notre préparateur, M. Rouyer, sans jamais obtenir les symptômes nerveux que nous venons d'attribuer à la fuchsine.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 5 février 1877.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 mars 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du sulfate de cuivre. — M. LABORDE pense que la question de l'influence du cuivre sur l'économie n'a pas encore été portée sur le terrain vraiment physiologique. On ne s'est occupé de la question, jusqu'ici, qu'au point de vue purement médico-légal, et de part et d'autre ont été émises des opinions extrêmes, l'une attribuant au cuivre des qualités éminemment toxiques, l'autre lui déniant toute propriété semblable. Mais si l'on demandait aux physiologistes ou aux toxicologues, qui admettent la toxicité de ce métal, comment meurent les individus intoxiqués par lui, quel est son mode d'action sur les diverses fonctions de l'économie, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'on serait fort embarrassé de répondre, la question n'ayant pas encore été envisagée convenablement à ce point de vue.

Si donc l'on se place sur le terrain physiologique, il faut tout d'abord faire justice d'un certain nombre de procédés qui, par suite des conditions spéciales dans lesquelles on les emploie, ne peuvent entrer en ligne de compte dans l'étude de la toxicité ou de la non toxicité du cuivre; M. Laborde veut parler des injections intra-veineuses d'une

solution de sulfate de cuivre, de la ligature de l'œsophage, etc. Il est bien évident, comme l'a justement fait remarquer M. Galippe, qu'il ne peut être tiré de ces procédés aucune déduction légitime, relativement à la détermination réelle de l'action physiologique et toxique du cuivre. Il n'en est pas de même de l'injection sous-cutanée qui constitue un procédé vraiment physiologique et qui, bien appliqué, permet d'étudier les phénomènes consécutifs à l'absorption de la substance par les voies physiologiques, sans que celle-ci soit plus ou moins immédiatement rejetée par le vomissement. C'est à ce procédé que M. Laborde a eu recours dans les expériences nouvelles dont il vient faire connaître les premiers résultats.

Il rappelle qu'Orfila avait déjà introduit sous la peau de l'acétate de cuivre en nature, mais les conditions dans lesquelles se faisait cette introduction du cuivre, à la faveur d'une large plaie préalablement pratiquée soit dans la région du cou, soit dans celle de la cuisse, étaient telles qu'elles lui enlevaient toute espèce de valeur.

Quant à la ligature de l'œsophage, c'est un procédé qui a pour résultat de placer les animaux dans des conditions absolument antiphysiologiques. Après ces procédés qui, dans la période ancienne de l'étude de cette question, ont conduit à des conclusions erronées ou à l'exagération, en sont venus d'autres purement médico-légaux, celui, entre autres, de M. Galippe déjà employé par Drouard et qui, comme on sait, consiste à faire prendre à l'animal du cuivre mélangé le plus complétement possible à ses aliments. Ici encore M. Laborde fait observer combien il importe de tenir compte des conditions diverses, dans lesquelles le métal est administré à l'animal.

Il est incontestable que lorsqu'on fait entrer le sel cuivrique dans l'alimentation des animaux (nous parlons toujours du chien) à la faveur d'un mélange aussi complet que possible, non-seulement ils ne succombent pas, mais encore les symptômes que l'on observe chez eux, s'il s'en produit, sont tout à fait passagers et sans gravité. Que se passe-t-il en ce cas? deux alternatives peuvent se présenter : premièrement, l'animal affamé et n'ayant pas encore la notion gustative de la substance étrangère incorporée à ses aliments, avale ces derniers gloutonnement; il a absorbé de la sorte une dose de cuivre efficace pour la production du vomissement, lequel ne tarde pas à s'effectuer; il en résulte que les aliments tout à l'heure ingurgités, sont rapidement et en totalité expulsés, emportant avec eux presque tout le cuivre qu'ils recélaient, sans que celui-ci ait eu le temps d'être absorbé, et d'exercer sur la muqueuse gastro-intestinale son action plus ou moins irritative. Aussi, à part les vomissements, facilités d'ailleurs par la présence dans l'estomac d'une plus ou moins grande quantité de matières solides, l'animal n'éprouve aucun phénomène morbide; et quelques heures après, il est prêt à recommencer un repas, pourvu, cependant, qu'il ne soit pas cette fois, assaisonné de cuivre.

En effet, et c'est là la seconde alternative qui peut se présenter, le chien qui a goûté une première fois des aliments imprégnés de cuivre, ne les attaque et ne les prend plus qu'avec circonspection et en très-petite quantité; il est très-difficile de lui faire faire un repas quelque peu copieux, et ce n'est qu'à la longue et aiguillonné par la faim, qu'il finit par consommer la ration qui lui est offerte, en plusieurs temps, et en employant des subterfuges plus ou moins ingénieux pour débarrasser, autant que possible, les aliments de la substance qui en modifie ou altère le goût. S'il s'agit, par exemple, de viande coupée en morceaux, l'animal commence par choisir les fragments les moins cuivrés, il ne les prend que du bout des lèvres et ne les avale qu'après les avoir fortement secoués, pour essayer de les débarrasser d'un aussi désagréable assaisonnement. Il s'ensuit que l'animal n'ingère, dans ces conditions, le cuivre qu'à de très-petites doses à la fois et qu'il n'en éprouve nul inconvénient appréciable, pas même le simple vomissement; aussi peut-il absorber impunément, de la sorte, du cuivre, durant un temps presque indéfini, sans qu'il se manifeste un trouble notable, apparent, du côté des fonctions de l'économie, si ce n'est pourtant un certain degré de dénutrition et d'amaigrissement occasionnés par l'insuffisance forcée de l'alimentation spontanée.

Telle est la condition expérimentale à peu près unique, exclusive, dans laquelle s'est placé M. Galippe. Or, si on veut tirer de ce mode d'expérimentation unique, une conclusion applicable à la toxicologie, on sera conduit à en induire que personne ne pourra être empoisonné, ni ne s'empoisonnera de cette façon. Cette conclusion logique dans le cas exclusif dont il s'agit, est-elle légitime au point de vue physiologique? M. Laborde ne le pense pas, et il indique, à ce propos, les conditions diverses qu'il convient d'envisager, si l'on veut embrasser et résoudre dans sa totalité, le problème physiologique : d'une part, du côté de la substance, les conditions changent suivant que le cuivre est employé à l'état solide ou à l'état de solution plus ou moins concentrée ; d'autre part, du côté de l'animal, elles varient selon qu'il est en état de jeûne ou de vacuité de l'estomac, ou en état de digestion.

Si l'on fait prendre à un chien, en état de digestion, une certaine quantité de cuivre, une solution de sulfate de cuivre, par exemple, au delà de 0,25 à 0,50 centigrammes se produiront des vomissements à la suite desquels l'animal ne présentera pas d'autres phénomènes que la fatigue, résultant de ces vomissements mêmes. Cela équivaudra à une simple indigestion, l'absorption physiologique n'ayant pas eu le temps de s'effectuer; mais si, à l'aide de la sonde œsophagienne on fait prendre la même quantité et surtout une dose supérieure de sel de cuivre à un animal à jeun, cet animal présentera des accidents graves, occasionnés d'abord par des vomissements d'une violence extrême faits à vide pour ainsi dire, et consécutivement par l'action topique du cuivre sur la muqueuse digestive et les résultats d'une absorption plus ou moins considérable de la substance. En ce cas, la mort peut être provoquée et se produire.

Il restait à réaliser une condition mixte, permettant de faire prendre à un chien une certaine quantité de cuivre sans provoquer des vomissements, que ce chien soit ou non à jeun. Cette condition se trouve remplie par l'injection sous-cutanée méthodiquement pratiquée. Si l'on injecte sous la peau d'un chien de moyenne taille, une dose de 3 à 4 grammes de sulfate de cuivre en solution bien faite et filtrée, ce chien meurt presque fatalement après avoir présenté les phénomènes suivants :

Il se pourlèche, accuse une certaine douleur, aux points de l'injection se couche dans l'attitude d'un chien éprouvant de très-vives douleurs colliquatives; il présente de la contraction du pupille, et phénomène constant, de la paralysie du train postérieur; peu à peu la respiration et la circulation s'accélèrent et il meurt dans une sorte de prostration, dans un laps de temps qui varie de dix-huit à vingt heures.

M. Laborde présente un chien, sous la peau duquel ont été injectés 3 grammes de sulfate de cuivre soigneusement dissous, à chaud, dans 10 centimètres cubes d'eau distillée, la solution étant ensuite filtrée, deux heures environ avant l'ouverture de la séance. L'injection est faite en deux temps, à l'aide de la seringue de Pravaz, moitié dans l'aine droite, moitié dans l'aine gauche. L'animal présente manifestement les premiers phénomènes qui viennent d'être indiqués.

M. Laborde montre, en outre, les pièces anatomiques d'un chien mort la veille, ainsi intoxiqué par 3 gr. 50 de sulfate de cuivre. On ne constate pas autre chose qu'un état congestif du cœur, du poumon, du foie, des reins, mais un état congestif spécial avec imprégnation et infiltration par un sang poisseux, couleur sépia, offrant les caractères physiques du sang septique; du côté de l'encéphale, une légère congestion des méninges; du côté de la vessie, une contraction du col qui avait rendu l'animal anurique; on trouve dans les urines une grande quantité de cuivre, décélé par l'addition d'ammoniaque; et aussi par la réaction caractéristique donnée par le ferrocyanure de potassium; les urines contenaient également des globules sanguins, et des cadavres de spermatozoïdes en assez grand nombre. Elles coagulaient par la chaleur, l'acide picrique et l'acide azotique.

La muqueuse gastrique est très-enflammée et recouverte d'une liqueur noirâtre constituée par une certaine quantité de sang; on trouve aussi dans l'estomac des poils en paquet dont la présence s'explique par la tendance des chiens à se mordiller en pareil cas. M. Laborde insiste particulièrement sur l'état poisseux du sang, caractéristique des états septicémiques, et appelle sur son analyse, dans ces conditions, l'attention des chimistes.

Tels sont les résultats essentiels obtenus jusqu'ici par M. Laborde dans ses expériences.

En résumé, dit-il en terminant, dans la question de l'action phy-

siologique et toxicologique du cuivre, on ne s'est pas jusqu'ici assez préoccupé des conditions diverses dans lesquelles se trouve l'individu ou l'animal auquel on administre du cuivre, ni des procédés divers qui peuvent être employés pour cette introduction, de manière à en permettre l'absorption à dose suffisante pour provoquer des effets physiologiques saisissables; c'est pourquoi on est arrivé, de part et d'autre, à des conclusions extrêmes, qui doivent être modifiées, dans l'intérêt de la vérité scientifique.

Les déductions toxicologiques et médico-légales ne sauraient avoir d'autre base que l'étude physiologique.

M. GALIPPE ne répond pas à la première partie de l'argumentation de M. Laborde, qui ne fait que confirmer ce qu'il a lui-même indiqué dans ses communications. Quant au procédé d'expérimentation employé par M. Laborde, il est impossible de supposer qu'on ait affaire à de semblables procédés en se plaçant au point de vue de la toxicologie. En outre, l'injection sous la peau d'une solution concentrée de cuivre détermine des désordres locaux tellement graves, qu'ils suffisent à eux seuls pour amener la mort. En effet, si au lieu d'injecter en un seul point vous injectez en plusieurs endroits une solution de 4 grammes de sulfate de cuivre dans 30 grammes d'eau, les désordres locaux ne sont plus les mêmes et l'animal ne meurt pas, ce qui prouve surabondamment que, dans le premier cas, c'était bien à ces désordres qu'était due la mort. Enfin, il est bien évident que le procédé dont parle M. Laborde ne peut être considéré comme un procédé toxicologique; jamais il ne viendra à personne l'idée de s'injecter sous la peau une solution de cuivre; d'ailleurs, cette injection est horriblement douloureuse; les chiens auxquels on la pratique meurent dans d'atroces souffrances et dans une agitation telle, qu'ils brisent tout autour d'eux. C'est ainsi qu'est mort un chien auquel MM. Galippe et Bochefontaine ont fait une semblable injection. Ce chien présentait des lésions locales tellement profondes, qu'elles s'étendaient jusqu'au péritoine.

M. LABORDE répond qu'il s'est rigoureusement placé sur le terrain physiologique. Il ne s'explique pas comment MM. Bochefontaine et Galippe ont obtenu des lésions locales aussi profondes; M. Laborde n'a rien observé de semblable dans les cas dont il a parlé et pourtant la solution qu'il a employée était de 3 grammes de sulfate de cuivre dans 0,10 centimètres cubes d'eau; d'ailleurs les lésions locales sont absolument insuffisantes pour donner la raison de la mort survenue en seize heures, et les altérations organiques observées à l'autopsie. Le cuivre a été absorbé, physiologiquement absorbé, voilà le point capital; on est donc en droit d'attribuer à ses effets généraux sur l'organisme la mort de l'animal; il rappelle en y insistant ce fait, qu'en pareil cas, il n'y a pas de vomissements, et que ceux-ci sont, par conséquent, hors de cause.

Il ne prétend pas qu'il faille tirer de ces faits une conclusion physiologique définitive; mais il pense qu'ils doivent servir à la connaissance des effets physiologiques du cuivre. Il ne faut pas uniquement, comme persiste à le faire M. Galippe, se placer dans une condition unique qui ne vise qu'un point de la question médico-légale.

M. Laborde rappelle le fait observé dans la clinique d'Andral et qui se rapporte à un homme qui avait avalé 32 grammes de sulfate de cuivre et qui est mort le soir même, fait qui montre la possibilité de la mort par le cuivre, dans des conditions autres que celles dans lesquelles s'est placé M. Galippe.

M. GALIPPE fait observer que l'autopsie n'a pas été faite du malade d'Andral et que rien ne prouve que ce fût bien du sulfate de cuivre qu'il ait avalé.

M. LABORDE répond que le fait a été parfaitement établi. L'autopsie a été pratiquée. On n'a pas, il est vrai, procédé à la recherche chimique du cuivre dans les organes, mais les matières des vomissements, dont on a noté la coloration *bleuâtre* caractéristique, suffisent pour démontrer la nature du toxique ingéré par l'individu.

M. GALIPPE fait une nouvelle communication sur le même sujet : les effets du cuivre. M. Bergeron, dit-il, admet que le cuivre à petites doses n'est pas toxique mais que la mort, en pareil cas, est le résultat des vomissements. Mais à la dose de 0,10 centigrammes par litre, le cuivre n'est même pas un vomitif. D'autre part, 5 dixièmes de milligramme de cuivre dans une solution de 5 centimètres cubes donnent lieu à une saveur parfaitement reconnaissable. Comment admettre d'ailleurs qu'on ait pu faire vomir vingt à vingt-cinq fois de suite une personne sans qu'elle se soit aperçu que ces vomissements étaient causés par quelque substance particulière aussi facilement reconnaissable au goût que le cuivre.

M. Bergeron a dit, que dans toutes les expériences qu'il a faites, il a trouvé du cuivre dans le foie, mais jamais plus de 3 milligrammes. Or, à l'école de pharmacie, on a trouvé récemment 9 milligrammes dans le foie d'une femme morte d'une affection quelconque, et qui exerçait la profession de blanchisseuse. Chez une autre malade, on en a trouvé 13 milligrammes. Il est probable, qu'on en pourrait trouver de bien plus grandes quantités chez les gens qui, pendant leur vie, auraient manié le cuivre.

M. BOCHEFONTAINE pense comme M. Laborde, que le cuivre doit être étudié, au point de vue de ses effets physiologiques. Des expériences entreprises sur des grenouilles, ont semblé démontrer, que c'était un poison musculaire ou cardiaque. Cependant, si l'on introduit sous la peau de la patte d'une grenouille, des cristaux de sulfate de cuivre, le membre tombe en gangrène sans que l'animal soit intoxiqué, sans qu'il présente aucun trouble de la sensibilité, ni aucun arrêt du cœur. L'injection d'une solution de sulfate de cuivre sous la peau (4 grammes pour 30 grammes d'eau), ne tue pas toujours l'animal et, quand il meurt, la lésion locale suffit pour expliquer la mort.

M. RABUTEAU, rappelle les expériences qu'il a faites dès 1873, sur les effets physiologiques du cuivre. Déjà à cette époque, il avait démontré, qu'une solution très-étendue de chlorure de cuivre détermine, chez un animal la mort par arrêt du cœur. C'est donc un poison musculaire. Mais rien de semblable ne se produit avec une solution de sulfate de cuivre plus ou moins concentrée. Jusqu'ici, suivant M. Rabuteau, les toxicologues ont pu empoisonner avec des sels de cuivre, mais non jamais les empoisonneurs.

Peut-on, s'appuyant sur ce fait seul, qu'on a trouvé 43 milligrammes de cuivre dans le foie d'un homme, en conclure que cet homme a été empoisonné? Des expériences récentes, prouvent que le foie peut contenir des quantités considérables de cuivre sans qu'il y ait eu empoisonnement. Le cuivre peut, en effet, facilement pénétrer dans l'organisme ; du sol il peut passer dans les végétaux. Les blés, même non chaulés, en contiennent de grandes quantités. On en trouva récemment 11 milligrammes dans le foie d'un chevreuil. M. Berthellot a montré, que des pigeons contenaient tant de cuivre, que leurs ailes bleuissaient au contact de l'ammoniaque. M. Galippe vient de déclarer, qu'il en a trouvé récemment 9 milligrammes dans le foie d'une blanchisseuse. On peut donc soutenir, au nom de la science, que, quand on trouve 43 milligrammes de cuivre dans le foie d'un homme, on n'est pas en droit d'affirmer qu'il y a eu empoisonnement.

Au point de vue médico-légal, aucun fait certain, bien avéré, n'est venu démontrer la toxicité du sulfate de cuivre. Les anciens qui l'employaient pour la conservation des cadavres, ne l'ont jamais considéré comme un poison. Parmi les modernes, Orfila ne cite pas un seul cas d'empoisonnement par le sulfate de cuivre. Tardieu, n'en cite pas non plus un seul cas avéré. Il n'en est pas davantage question dans les ouvrages allemands. En somme il n'existe pas un seul cas réel d'empoisonnement par le sulfate de cuivre. Le médecin légiste ne sauraient donc apporter trop de réserve dans ses affirmations, quand il s'agit d'une accusation d'empoisonnement par ce sel.

Des courants continus. — M. ONIMUS, à propos des conclusions qu'on a voulu tirer des expériences faites au point de vue de la métallothérapie, fait remarquer qu'il est erroné d'admettre que des courants d'intensité moyenne agissent d'une façon moins efficace que des courants excessivement faibles ; c'est le contraire qui est vrai le plus souvent, car dans certains cas où l'on ne peut obtenir le retour de la sensibilité ni par l'application de plaques métalliques, ni par le courant de deux à trois éléments, on y arrive avec des courants plus intenses, provenant de dix à cinquante éléments.

Dans les expériences de M. Regnard, les différences d'intensité qui paraissent très-grandes, sont, au contraire, infinitésimales, car il s'agit de déviations du galvanomètre de Dubois-Reymond, et le courant provenant toujours d'un seul élément, la tension ne varie

que d'une façon insignifiante. Ainsi, si avec une déviation de 15 degrés de l'aiguille de ce galvanomètre, on obtient le retour de la sensibilité, et si on ne l'obtient plus à 30 degrés, une demi-heure après, cela tient à ce que l'effet de ces courants électriques excessivement faibles est très-rapidement épuisé, et si, à ce moment, on reprend le courant de 15 degrés, l'anesthésie se maintient tout aussi bien qu'avec 30 degrés. D'ailleurs, à 90 degrés, il y a toujours, dans ces expériences, retour de la sensibilité, et la conclusion doit donc être que les résultats sont plus nets avec des courants un peu plus puissants.

Sur des ataxiques, sur des hystériques, M. Onimus a vu quelquefois les plaques métalliques ne produire nullement le retour de la sensibilité ; le même résultat négatif a eu lieu avec un courant très-faible, appliqué pendant plus d'une demi-heure, tandis qu'avec un courant de trente éléments, le retour de la sensibilité avait lieu et très-rapidement. Il en a été de même chez un épileptique atteint d'hémianesthésie, qui se trouve à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée où plusieurs médecins ont constaté ces phénomènes. En résumé, l'application des plaques métalliques non-seulement, n'agit que par les courants électriques faibles qui sont déterminés, mais de plus, c'est là le mode le moins efficace et le moins avantageux, car dans certains cas, le retour de la sensibilite ne peut être obtenu qu'avec les courants électriques ayant une tension assez considérable.

M. Onimus a encore observé que si l'on met les deux électrodes à peu de distance l'un de l'autre, sur le même membre, c'est du côté du pôle négatif que le retour de la sensibilité apparait en premier lieu.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

489. Boissier. Des différents procédés de trachéotomie dans le croup et plus particulièrement de la trachéotomie en un seul temps.

490. Mathon. De la splénite traumatique aiguë.

491. Gard. De la réfraction oculaire et de l'anisométropie.

492. Delamare. De l'épanchement consécutif aux fractures de la rotule et de son traitement par la révulsion et la compression ouatée.

493. Moizard. Étude sur les cas de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1876.

494. Guyard. Étude sur la fièvre typhoïde à rechute.

495. Mercier. De la congestion pulmonaire rapide; de l'œdème aigu du poumon avec ou sans expectoration albuminense.

496. Antomini. De la fièvre syphilitique.

497. Affre. De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.

498. Lacroix. Étude sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité.

499. Deny. De la fracture du péroné avec déchirure du ligament latéral interne.

500. Vincent. Pathogénie et marche de la paralysie dans les luxations de l'épaule.

501. Richard. Étude sur la phlébectasie superficielle chez la femme enceinte.

502. Calvet. Essai sur le morphinisme aigu et chronique.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 15 mars 1877, il a été déclaré 1.051 décès, soit 29.6 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 18. — Érysipèle, 4. — Bronchite, 60. — Pneumonie, 67. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 6. — Dysenterie, » — Angine couenneuse, 28. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 10 — Autres affections aiguës, 279. — Affections chroniques, 471, dont 194 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 39. — Causes accidentelles, 25.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. Godelier, médecin principal de première classe en retraite, ancien professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce, décédé à la Rochelle, sa ville natale, où il était retiré depuis quelques années. M. Godelier était un des membres les plus distingués et les plus respectés du corps de santé militaire. Indépendamment des titres qu'il s'était acquis dans l'enseignement, M. Godelier avait aussi payé sa dette à la science. Il a laissé des travaux très estimés dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, et nos lecteurs n'ont pas oublié, sans doute, le très-beau mémoire sur le typhus, dont il donna lecture à l'Académie de médecine après la guerre de Crimée. Il a eu aussi une large part dans le mouvement qui a amené l'heureuse réforme qui est à la veille de s'effectuer dans le service de santé militaire. M. Godelier emporte l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 34. — JEUDI 22 MARS 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 22 MARS 1877. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 22 mars 1877.

La *Gazette des hôpitaux* a réalisé hier le problème difficile de l'ubiquité. Elle a eu, en même temps, une oreille à l'Académie de médecine où se continuait l'important débat sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et l'autre à la Faculté, où l'un des nouveaux professeurs élus, M. Peter, inaugurait son cours de pathologie médicale pour le semestre d'été.

Ces séances d'inauguration tendent de plus en plus — qu'on nous passe cette expression empruntée au monde littéraire — à présenter tout l'intérêt d'une première. A l'affluence des élèves avides d'assister au début d'un de leurs maîtres se joint le groupe des collègues, des amis, des compétiteurs et quelquefois même des rivaux. Le débutant est connu. Il a depuis longtemps fait ses preuves de savant et de praticien, il a souvent même, soit dans des concours, soit dans des leçons privées, ou dans un enseignement officiel intérimaire, donné la mesure de son talent professoral. Mais c'est la première fois qu'il va réellement parler en maître dans ce vaste amphithéâtre. C'est sa profession de foi scientifique, c'est l'exposé de sa méthode, le programme en germe de son futur enseignement, qu'il va développer devant un auditoire attentif, avide de recueillir ses paroles, de saisir sa pensée, disposé à former sur cette première impression un jugement dont les précédents débuts lui fourniront des éléments de comparaison.

Telle était la situation dans laquelle se trouvait hier M. Peter, presque au lendemain d'une autre inauguration dont tous les échos répètent encore le retentissant éclat, situation dont le jeune professeur paraissait avoir trop bien conscience pour qu'il n'ait dû en être sensiblement ému. La triple salve d'applaudissements qui l'a accueilli à son entrée et qui témoignait assez de la vive sympathie de l'auditoire, était bien faite pour le rassurer. Cette sympathie s'est manifestée plus vivement encore lorsqu'on l'a entendu débuter par l'expression de sa profonde reconnaissance pour les maîtres dont les leçons et les encouragements l'ont graduellement élevé jusqu'à cette chaire dont il venait de prendre possession.

La voix de M. Peter n'a pas l'ampleur nécessaire pour remplir l'amphithéâtre. Peut-être faut-il faire la part de l'émotion dans cette défaillance de sa voix. Quoi qu'il en soit, il a été difficile à ceux qui occupaient les gradins supérieurs — et nous étions malheureusement dans ce cas, — d'entendre suffisamment pour bien suivre et juger l'ensemble de sa leçon. Nous avons pu y saisir cependant au passage, dans l'aperçu historique rapide qu'il a tracé de la marche progressive de la médecine à travers les siècles, plus d'une pensée juste et d'une expression heureuse. Il a été couvert d'applaudissements lorsque, arrivé à notre époque, il a laissé pressentir tout ce qu'elle promettait de semences fécondes à la jeunesse d'aujourd'hui, à qui incombe la tâche de compléter l'œuvre du dix-neuvième siècle et de préparer l'avènement du vingtième. La leçon de M. Peter gagnera beaucoup, nous en sommes convaincus, à la lecture.

Ce ne sont pas seulement les premières qui attirent la foule des élèves, ce sont aussi les reprises. Hier même, à midi, une véritable ovation a été faite à la première leçon semestrielle du cours de M. Pajot.

De la Faculté revenons à l'Académie et à la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Nous serons court, parce que nous courrions le risque d'être beaucoup trop long si nous voulions chercher à mettre les contradicteurs d'accord, malgré les efforts que nous avons déjà tentés pour cela et les concessions faites de part et d'autre.

M. Guéneau de Mussy a pris seul la parole. Il avait à répliquer à la fois à M. Bouley et à M. Jaccoud. La tâche n'était pas petite. Avec M. Bouley, malgré quelque tempérament dans les termes, l'accord n'était pas possible et la contradiction sur le fond subsiste. Avec M. Jaccoud, l'accord, plus apparent au premier abord, n'existe pas davantage en réalité. M. Guéneau de Mussy n'accepte pas son secours, plus compromettant qu'utile pour la cause qu'il soutient. Tout cela n'était peut-être pas très-aisé à dire.

L'honorable et savant académicien s'est acquitté de cette tâche difficile avec beaucoup d'esprit. Mais dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire *in extenso* ces volumineux discours, on nous permettra de ne nous attacher qu'au fond. C'est ce que nous avons fait dans l'analyse de l'argumentation de M. Guéneau de Mussy, que l'on trouvera au compte rendu de la séance, comme nous l'avons fait et continuerons à le faire pour les autres. Lorsque la discussion sera plus avancée, nous essayerons de la résumer. Mais elle est probablement loin encore de son terme.

A la fin de la séance, M. Péan a présenté une pièce anatomique provenant d'une opération faite le matin même. Il s'agit d'une énorme tumeur formée en totalité aux dépens du tissu propre de la muqueuse utérine et qui, en outre, contenait un kyste sanguin interstitiel développé dans l'épaisseur de la tunique musculaire. Cette tumeur, examinée par M. Robin, a été reconnue de nature sarcomateuse.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

Du pityriasis.

(Leçon recueillie par M. E. Goetz, interne de service.)

Messieurs,

Le nom de la maladie qui nous occupera aujourd'hui, vient du mot grec « πίτυρον » qui veut dire : son. — Le pityriasis, en effet, a pour caractère essentiel de donner lieu à la formation d'une quantité considérable de petites squames blanches, sèches, uniquement formées par de l'épiderme et qui ressemblent assez bien à de la farine, de là le nom de dartre farineuse qui lui a été donné aussi. Ces squames reposent tantôt sur un derme absolument sain, tantôt sur une surface plus ou moins colorée en rouge lorsqu'il y a inflammation du derme ; d'autres fois, nous les voyons d'un jaune brunâtre, couleur café au lait, lorsqu'elles sont symptomatiques d'une affection parasitaire. — Les avis des différents dermatologistes varient sur la nature du pityriasis : nous allons rapidement les passer en revue, puis nous vous ferons connaître notre manière d'envisager cette curieuse maladie, qui revêt des formes et des aspects si variés suivant la cause qui l'a produite.

Pour M. Hardy, le pityriasis est une manifestation de la diathèse dartreuse, tenant, quant à ses caractères, de l'eczéma et du lichen. Sous le nom de *pityriasis pilaris*, il décrit une affection qui n'est autre que le lichen pilaris ordinaire, accompagné d'une légère desquammation au sommet de la papule, il admet aussi, et avec raison, un pityriasis parasitaire.

M. Bazin décrit le pityriasis, d'abord et avant tout, comme une *arthridite* pouvant revêtir deux formes; dans l'une, *le pityriasis rubra*, il constate tous les caractères de l'état aigu et il en fait une *arthridite pseudo-exanthématique squameuse*. Dans l'autre, *arthridite squameuse ordinaire, pityriasis alba* des auteurs, il reconnaît une forme chronique de l'arthritis, il professe que le pityriasis peut être aussi de nature *herpétique*, et il donne les caractères qui peuvent différencier le pityriasis herpétique de sa nature la plus commune qui, pour lui, est arthritique : dans le pityriasis arthritique, dit-il, la lésion siége de préférence sur le cuir chevelu, elle s'accompagne de démangeaisons, il entraîne constamment la chûte des cheveux; le pityriasis herpétique, au contraire, se rencontre sur tout le corps, mais il a comme siége de prédilection les parties velues, il peut s'accompagner de démangeaisons ou être indolore, et, lorsqu'il a duré un certain temps, il peut occasionner la chûte des poils, tout comme le pityriasis arthritique. J'avoue, messieurs, que malgré tout le respect que m'inspire l'autorité de M. Bazin, il me semble avoir voulu établir une distinction qui de fait n'existe pas, et j'espère vous le prouver en vous disant plus loin ma manière de voir. Enfin, M. Bazin établit, comme nous le verrons plus loin, que le pityriasis est encore parasitaire.

Devergie, dans son *Traité des maladies de la peau*, page 263, décrit à la suite de l'eczéma, le pityriasis rubra qu'il confond avec l'eczéma aigu ; c'est là une erreur profonde, car l'eczéma aigu, s'il occasionne, comme le pityriasis rubra, des cuissons et des démangeaisons, produit une sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide séro-gommeux, qui se concrète en croutes minces et foliacées ; tandis que dans le pityriasis, il n'y a jamais rien d'humide ; tout reste parfaitement sec, la seule sécrétion produite est une sécrétion épidermique.

Quant à Wilson, il décrit sous le nom de *pityriasis rubra, rosea, foliacea*, une affection qui fait envahir toute la peau, et qui me paraît se rapprocher bien plus du pemphigus aigu suivi de desquammation ou d'exfoliation que de la maladie qui nous occupe. Enfin Hébra, admet une forme de pityriasis rubra dans laquelle tout le corps du malade est recouvert d'une couche épaisse de squames se renouvelant incessamment, et dont la production excessive peut entraîner un affaiblissement graduel et la mort dans le marasme! Ne reconnaissez-vous pas dans ce cas, bien plutôt, l'affection dont je vous ai montré dernièrement un si bel exemple, et que l'on connaît sous le nom d'herpétide maligne exfoliatrice?

Telles sont, messieurs, les opinions des principaux auteurs que vous pouvez consulter ; cette dermatose si commune dans ses différentes formes vous apparaît alors comme une des maladies les plus complexes ; aussi vais-je m'efforcer de vous la décrire dans toute sa simplicité, après l'avoir dégagée des erreurs auxquelles elle a donné lieu.

Au point de vue clinique, le pityriasis peut revêtir deux formes : 1° une forme aiguë; 2° une forme chronique.

I. *Pityriasis aigu.* — Dans cette forme, la lésion de la peau peut être précédée de quelques accidents généraux que l'on peut considérer comme des prodromes et qui consistent généralement en une fièvre très-peu intense, en quelques troubles gastro-intestinaux, accompagnés de courbatures et de malaise. — Mais le plus souvent, ces prodromes n'existent pas, et le pityriasis aigu apparaît d'emblée avec tous ses caractères, c'est-à-dire que la peau se recouvre en pleine santé d'une multitude de petites écailles épidermiques, qui se détachent spontanément. — D'autres fois, cette période squameuse est précédée, pendant quelques jours, par l'apparition de petites plaques rouges ou rosées, d'un véritable exanthème au niveau duquel apparaîtront bientôt les squames caractéristiques. — Quel que soit le mode de début du pityriasis, la maladie une fois constituée, ou à la période d'état, peut revêtir deux aspects différents : dans le *pityriasis rubra*, la coloration rouge de la peau dure autant que la maladie : la peau est constellée, sur une surface plus ou moins étendue, de petites taches, foncées en couleur, sans élevure de la peau, et dont on reconnaîtra la nature par la présence des écailles purpuracées dont elles sont recouvertes. — Dans le *pityriasis alba*, la desquammation existe, peut-être plus abondante que dans le cas précédent, mais la peau sur laquelle on la constate, est absolument normale quant à sa coloration.

Le pityriasis rubra se présente le plus ordinairement sous la forme de petites taches isolées que nous venons de décrire. C'est le *pityriasis maculata*; d'autres fois, la disposition en est différente : les taches peuvent être très-étendues en surface, comme dans le *pityriasis diffusa*, ou bien encore affecter la forme de lignes courbes, comme dans le *pityariasis gyrata*, que la courbe s'accentue davantage et que la ligne rouge prenne l'apparence orbiculaire, on aura affaire au *pityriasis circinata*.

Quelle que soit la disposition des taches du pityriasis aigu, qu'il soit généralisé ou localisé, que la peau soit rouge ou blanche, constamment il s'accompagnera d'une sensation de cuisson, de chaleur, de prurit souvent assez intense. Le pityriasis aigu se montre à tous les âges, et a comme siége habituel, la partie antérieure du tronc ou la face interne des membres.

Sa durée n'excède, en général, pas deux ou trois septenaires : dans le cas de pityriasis rubra, la coloration de la peau pâlit petit à petit, et les squames disparaissent lorsqu'elle a repris sa teinte normale.

II. *Pityriasis chronique.* — La forme chronique du pityriasis est la plus commune : c'est elle qui constitue le *pityriasis alba* ou *pityriasis communis* dont certains malades souffrent pendant des années, ou même toute leur vie. Le pityriasis chronique n'est constitué que par la production exagérée des lamelles épidermiques, la peau conservant sa blancheur normale, de là son nom. Le siége de préférence sur les points où la peau est fine, comme au visage ou au niveau des plis articulaires; mais c'est surtout au cuir chevelu ou dans la barbe qu'il acquiert son plus grand développement, et qu'il est le plus tenace. C'est alors que l'on voit tomber de la tête des malades atteints de cette gênante affection, des multitudes de petits squames purpuracés, connus vulgairement sous le nom de *pellicules* et qui recouvrent les habits. — On comprend combien le pityriasis chronique, peut entraîner de désagrément dans certaines classes de la société, surtout chez les femmes, sans compter que lorsqu'il a duré un certain temps, les cheveux deviennent malades à leur tour, et ne tardent pas à tomber. La guérison, dans ces cas, ne s'obtiendra le plus souvent qu'au prix du sacrifice de la chevelure, car les soins de toilette même les plus assidus et les plus réguliers ne peuvent pas enrayer la maladie une fois qu'elle a acquis une certaine intensité.

Une autre forme, un peu moins fréquente, mais non moins tenace de pityriasis chronique, se rencontre dans le *pityriasis parasitaire* dont la description nous paraît mieux placée, lorsque nous nous occuperons de l'étude des causes de cette affection.

Telles sont les deux formes chroniques du pityriasis, dans lesquelles, vous le voyez, nous faisons rentrer toutes celles qui sont admises pour les auteurs. — Il me reste maintenant à vous entretenir de la nature de cette affection, ce qui nous fournira, en même temps, l'occasion de vous en indiquer les causes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des eaux minérales dans les communes de Jurançon (Basses-Pyrénées), d'Evian-les-Bains (Savoie), de Verjèze (Gard).

2° Les rapports généraux des médecins inspecteurs des eaux minérales de Vals, Saint-Sauveur, des Fumades, pendant les années 1874-1875 (commission des eaux minérales).

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Hervez de Chégoin.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre par laquelle M. Alfaro, membre correspondant, offre à l'Académie la somme de 2,000 francs pour constituer un prix, qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les moyens de favoriser le traitement moral des aliénés dans les asiles, et d'éviter, autant que possible, l'isolement des malades atteints de la forme mélancolique de l'aliénation mentale.

Des remerciements sont votés, par acclamation, à M. Alfaro.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

La parole est à M. Guéneau de Mussy.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. GUÉNEAU DE MUSSY répond successivement à M. Bouley et à M. Jaccoud.

Dans sa réponse à M. Bouley, il commence par désavouer toute intention de persiflage à l'égard de son collègue. Il repousse également le reproche que lui a fait M. Bouley d'avoir procédé par induction. Il a lu dans les ouvrages de Budd et de Murchison, dans les recueils scientifiques, dans les mémoires sur les épidémies, une foule d'observations qui prouvent avec évidence que les déjections des cholériques et des typhoïdiques jetées dans les égouts ou dans les ruisseaux avaient été les agents propagateurs de ces maladies, et il en *déduit* cette conclusion, ou qu'il ne fallait pas jeter ces matières des vidanges dans nos égouts de Paris, tels qu'ils sont installés, ou qu'il fallait intercepter toute communication directe entre les égouts et l'atmosphère des maisons.

M. Guéneau de Mussy a dit que les émanations des égouts ne sont pas *toujours* également nuisibles, et que, lorsque les liquides des fosses d'aisances ne contiennent pas de principes infectieux, il est douteux qu'ils puissent s'y développer spontanément. Il a ajouté, il est vrai, que quand, par des chaleurs tropicales comme celles des derniers étés, les regards d'égouts vomissent des exhalaisons fétides, on ne persuadera pas que ces exhalaisons soient salubres, M. Bouley a soutenu que, plus ces exhalaisons sont fétides, moins elles sont insalubres. La fétidité des fosses d'aisance est un témoignage de leur innocuité, parce que, dit-il, par la fermentation putride, les matières organiques se détruisent et retournent à l'état minéral, et qu'alors les principes infectieux doivent disparaître.

M. Guéneau de Mussy est bien loin de nier que la fermentation putride puisse détruire les germes infectieux. Il admet que, quand toutes ces fermentations putrides se sont succédé, quand elles ont détruit toutes les matières organiques, les germes infectieux sont détruits; mais avant cette destruction complète, pendant ce travail de fermentation, les gaz qui se développent dans la matière qui fermente ne peuvent-ils pas entraîner avec eux les germes infectieux et contribuer à leur diffusion? Vous ne persuaderez pas au public, dit M. Guéneau de Mussy, que plus les exhalaisons des égouts sont fétides, plus elles sont inoffensives.

M. Guéneau de Mussy déclare qu'il n'a pas affirmé, comme le prétend M. Bouley, l'immunité des vidangeurs. Il a dit, au contraire, qu'il ne croyait pas à cette immunité, qui ne lui semble pas justifiée par l'observation; mais que si elle était prouvée, on pourrait l'expliquer par l'hypothèse de l'acclimatement. M. Guéneau de Mussy ne s'est pas appuyé sur des statistiques anglaises, comme le prétend M. Bouley; il a dit seulement que les docteurs Peacock et Murchison avaient assez souvent rencontré des cas de fièvre typhoïde chez les vidangeurs, mais que, dans la seule statistique qu'il connaisse, qui est celle de Parent Duchatelet, sur 32 vidangeurs observés par cet auteur pendant six mois, 4, c'est-à-dire 1 sur 8, avaient été atteints de fièvres bilieuses cérébrales, c'est-à-dire typhoïdes.

Sur cette même question, d'après un document emprunté par M. Burq aux statistiques officielles, en 1832, sur quatre-vingts vidangeurs sept ont succombé au choléra, c'est-à-dire à peu près un sur onze, tandis que le chiffre proportionnel de la mortalité sur l'ensemble de la population a été d'un sur cinquante.

Après ces réponses à M. Bouley, M. Guéneau de Mussy demande à ramener la question sur son véritable terrain.

Les émanations des égouts sont-elles nuisibles? Les égouts non isolés de l'atmosphère des rues et des maisons peuvent-ils devenir des voies de propagation des épidémies?

Contrairement à M. Bouley, M. Guéneau de Mussy ne croit pas que les exhalaisons des matières putrides soient jamais indifférentes. Ce n'est guère d'ailleurs que dans les saisons très-sèches et très-chaudes, que ces exhalaisons deviennent incommodes. Le danger des eaux d'égout vient de leur mélange avec les matières de vidange, lorsque ces matières renferment des déjections cholériques et typhoïdiques. Des faits très-nombreux prouvent que ces déjections peuvent devenir le moyen de propagation de ces maladies, M. Guéneau de Mussy a cité dans son travail, un grand nombre d'observations qui témoignent de l'activité infectieuse des émanations des vidanges. Il faut y ajouter le fait suivant, dû à M. Duménil :

En 1859, le choléra avait envahi Tours, mais il y faisait peu de ravages. Il pénétra dans la prison cellulaire et sur quatre-vingt-neuf détenus, on compta cinquante-huit morts; sur vingt-deux personnes

de l'administration, onze furent atteintes, neuf succombèrent. Tous les prisonniers vivaient dans un isolement absolu; la transmission de l'un à l'autre semblait inadmissible. Une enquête établit que dans chaque cellule, aussi bien que dans les corridors contigus aux appartements de l'administration, il y avait des tuyaux communiquant avec la fosse d'aisance et que, quand la densité de l'air diminuait dans les chambres par l'élévation de la température, l'air de la fosse y pénétrait charriant avec lui les miasmes dégagés par les vidanges.

En présence de tels faits, il y a lieu de s'effrayer du projet qui veut jeter dans les égouts toutes les matières des vidanges. On a dit : les égouts ne reçoivent que les matières liquides des vidanges constituées par les urines et par l'eau des water-closets. Mais ce liquide est un macéré de matières fécales et peut entraîner avec lui les principes infectieux contenus dans ces matières. D'ailleurs, les deux maladies dont la propagation par les égouts est le plus à redouter et dans lesquelles les déjections des malades sont regardées généralement comme le véhicule de la contagion, le choléra et la fièvre typhoïde, produisent précisément des déjections liquides qui sont entraînées avec les autres liquides dans les égouts.

M. le docteur Vacher constate qu'une traînée de noyaux épidémiques avait, dans la dernière épidémie de Paris, suivi le trajet du grand égoût collecteur, que la caserne du Prince-Eugène si cruellement maltraitée était construite sur cet égoût et en recevait directement les émanations par des regards couverts directement à claire-voie. Cette même caserne a été particulièrement éprouvée dans les épidémies antérieures.

Dans un article de M. Valin, on lit que quatre établissements publics : la Salpêtrière, l'hôtel des Monnaies, les Invalides et l'École militaire versent toutes les matières de vidanges dans un égoût qui les conduit au collecteur. Or, la caserne de cavalerie construite sur cet égoût, a été pendant deux années consécutives ravagée par les fièvres typhoïdes. Ne peut-on pas se demander si cette disposition n'a pas été pour quelque chose dans l'épidémie du choléra qui a ravagé la Salpêtrière en 1849?

L'épidémie de la caserne de Courbevoie peut logiquement être attribuée à une cause semblable; le côté sud de la caserne est longé par l'égoût collecteur; or l'épidémie n'éclata que lorsque le vent tournant au sud poussa les émanations méphitiques sur la caserne. L'assainissement de la caserne fit cesser l'épidémie.

Les observations dans lesquelles les matières de vidanges ont paru les foyers d'origine d'épidémies typhiques sont extrêmement nombreuses. Dans la Grande-Bretagne, contagionistes ou non contagionistes sont d'accord sur ce point d'étiologie et sur les indications qui en découlent. Il en est de même de nos confrères de la Belgique. Une commission médicale à Bruxelles vient d'imposer l'obligation de placer des soupapes ou des syphons à toutes les communications des maisons avec les égoûts.

L'action infectieuse des émanations des vidanges et des égoûts ne saurait être continue ni constante, d'abord parce qu'elles ne contiennent pas toujours des principes infectieux et qu'il faut ordinairement des conditions particulières de sécheresse et de température. Enfin de tous ceux qui sont exposés à l'action des poisons spécifiques, le plus petit nombre en subit les atteintes, ces poisons exigeant des conditions de terrain et de réceptivité particulières.

M. Guéneau de Mussy répond au reproche que lui a adressé M. Bouley de n'avoir pas fait des expériences de laboratoire, en disant que de telles expériences ne sont pas permises sur les êtres humains et que d'ailleurs, elles ne peuvent permettre de conclure des animaux à l'homme. M. Guéneau de Mussy déclare qu'il ne condamne pas le système de nos égoûts d'une façon générale; il se borne à signaler leurs défauts et à demander qu'on y remédie. Il redoute qu'on n'aggrave ces défauts par une mesure imprudente et demande qu'on n'exécute pas cette mesure avant d'en avoir prévenu les inconvénients. Il faut avant tout, suivant lui, que les conduits destinés aux vidanges ne communiquent librement ni avec l'atmosphère des rues, ni avec celle des habitations. C'est dans une pareille communication que gît le danger. Pourquoi le dissimuler? La science veut et commande la vérité, surtout lorsqu'en dénonçant le mal, on indique le remède.

Il faut, dit en terminant M. Guéneau de Mussy, assainir les égouts, répandre des instructions ou des ordres de police pour désinfecter les déjections des cholériques ou des typhoïdiques, aussi bien que des réservoirs qui les reçoivent, imposer ces désinfections aux riches, et fournir aux pauvres les moyens de les pratiquer.

M. Guéneau de Mussy répond ensuite à M. Jaccoud : il cherche à lui montrer, que ses critiques reposent sur des allégations et des citations absolument erronées, qu'il n'était pas bien au courant, ni du sujet de la discussion, ni de la manière dont elle a été engagée, enfin que, dans son brillant discours, il a laissé de côté une partie que M. Guéneau de Mussy croit la plus importante.

M. Jaccoud lui a reproché, d'avoir sans aucun motif plausible, rattaché la question de l'origine de la fièvre typhoïde à celle de l'assainissement de la Seine. En présentant à l'Académie le premier fascicule du troisième volume de ses études cliniques, qui avait pour objet l'étiologie de la fièvre typhoïde, M. Guéneau de Mussy en a exposé les conclusions qui lui paraissaient offrir quelque opportunité en présence de l'épidémie grave qui sévissait alors et des conditions actuelles de nos égouts, et des modifications qu'on parlait d'y introduire. M. Bouley, en attaquant ces conclusions et, en présentant son mémoire, sur l'assainissement de la Seine, a relié ensemble ces deux questions. Ce n'est donc pas M. Guéneau de Mussy, qui a rapproché ces deux questions, comme le lui reproche M. Jaccoud.

M. Jaccoud lui a ensuite reproché, d'avoir traité un sujet si connu, qu'il était presque oiseux de le mettre sur le tapis, et après l'avoir blâmé d'en avoir parlé, il trouve ensuite qu'il n'en a pas assez parlé ; c'est pourquoi, il s'est fait le défenseur d'une cause que, selon lui, M. Guéneau de Mussy avait compromise.

Je ne crois pas, dit M. Guéneau de Mussy, avoir à me justifier de n'avoir pas rapporté dans un livre d'études cliniques, toutes les opérations afférentes au sujet. Cependant, je ne me trouve pas tout à fait aussi dénué que M. Jaccoud l'a dit. Il m'accorde tren-cinq observations. Vérification faite, jen ai rapporté soixante-et-une, dont quarante-cinq se rapportent à ce que M. Jaccoud appelle l'origine fécale de la fièvre typhoïde; dans les autres, cette origine est possible, mais non démontrée ; elles témoignent surtout de la contagiosité de la maladie.

M. Jaccoud n'a pas été plus exact en affirmant que les observations citées par moi, avaient été surtout recueillies dans des lieux où la fièvre typhoïde était endémique. Les deux tiers de ces observations, au contraire, ont été colligées en dehors de tout soupçon d'endémicité et celles qui ont été prises dans des localités où la fièvre typhoïde pouvait être endémique, l'ont été le plus souvent dans des conditions d'isolement ou avec des circonstances qui permettaient de contrôler la valeur de la cause indiquée. Du reste, M. Jaccoud ne s'est pas défendu à lui-même les observations recueillies dans les lieux où la fièvre typhoïde est endémique. Je ne crois pas que la fièvre typhoïde soit moins endémique à Edimbourg et à Philadelphie qu'à Windsor ou à Colchester.

Je n'ai pas insisté moins que M. Jaccoud, sur les avantages qu'offrent les observations prises dans des conditions d'isolement, pour résoudre le problème étiologique de la fièvre typhoïde et je n'ai pas négligé l'étude des conditions morbigènes de cette maladie, dans les campagnes. J'ai même été étonné de voir qu'il n'avait pas apporté à la solution du problème une seule donnée nouvelle, qu'il n'avait pas signalé une seule catégorie de faits que je n'eusse indiquée, qu'il n'avait même pas produit une seule observation qui n'eût son analogue dans celles que j'ai citées.

Si M. Jaccoud avait lu au delà de la vingt-sixième page de mon travail, ce qu'il n'a pas fait, il eût évité une méprise plus grave ; il eût vu alors que l'opinion qu'il croyait soutenir avec moi est tout à fait opposée à la mienne. M. Jaccoud admet que le typhus abdominal est une forme d'intoxication putride spéciale, il croit que le poison qui la fait naître peut être le produit de la décomposition des matières animales, il regarde comme très-probable, que la fièvre typhoïde peut se développer spontanément dans l'organisme humain, sous l'influence des matières putrides renfermées dans l'intestin. J'ai consacré les trois quarts de mon travail à montrer que cette théorie ne repose sur aucune preuve certaine. Sans nier le développement possible du principe générateur de cette affection au dehors

de l'organisme, j'ai dit que ce développement me paraissait douteux et qu'il n'était pas démontré.

L'opinion adoptée par M. Jaccoud aurait dû le porter à des conclusions toutes contraires à celles qu'il a formulées. La seule décomposition putride de matières animales peut produire, suivant lui, la fièvre typhoïde et il nie que la communication de nos égouts avec l'atmosphère des rues et des maisons, puisse avoir aucun inconvénient. Il croit que notre haleine renferme toujours assez de matières putrides pour nous donner la fièvre typhoïde, si la membrane muqueuse pulmonaire remplit imparfaitement son rôle compensateur, et il est certain que les exhalaisons fétides qui s'échappent à certains jours des regards de nos égouts sont tout à fait inoffensives. Pour moi, l'absence d'émanations putrides n'est pas un signe suffisant de leur innocuité, la présence de ces émanations ne démontre pas que les égouts renferment les principes générateurs de la fièvre typhoïde ou du choléra ; mais, dans aucun cas, je ne crois ces émanations salubres et si je partageais l'opinion de M. Jaccoud, je craindrais encore bien davantage leur insalubrité.

PRÉSENTATION

M. PÉAN présente les pièces provenant d'une opération de gastrotomie, qu'il a pratiquée le matin même. Il s'exprime en ces termes :

J'ai eu l'honneur, dit M. Péan, de présenter déjà, autrefois, à l'Académie, un groupe d'observations de 27 hystérotomies, pratiquées en vue de débarrasser les malades, de volumineuses tumeurs utérines. Ce groupe se répartissait ainsi :

18 hystérotomies, motivées par l'ablation de *fibromes-utérins* : 12 succès, 6 insuccès ;

6 hystérotomies pour l'ablation de *tumeurs fibro-cystiques* : 4 succès, 2 insuccès ;

2 pour la curation de tumeurs *utéro-cystiques* : 2 succès.

Depuis cette époque, j'ai pratiqué 7 nouvelles hystérotomies : 3 pour l'ablation de tumeurs fibreuses, 2 pour des tumeurs utéro-cystiques, 1 pour une tumeur utérine carcinomateuse de forme kystique, et enfin une dernière, qui va faire l'objet de cette présentation.

En réunissant ces deux groupes, on obtient comme résultats généraux : sur 20 hystérotomies entreprises pour l'extirpation de *fibromes utérins* : 13 guérisons ; — pour les 6 *tumeurs fibro-cystiques* : 4 guérisons, 2 insuccès ; — pour les 4 *tumeurs utero-cystiques* : 3 succès, 1 mort. L'opération de *tumeur carcinomateuse* kystique a été suivie d'insuccès.

J'arrive à l'hystérotomie, que j'ai pratiquée aujourd'hui même, et dont je vous présente la pièce. Cette tumeur diffère complétement de toutes celles que j'ai pu observer jusqu'à ce jour ; c'est même ce motif qui m'a décidé à venir la soumettre à l'examen des membres de l'Académie.

La malade qui la portait est âgée de cinquante-trois ans. Le début de la tumeur avait été reconnu il y a vingt ans et celle-ci ne paraît pas avoir déterminé de troubles sérieux pendant fort longtemps. La suspension des règles s'est produite il y a trois années ; depuis, il y a eu une augmentation plus rapide de la tumeur ; depuis huit mois surtout, cette augmentation s'est accusée d'une façon fort remarquable.

La tumeur offrait avant l'opération, tous les caractères des kystes de l'ovaire à contenu sanguin, sauf que le col utérin se trouvait très-remonté. Elle remplissait toute la cavité abdominale, atteignait l'épigastre et était devenue si volumineuse que je dus pratiquer, il y a deux mois, une ponction pour arracher la malade à une suffocation imminente. Elle donna issue à une quinzaine de litres de liquide sanguin et très-mélangé de grumeaux fibrineux.

La reproduction du liquide, qui se fit très-rapidement m'aurait porté dès cette époque à proposer l'opération si la malade n'eût été alors aussi profondément épuisée. Elle était tourmentée par des accès constants de dyspnée, par l'insomie, ne mangeait plus et sa nutrition était par trop insuffisante. Pourtant, je parvins à faire tolérer quelques aliments à la malade, et bientôt après que les forces fussent revenues, la suffocation étant encore une fois devenue extrême, je me décidai à recourir à l'opération. Un examen de la malade fait de concert avec M. Spencer Wells nous avait démontré que l'utérus avait dû se laisser entraîner en haut par la tumeur, s'il ne faisait véritablement corps avec elle.

L'opération fut faite aujourd'hui à midi, avec le concours de mes aides ordinaires : MM. Cintrat, Arnould, Desarènes, Bastin, Barrault, Collin, Cousin, Raoult et en présence de MM. les docteurs Antoniuetti, Hendrix, Boesman, Montalvo, Galliani, Schklarevsky. Les parois abdominales étaient très-amincies et peu vasculaires. Elles furent divisées sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'au dessus de l'ombilic. Dès que la tumeur apparut, on put reconnaître aisément à sa coloration rougeâtre, animée, à la disposition des vaisseaux qui rampaient au dessous de son feuillet péritonéal, à sa consistance ferme, résistante, que nous étions en présence d'une tumeur utérine. Pour nous en convaincre et pour mesurer l'épaisseur de la couche musculaire, qu'il y avait à traverser, je fis une ponction avec un trocart long et fin.

L'instrument dut traverser une couche épaisse de six centimètres avant de laisser écouler le liquide. Celui-ci était sanguin, épais et visqueux. Une deuxième ponction fut immédiatement faite avec un gros trocart aspirateur et elle donna issue à une quantité considérable d'un liquide analogue, mélangé de caillots et de fragments de tissus morbides qui, malgré l'aspiration, avaient peine à couler au dehors.

Quand la tumeur fut réduite de moitié, il fut possible de l'attirer au dehors à travers la longue incision. En raison du poids encore énorme de la tumeur qui eût pu entraîner la déchirure des ligaments larges et des vaisseaux utéro-ovariques considérablement dilatés et placés symétriquement sur les côtés, je fis à travers l'enveloppe du kyste, une incision longue de 10 centimètres qui me permit de passer la main à l'intérieur et d'en retirer des caillots en assez grande quantité pour remplir plusieurs cuvettes.

J'appliquai ensuite deux ligatures métalliques autour de la tumeur, très-près de son implantation. Ces fils furent serrés fortement à l'aide des ligateurs du docteur Cintrat. Puis, après avoir traversé la base d'implantation avec des broches, j'excisai la tumeur entre les deux liens, de telle sorte que la plus grande partie de l'opération était terminée sans avoir perdu une goutte de sang. Du même coup, se trouvaient retranchés les deux ovaires, atrophiés, aplatis et les trompes, légèrement hypertrophiées, ainsi qu'une grande quantité de vaisseaux utéro-ovariques qui pénétraient dans la tumeur en y formant de larges sinus. On put alors constater que la coque de la tumeur était constituée par l'utérus hypertrophié, doublé extérieurement d'un péritoine très-vascularisé, de vaisseaux sanguins très-dilatés, d'une tunique musculaire qui entourait complétement la masse enlevée, épaisse par places d'un centimètre, et dans d'autres de six à sept centimètres.

Quant aux cavités dont était creusée la tumeur, on distinguait :

1° Une grande loge kystique, développée dans l'épaisseur de la tunique musculaire ;

2° Une autre loge beaucoup plus importante, à surface interne mamelonnée, couverte de caillots sanguins et de détritus charnus fongueux, qui nous parut formé très-probablement par la cavité utérine énormément dilatée. Par places, la membrane interne de cette grande cavité, était lisse, comme celle d'un utérus hypertrophié, partout elle était jaunie, et comme imbibée de sang vieilli et altéré. Par un examen ultérieur, je pus m'assurer qu'elle était séparable des couches musculaires qui lui étaient périphériques.

Quant au contenu des poches, celle qui était interstitielle (la plus petite) et développée dans l'épaisseur de la tunique musculaire donna un liquide franchement sanguin (de 4 à 5 litres) mais ne contenant que peu de caillots fibrineux et de matières solides. Au contraire, la plus grande, que je crois être formée par la cavité utérine énormément dilatée, contenait en quantité extrêmement considérable des concrétions fibrineuses et des masses fongueuses friables et ramollies, de couleur gris brunâtre, qui rendaient le contenu si épais qu'il ne pouvait s'écouler par le trocart.

Il restait à déterminer quelle était la nature des productions morbides disséminées, d'aspect cérébroïde, qui s'étaient développées dans l'épaisseur de cette membrane interne et qui nageaient en si grande

abondance dans le liquide, sans que la couche musculaire hypertrophiée parût avoir été envahie. Sans nul doute, à l'œil nu, on était porté à croire que ces mamelons fongueux étaient de nature épithéliale, mais la teinte blanchâtre, l'aspect lisse de la coupe ressemblaient beaucoup plutôt à celle des masses fibro-plastiques ou sarcomateuses. Aussi, pour cette raison, avais-je prié M. André de faire un premier examen de la production morbide, au laboratoire d'histologie de la Faculté, avant même de soumettre la pièce, dans toute sa fraîcheur, au jugement des membres de l'Académie.

La pièce que M. Péan présentait à l'Académie ayant été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Depaul, Robin et Laboulbène et aussitôt adressée, dans le but d'être analysée, au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine, nous nous trouvons en mesure de répondre en partie au dernier desideratum soulevé par le présentateur. En effet, en recevant la pièce, M. le professeur Robin faisait immédiatement un premier examen et adressait à M. Péan la note suivante :

« La tumeur examinée par MM. Robin et Cadiat, au sortir de la séance de l'Académie, dans le laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine, a été reconnue comme étant formée aux dépens de la totalité du tissu propre de la muqueuse utérine qui portait encore son épithélium dans les portions les moins fongueuses.

« La tunique musculaire présentait l'état de développement qu'elle offre au dernier mois de la grossesse et le même aspect. On observait, en outre, dans la composition de la tumeur, un kyste sanguin interstitiel, développé dans l'épaisseur de cette tunique musculaire et à surface lisse.

« Quant au tissu morbide lui-même, dérivant de la muqueuse dans toute son étendue, il appartient à cette variété de tumeurs embryoplastiques ou fibro-plastiques, formées principalement de noyaux libres et de cellules fusiformes décrites à l'article *embryoplastique* du *Dictionnaire de médecine*, dit de Nysten et à la page 262 du tome premier de la deuxième série du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *lamineux* (*tissu*) rédigé par M. Robin.

« Ce tissu morbide est remarquable, comme il arrive souvent dans les tumeurs de cette sorte, par son extrême vascularité capillaire, disposition qui se développe beaucoup plus en certains points, qui sont rougeâtres, pulpeux et friables, que dans d'autres portions où l'on constate un état mamelonné, offrant la couleur et la consistance dites encéphaloïdes.

« Certaines portions de cette couche pathologique occupant toute la place de la muqueuse (mais avec une épaisseur de six à dix fois plus considérable), étaient jaunâtres et non d'un blanc grisâtre ; cette teinte était due, comme ordinairement dans ces tumeurs, à de fins granules jaunes, soit interstitiels, soit inclus dans les cellules fibro-plastiques.

« Beaucoup de portions vascularisées sont infiltrées de petites cavités remplies par des caillots hémorrhagiques, qui dissocient en quelque sorte le tissu et augmentent sa friabilité. Dans les portions vasculaires moins friables, le tissu a l'aspect de ee que les anciens auteurs appelaient le fongus cancéreux. Mais, là comme ailleurs, le tissu a la texture du tissu embryoplastique ou fibro-plastique sus-mentionné. En tout cas, du reste, il n'y a nulle part traces de fongosités, ni de masses épithéliales dites cancéreuses.

« Il n'y en a pas davantage sur les parois de la loge kystique interstitielle. Seulement sur celles-ci on trouve des cristaux de cholestérine, preuve qu'elle a contenu un liquide sanguin qui a dû y demeurer longtemps emprisonné. Les cristaux et l'état des parois de ce kyste auraient déjà permis d'avancer *à priori* que le liquide sanguin contenu dans cette seconde loge ne devait pas renfermer de parties solides fongueuses et friables analogues à celles qui nageaient en si grande quantité dans la poche, qui se trouvait limitée par la muqueuse utérine. Les détails qui nous ont été donnés sur les faits révélés par l'opération ont confirmé l'exactitude de cette induction. »

La séance est levée à cinq heures et quart.

REVUE DE LA PRESSE

De la valeur des mouvements de latéralité dans les cas de tumeur blanche du genou. — Les chirurgiens considèrent les mouvements de latéralité que l'on rencontre dans certains états pathologiques de l'articulation du genou, comme étant dûs exclusivement à la disparition des ligaments périphériques. Cependant, d'après des recherches entreprises dans ces derniers temps par M. R. Moutard Martin, interne des hôpitaux, ces phénomènes morbides se produiraient le plus souvent alors que les cartilages articulaires ont disparu, les ligaments restant absolument sains, ou à peu près.

En effet, sur quatre examens de genoux atteints de mouvements de latéralité, quatre fois M. Moutard Martin aurait constaté l'intégrité parfaite des ligaments, tandis que les cartilages étaient profondément altérés ou même détruits. Cependant, dans un seul de ces cas, les mouvements de latéralité s'étaient accompagnés pendant la vie du craquement osseux attestant la disparition des cartillages.

A défaut des craquements qui manquent si souvent, la mobilité latérale serait donc pour cet observateur, dans un signe excellent qui, à lui seul, permettrait de diagnostiquer la disparition des cartilages. M. Moutard Martin aurait pu ainsi présumer les lésions de l'articulation du genou dans un cas de tumeur blanche, lésions confirmées par l'autopsie. Quant à ces mouvements de latéralité, ils seraient dus à ce que les cartilages étant profondément altérés ou même complétement détruits, leur disparition ou leur diminution d'épaisseur laisserait entre les surfaces osseuses un espace de plusieurs millimètres, qui ne serait plus rempli que par du pus ou des liquides épanchés. De là une mobilité latérale qui se traduirait à l'extrémité du tibia par des oscillations de plusieurs centimètres. — (*Prog. méd.*)

Des injections sous-cutanées d'éther dans les états adynamiques graves. — M. Dupuy signale comme pouvant être d'une certaine efficacité dans les fièvres typhoïdes adynamiques graves, les injections sous-cutanées d'éther sulfurique. Ce moyen-là a été conseillé par M. le docteur Schantzenbach, de Munich, qui s'en serait lui-même servi avec succès dans une épidémie de typhus abdominal.

Ces injections qui sont aujourd'hui généralement employées rendraient, en effet, d'excellents services dans les états adynamiques graves. M. Dupuy qui, le premier, les a employées en France s'en serait à plusieurs reprises servi avec succès. C'est ainsi qu'elles lui auraient permis, dans un cas de cholér aconfirmé, à l'hôpital Cochin, de faire sortir la malade du collapsus complet dans lequel elle était plongée et de la conduire à la guérison.

D'autre part, cette médication pourrait être encore utile dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement. M. le docteur Macon aurait en effet guéri, après trois injections sous-cutanées d'éther sulfurique une accouchée chez laquelle la mort paraissait imminente par suite d'une perte de sang considérable.

Enfin, M. Dupuy se demande si dans certains cas, la teinture éthérée de valériane ou même de musc, ne pourrait pas être substituée avantageusement à l'éther sulfurique ordinairement employé. — (*Gaz. obstetric.*)

Un nouveau cas de névrôme plexiforme. — Les névrômes plexiformes constituent une variété de tumeurs assez rares et dont l'histoire est loin d'être complète. M. le professeur Verneuil est le premier, en France, qui ait appelé l'attention sur ce sujet (1861), dont M. Margerin son élève fit, quelques années plus tard, l'objet de sa thèse inaugurale (1867). Si l'on joint à ces travaux deux mémoires, l'un de M. Christos (1870), l'autre du docteur Cartaz (1872) et enfin le récit de deux observations publiées en Allemagne, par Czesny et Winivarter (*Arch. du Lanecteck*, 1872 et 1874), on aura l'historique complet des recherches qui ont été entreprises sur ce sujet.

Une tumeur de cette nature aurait été observée récemment dans le service de M. Letiévant, à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; et ce nouveau

cas porterait à quatorze le nombre des observations de névrômes plexiformes jusqu'ici connues.

Elle aurait été observée chez un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution assez chétive, qui en faisait remonter le début à six années environ. Depuis trois ans, elle était stationnaire et ne déterminait qu'une douleur modérée et passagère. Cette tumeur qu'on considérait comme étant de nature ganglionnaire avait résisté à toute espèce de traitement.

Elle était située dans la région inguinale gauche, sa forme était celle d'un fuseau dirigé de dedans en dehors. Elle donnait au toucher la sensation de grains plus ou moins volumineux et irréguliers; et n'adhérait pas à la peau qui, contrairement à ce qui a lieu pour ces sortes de tumeurs, conservait à ce niveau sa coloration normale.

Cette tumeur ayant été extirpée, fut examinée par MM. Morat et Charpy, qui chacun de leur côté, arrivent à cette conclusion qu'il s'agissait d'un névrôme plexiforme.

L'examen microscopique aurait en effet démontré que cette tumeur qui était contenue dans une enveloppe conjonctive et qui, à l'aspect extérieur, se présentait sous forme de nodosités multiples était constituée de deux sortes d'éléments nerveux : les uns se montrant sous la forme de gaînes contenant des noyaux irrégulièrement répartis dans leur intérieur, n'étaient autres que des tubes nerveux privés de leur *Glinder axis* et réduits à la membrane de Schwan; les autres, des fibres de Reniak, renflées de distance en distance en des points où elles contenaient des noyaux. — (*Lyon méd.*)

Paralysie du nerf mentonier par lésion syphilitique du maxillaire supérieur. — M. le docteur Fournier rapporte un cas bizarre de paralysie de la sensibilité déterminé par une exostose spécifique de la branche horizontale du menton. Ce phénomène aurait été observé chez un sujet manifestement syphilitique.

Il avait en effet présenté à plusieurs reprises divers accidents très-caractéristiques pour lesquels il avait déjà subi un traitement, quand il s'aperçut que la moitié droite de la lèvre inférieure et la portion voisine du menton avaient perdu leur sensibilité. Soumis à l'examen de M. Fournier, celui-ci constata une anesthésie et une analgésie simultanée occupant la portion cutanée de la lèvre et les téguments du menton jusqu'à un centimètre environ au dessus du bord inférieur du maxillaire, depuis la ligne médiane jusqu'à une ligne descendant verticalement de la commissure labiale droite. Ces phénomènes coïncidaient avec l'existence d'une tuméfaction douloureuse de l'os occupant le tiers moyen de ce dernier depuis le niveau de la canine jusqu'à celui de la grosse molaire. Son maximum correspondait exactement à l'origine du trou mentonier; enfin elle était douloureuse à la palpation, plus encore à la pression, comme l'est habituellement l'exostose récente en voie de formation. En présence de cette tumeur, M. Fournier n'hésita pas à diagnostiquer une exostose syphilitique déterminant par lésion ou par compression du nerf mentonier les phénomènes présentés par le malade. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la disparition rapide de la tumeur sous l'influence d'un traitement spécifique par l'iodure de potassium.

M. Fournier rapproche cette observation d'un cas presque identique, dont M. Lambano aurait été le témoin. Il en conclut que si les paralysies de motilité circonscrites, limitées à un muscle ou à un groupe de muscles relèvent fréquemment d'une influence syphilitique, il peut en être de même pour certaines paralysies circonscrites de la sensibilité. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

De l'emploi du collodion comme moyen de compression dans les tumeurs anévrysmales. — M. le docteur Lélion aurait employé dans un cas de double tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, un nouveau mode de coercition consistant dans l'application sur la peau, au niveau des tumeurs, d'une cuirasse épaisse de collodion riciné dont voici la formule :

Pyroxyline	8
Éther	100
Alcool	33
Huile de ricin	8

Sous l'influence de la compression exercée par le collodion, M. Lélion aurait obtenu dans l'espace de quelques semaines une réduction telle, que l'une des tumeurs aurait complétement disparu. Quant à la seconde tumeur, la plus volumineuse, elle serait arrivée à ne plus présenter que les deux tiers environ de son volume primitif quand le malade, qui bien qu'en cours de traitement, continuait à se livrer à ses occupations ordinaires, succomba tout à coup. L'autopsie ne put malheureusement être faite et tout ce que l'on constata, fut qu'il n'y avait pas eu de rupture extérieure. — (*Gaz. hebd.*)

Faculté de médecine de Nancy. — A la suite du dernier concours, M. Cadiot est nommé aide de physiologie en remplacement de M. René, démissionnaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 24 MARS 1877. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Kystes hydatiques du foie.

La présence simultanée de deux cas de kyste hydatique du foie, dans les salles de clinique médicale de la Charité, ont fourni l'occasion à M. Hardy d'exposer en quelques mots son appréciation sur les divers modes de traitement de cette affection.

L'un de ces malades est un homme âgé de cinquante-deux ans, d'une assez forte constitution, et qui s'était toujours assez bien porté, lorsque, une quinzaine de jours environ avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que son ventre augmentait de volume, en même temps qu'une douleur assez vive se fit sentir dans la région épigastrique; à dater de ce moment, il avait perdu l'appétit et ressentait un état de malaise général. A son entrée dans les salles, on constata une sensibilité assez vive de la région abdominale à la pression; en examinant cette région, on reconnut l'existence d'une tumeur arrondie, rénittente et légèrement fluctuente au niveau du foie, se prolongeant en bas et en dedans jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, et qui semblait comme surajoutée à cet organe. Bien qu'il n'y eût aucun symptôme indiquant une affection hépatique, M. Hardy n'hésita pas à diagnostiquer l'existence d'un kyste hydatique du foie coïncidant avec l'intégrité de toutes les fonctions de cet organe. Ajoutons qu'on ne constatait point le caractère particulier de frémissement hydatique; mais l'absence si fréquente de ce signe dans les cas même les mieux constatés de kyste hydatique ne pouvait, pas plus que l'absence de phénomènes morbides hépatiques, infirmer ce diagnostic.

Une ponction exploratrice faite avec l'appareil de M. Dieulafoy, en provoquant l'issue d'un liquide transparent comme de l'eau de roche, confirma l'existence d'un kyste hydatique.

Chez le second malade, les choses étaient beaucoup moins nettes et le diagnostic plus difficile. Il n'y avait point de tumeur surajoutée à la masse du foie, comme chez le précédent, mais néanmoins une voussure assez sensible de cet organe et une fluctuation manifeste de cette partie saillante. Une ponction exploratrice faite par le même procédé amena au dehors un liquide trouble, dont l'aspect seul indiquait qu'il s'était déjà fait un travail inflammatoire dans les parois du kyste.

M. Hardy se demandant en présence de ces deux cas à quel moyen curatif il donnerait la préférence, et passant en revue les divers moyens proposés, est arrivé à cette conclusion : qu'aucun des moyens de traitement médicaux internes proposés, anthelmintiques ou autres, n'ayant donné de témoignages suffisants d'efficacité, il ne restait à choisir qu'entre les différents procédés chirurgicaux. Parmi ceux-ci, le plus simple de tous, la ponction du kyste, est celui qui lui paraît mériter la préférence. C'est le procédé d'exploration lui-même, c'est-à-dire le trocart capillaire avec l'aspirateur, qui devient le moyen curatif. C'est ce procédé que M. Hardy a mis en pratique, en prenant les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine, c'est-à-dire en exerçant une pression sur les parois du trajet au moment où l'on retire la canule, de manière à oblitérer l'ouverture, et en maintenant cette pression pendant quelques instants. Grâce à cette précaution, et au repos absolu prescrit au malade, on a pu prévenir tout danger de péritonite.

Faut-il évacuer tout le liquide ou partie du liquide seulement? Les opinions sont divisées à cet égard. M. Hardy est d'avis d'évacuer tout le liquide. En agissant ainsi, et avec les précautions spécifiées plus haut, on a devers soi toutes les chances possibles de succès.

Cependant même avec ces bonnes conditions, on ne réussit pas toujours. Lorsque la maladie vient à se reproduire, il faut recourir à d'autres moyens. C'est pour ces cas qu'on a conseillé les injections iodées faites avec 50 grammes de teinture d'iode pour 50 grammes d'eau et 10 grammes d'iodure de potassium. Ce moyen a réussi. Mais si la ponction simple est quelquefois suivie d'accidents, *à fortiori* peut-on avoir à les redouter après la ponction suivie d'injection. De là l'idée d'un moyen mixte qui consiste à retirer une petite quantité du liquide kystique par une première ponction, et à injecter ensuite dans la poche une très-petite quantité de teinture d'iode, de 10 à 15 grammes du mélange suivant : teinture d'iode, 100 grammes; iodure de potassium, 15 grammes. M. Hardy a appliqué cette méthode deux fois; une fois sur deux le résultat a été favorable. C'est cette méthode qu'il se propose de mettre en usage chez ces deux malades, dans le cas où la ponction simple réitérée ne suffirait pas.

Nous reviendrons prochainement sur cette question.

Hystérie et catalepsie.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié la jeune cataleptique du service de M. Desprès à l'hôpital Cochin, dont nous

les avons entretenus plusieurs fois déjà dans cette revue. Ils ne liront pas sans intérêt, pensons-nous, la suite de cette curieuse histoire qui a été recueillie et publiée dans les *Archives de médecine de ce mois* (mars), par M. Eug. Monod, interne du service. Cette observation étant très-longue, nous en esquisserons seulement les traits les plus saillants.

Marie L..., la jeune malade en question, sortie une première fois de l'hôpital en juillet 1875, fit une chute dans laquelle elle se fractura la deuxième côte gauche. A partir de ce moment, les troubles nerveux reparurent. Le 28 novembre, elle rentrait dans le service, où son état ne tarda pas à s'aggraver. Les vomissements alimentaires qui avaient commencé à se reproduire peu de jours après l'accident, devinrent presque journaliers. Les urines recommencèrent à diminuer de quantité, l'aphonie reparut. Bientôt l'anurie devint presque complète, en même temps que les vomissements, augmentant de fréquence, présentaient de plus en plus l'odeur urineuse caractéristique signalée lors des premières crises.

Dans le mois de décembre suivant on constate de l'hémianesthésie gauche.

En janvier 1876 (le 1er), aux symptômes précédents, à la céphalalgie et à la douleur costale, s'ajoute une douleur vive dans la région ovarique que l'on considère comme le prodrôme d'une nouvelle crise de catalepsie. En effet, du 2 au 12 janvier, on assiste à l'invasion du sommeil cataleptique. Le 13, la malade est plongée dans un état de somnolence très-marqué. Le 14, le sommeil est complet et profond. Le facies est calme, les yeux fixes et entr'ouverts, la respiration régulière, la peau moite, la température à 38°, le pouls à 90. La contracture musculaire qui avait déjà commencé à se manifester les jours précédents augmente. La malade est complétement insensible aux excitations extérieures. Tout le corps est en sueur. On soulève la malade tout d'une pièce comme un bloc inerte. Les membres restent jusqu'à ce qu'on change leur disposition dans les diverses attitudes où on les place, etc.

Le 18 janvier, le sommeil est interrompu par une crise d'agitation. La malade exprime à plusieurs reprises la souffrance.

Le 19, après une nuit calme, nouveau réveil avec agitation et plaintes. On essaye, mais vainement de lui faire avaler une cuillerée de café. Elle n'a rien absorbé depuis le moment où elle s'est endormie. Elle urine sous elle une fois par jour, abondamment.

Le 21, le réveil s'accentue ; il se fait progressivement sans excitation et sans secousse. Le sens de la vue est aboli, mais l'ouïe parait rétablie. La rigidité musculaire diminue, quelques vomissements se produisent de nouveau. Les règles commencent à paraître.

Le 24, la malade commence à accuser un certain sentiment de bien-être. Pour la première fois depuis le 13 janvier, elle prend du café noir et un bouillon. La vue revient, mais encore trouble. Le corps est en sueur.

Le 25, la vue est presque nette. La figure conserve une expression un peu étonnée, mais calme. La malade ne conserve aucun souvenir de son sommeil.

Le 26, elle est prise d'un vomissement de sang presque pur, qui se répète plusieurs fois dans la journée et encore un peu, mais moins souvent le lendemain ; la vue est revenue.

Du 29 au 31, les forces reviennent. La malade commence à manger des potages.

Rien à noter dans tout le cours du mois de février; toutes les fonctions sont graduellement revenues à leur état normal.

En mars, retour de quelques-uns des accidents précédents, sueurs abondantes, nausées, vomissements, avec tendance à la somnolence, anurie.

Dans les premiers jours d'avril ces accidents diminuent, puis cessent complétement. A dater du 10 avril, la malade paraît entrée en pleine convalescence, du 11 avril au 15 mai elle reprend une bonne physionomie et de l'embonpoint. Toutes les fonctions sont rentrées dans l'état normal.

Au mois de mai suivant, l'apparition de nouveaux malaises fait craindre une rechute, mais ces accidents cessent complétement au bout d'une semaine. Après cette fausse alerte Marie L... a marché rapidement vers le complet rétablissement. Elle a quitté l'hôpital le 20 juin dernier pour rentrer dans son ancienne place comme domestique. M. Desprès l'a revue vers la fin de septembre, en très-bonne santé.

Ainsi, l'histoire curieuse de cette malade se résume en une succession de phénomènes morbides dans lesquels il y a eu une première période remplie par des symptômes franchement hystériques, parmi lesquels, les plus remarquables ont été une ischurie allant par intervalles jusqu'à l'anurie, des sueurs abondantes et des vomissements supplémentaires. Cette première période a été suivie d'une deuxième caractérisée par une catalepsie vraie, d'une longue durée, à la suite de laquelle l'organisme est rentré dans l'état normal ; le tout ayant duré deux années consécutives.

Mal de Pott. — Abcès par congestion. — Guérison sans ouverture de l'abcès et sans gibbosité.

M. le docteur Baudisson, de Quinson (Basses-Alpes), nous transmet, sous ce titre, l'observation suivante qui nous a paru intéressante, surtout par le résultat heureux de la médication mise en usage. Nous laissons parler notre confrère :

« Depuis longtemps déjà, je recours volontiers aux badigeonnages avec la teinture d'iode toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir, dans une région superficielle, la résorption de sérosité qui se produit dans une cavité close, soit normale, soit pathologique. C'est ainsi que j'ai traité avec plein succès, par ce seul moyen, tous les hygromas qui se sont présentés à mon observation depuis plus de vingt ans, et certains kystes, dont un, entre autres, situé au niveau de la partie moyenne du sternum, avait bien le volume d'une tête de fœtus de six mois.

« J'ai été moins heureux dans les cas d'hydarthroses, et je ne compte que très-médiocrement sur l'effet de ces badigeonnages dans les épanchements intra-thoraciques. J'ai été amené à les conseiller dans une circonstance où le liquide à résorber était non plus de la sérosité, mais du pus, et où je leur demandais une action tout autre ; le résultat, peu attendu, qui en a suivi l'application, a été assez avantageux pour m'encourager à y recourir et à le conseiller de nouveau en semblable occurrence.

« Le 14 avril 1862, mon excellent confrère et ami le docteur B.. me faisait l'honneur de me demander mon avis pour une de ses clientes, qui portait à l'aine droite une tumeur du volume d'une grosse orange, sur la nature de laquelle nous tombâmes facilement d'accord, vu ses caractères, son siége et la constitution de la malade, vu surtout la persistance dans la région lombaire d'une douleur fixe qu'augmentaient une pression un peu forte et la percussion à ce niveau : nous nous trouvions évidemment en présence d'un abcès par congestion dépendant d'une de ces affections de la colonne vertébrale décrites sous le nom de mal de Pott.

« Notre pronostic fut que l'état de Mme X... était fort grave et qu'elle succomberait très-probablement aux suites de la

suppuration qui ne manquerait pas de s'établir dans un délai plus ou moins prochain.

« Quel était, en présence d'un pareil cas, le meilleur traitement à instituer? Le docteur B..., craignant avant tout l'ouverture spontanée de l'abcès, proposait d'en faire l'ouverture avec le bistouri et d'injecter ensuite dans le foyer un liquide irritant. Mon avis, au contraire, était que nous devions tâcher de retarder le plus possible l'ouverture de la tumeur, et ne la pratiquer qu'alors que l'amincissement et le changement de couleur de la peau nous révéleraient que l'ouverture spontanée était inconsciente. « Si nous connaissions, disais-je à mon confrère, un moyen qui pût empêcher l'abcès de s'ouvrir, nous n'hésiterions pas, à coup sûr, vous et moi, à le mettre en usage; qui sait si des badigeonnages avec la teinture d'iode, en tannant en quelque sorte la peau qui recouvre la tumeur, ne pourraient pas en retarder l'ouverture? Du reste, ajoutais-je, les injections irritantes que nous pratiquerions, après avoir ouvert l'abcès, ne pourraient jamais atteindre le point d'origine de la suppuration, et dès lors quel résultat avantageux pourrions-nous en attendre? »

« Le docteur B... voulut bien se rendre à ces observations et nous nous arrêtâmes au traitement suivant :

« 1° Badigeonnages avec la teinture d'iode, deux fois par jour, sous la tumeur.

« 2° Deux moxas (avec la poudre de Vienne), de chaque côté du point lombaire douloureux, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, qu'on devrait renouveler après la cicatrisation des premiers.

« 3° Une cuillerée à bouche du sirop de Dupasquier, matin et soir, dans une tasse d'infusion de houblon.

« 4° Une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue au commencement des deux principaux repas.

« Quelque temps après, je recevais du médecin traitant une lettre m'annonçant une amélioration très-sensible dans l'état général de Mme X... et une diminution très-marquée du volume de la tumeur. Trois mois plus tard, je constatais moi-même que la tumeur avait complétement disparu, que la douleur lombaire était assez insignifiante pour ne pas empêcher la malade de faire à pied des courses de plusieurs kilomètres. Une légère élévation de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire, et un peu d'inclinaison du corps en avant, soit pendant la marche, soit pendant la station debout, étaient tout ce qui restait de cette grave affection. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

« Nous nous étions donc trompés sur le pronostic; d'autres, à notre place, probablement en eussent fait autant, non pas que la guérison du mal de Pott n'ait jamais été constatée, mais ces guérisons sont fort rares, sans gibbosité, surtout à l'âge de notre malade (trente-cinq ans).

« Quel a été la part de chacun des moyens prescrits dans l'heureux résultat que nous avons obtenu? La meilleure, sans doute, revient aux moxas et au traitement interne qui ont avantageusement modifié la lésion osseuse et amené la cessation de la suppuration, mais il me semble qu'il n'est pas déraisonnable de penser que les badigeonnages avec la teinture d'iode agissant sur ce pus séreux et mal lié de la même façon que sur la sérosité de l'hygroma et de certains kystes, et en favorisant la résorption graduelle, y ont quelque peu contribué en évitant à la malade les dangers que tous les médecins reconnaissent à l'ouverture de ces sortes d'abcès, soit que cette ouverture soit pratiquée par le chirurgien, soit qu'elle se produise spontanément. »

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

Il est parfaitement vrai qu'en examinant le sujet au moyen de la méthode improprement nommée *statistique;* l'opération de la ligature pour l'anévrysme orbitaire semble donner d'excellents résultats, car il n'y a eu que peu de décès sur l'ensemble des cas, trente-trois environ jusqu'à ce jour (ce sont les chiffres du livre du docteur Deleus, le plus récent et le mieux fait que j'aie encore vu). Sur ces 33 cas, cependant, on en désigne 22 comme succès, 5 comme succès incomplets, 1 insuccès et 5 morts. Et il faut se rappeler que dans toutes ces tables, quelque soin qu'on ait mis à les faire, le nombre des succès est exposé à être estimé trop haut, parce que l'on compte prématurément comme des succès, des cas qui, par la suite, n'ont pas été définitivement guéris. Ainsi, dans l'exemple qui nous occupe, le cas d'Herpin est classé comme succès, bien que la maladie ait reparu de l'autre côté et cette réapparition est attribuée par Deleus à l'effet direct de l'affection pour laquelle on avait fait l'opération et non pas à une maladie indépendante de l'autre côté; celui de Van Buren est considéré comme un succès, bien que ce soit probablement le même que M. Palaud vit quelque temps après et il n'était pas le moins du monde guéri. Cependant, en considérant que, sur l'ensemble des opérations, on compte deux tiers de guérisons, un sixième de décès, que sur le reste, il n'y a que des améliorations temporaires ou nulles, il nous est difficile d'en faire un argument pour ou contre le traitement, jusqu'à ce que nous connaissions la marche naturelle de la maladie et le résultat des autres méthodes de traitement. Maintenant, quant au premier point, bien que les cas de M. France, M. Collard et M. Erichsen prouvent que dans quelques circonstances il n'y a pas lieu de se hâter et que la guérison naturelle n'est pas impossible, il serait téméraire d'en faire une affirmation générale. Si l'enophthalmie s'accroît rapidement, si la perte des mouvements du globe de l'œil augmente au point de faire craindre la désintégration des nerfs qui traversent le sinus caverneux et si la perte de la vue indique la compression ou le tiraillement du nerf optique, un bon chirurgien ne peut, à mon avis, s'abstenir d'opérer. Mais je ne crois pas que la ligature de la carotide doive se présenter tout d'abord à son esprit. La compression de l'artère digitale ou mécanique, mérite incontestablement l'honneur d'une première épreuve dans toute circonstance où l'arrêt de la circulation dans ce vaisseau diminue la saillie de l'œil et fait cesser le bruit. Et cette tentative ne devrait pas être prématurément abandonnée. Dans le cas de Gioppi (*Annales d'oculistique*, 1858, t. XI, p. 215), les premiers essais de compression amenaient la syncope, mais on persévéra, quoiqu'elle ne pût être supportée que pendant une minute ou deux à la fois; elle fut effectuée par la malade elle-même et les convalescentes de la salle, avec les meilleurs résultatats. Voici les principaux traits de cette observation:

Maria O..., âgée de quarante-deux ans, accouchée dix-sept jours auparavant. Pendant les efforts de la parturition, il lui sembla que son œil était projeté hors de la tête. Un dessin de *the Lancet* du 15 mars 1862, montre l'œil faisant saillie et les paupières renversées. Il y avait cécité complète et une gêne considérable occasionnée par le bruit des pulsations dans la

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mars.

tête. On sentit une tumeur anévrysmale élastique en arrière de l'œil. La compression de la carotide primitive produisait bientôt la syncope; on l'employa néanmoins pendant une minute ou deux à la fois, effectuée par la malade elle-même et les convalescentes de la salle. Le jour suivant les pulsations avaient diminué de force et elles avaient disparu à la fin du quatrième jour. L'œil reprit sa place dans l'orbite et la vue fut recouvrée.

L'autre succès, rapporté dans le même travail, appartient à Scarasmanza. C'était aussi une femme d'âge moyen, affectée de dilatation du cœur et de la crosse de l'aorte. Il y avait eu une douleur vive dans l'œil et l'oreille du côté gauche peu de jours auparavant, à la suite d'un accès de fièvre; l'œil parut plus gros et la vue fut très-affaiblie. Au moment de l'admission, l'œil faisait une saillie considérable et la cornée était dépolie. La malade distinguait seulement la lumière des ténèbres. Il y avait pulsations et frémissement dans l'œil et la tempe du côté gauche. On fit la compression sur la carotide, pendant cinq minutes à la fois, pendant plus de dix-sept jours; sept heures et vingt minutes en tout. « L'œil était alors complétement revenu dans l'orbite, les pulsations avaient disparu, et la guérison était complète. »

La compression indirecte a été, il est vrai, souvent essayée sans succès, mais ce n'est pas un argument valable contre son usage. Quelle que soit la manière de voir que l'expérience future puisse faire naître, quant à la terminaison, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même (point sur lequel je ne veux parler qu'avec une grande réserve); la maladie ne menace certainement pas la vue. Du moins les exemples connus ne montrent aucun symptôme indiquant soit la compression du cerveau, soit une menace d'hémorrhagie. On a donc le temps suffisant pour accoutumer le malade à la compression. Les exemples cités plus haut montrent tout ce qu'on peut faire par ce moyen; comment un malade incapable d'abord de supporter l'arrêt de la circulation dans la carotide, sans perte de connaissance immédiate, ni qui ne peut supporter la douleur de la compression même pour une minute ou deux, peut avec de la patience, être habitué à supporter la compression totale de la carotide pendant plusieurs heures par jour. Il ne faut pas oublier non plus, que la compression de la partie inférieure de la carotide arrête aussi la circulation dans la vertébrale et prive ainsi la tumeur d'une source importante de la circulation collatérale. J'espère donc que l'usage plus consciencieux et plus persévérant de la compression de la carotide sera un moyen d'éviter les dangers que la ligature de cette artère fait courir à la vue.

Une autre méthode qui a été employée dans trois cas, deux fois avec succès et qui mérite donc d'être expérimentée encore, est l'injection de liquides coagulants dans la tumeur. Les deux cas les plus connus sont ceux de Brainard (*the Lancet*, v. II, 1853, p. 162) et de Bourguet (*Gaz. méd.*, 1855, p. 772). M. Delens (*op. cit.*) cite un troisième succès appartenant à Désormeaux, mais je n'ai pas trouvé la thèse dans laquelle il est publié. On injecta d'abord huit gouttes de solution de perchlorure de fer; quinze jours après, douze autres gouttes dans une partie de la tumeur qui ne s'était pas solidifiée. Ces faits, les seuls que j'aie pu trouver, sont un encouragement à renouveler cette tentative dans des cas appropriés, c'est-à-dire dans lesquelles la tumeur veineuse est volumineuse, bien développée et en voie d'accroissement et dans lesquels la compression convenablement employée, n'a pas amené de résultats.

On a encore essayé comme moyen local, l'électro-puncture. On n'en possède que deux exemples, dont l'un, de Bourguet, fut un insuccès, et l'autre de Petrequin (*Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, 1845, t. XXI, p. 994), se termina fatalement.

Ainsi donc l'expérience que nous avons des méthodes du traitement les plus inoffensives est très-restreinte, mais la maladie est rare. Elle m'autorise, je crois, à dire que la ligature de la carotide ne devrait jamais être employée dans les soi-disant anévrysmes de l'orbite, avant l'essai persévérant des moyens moins dangereux dont j'ai parlé. Mais quand ces moyens ont échoué, pouvons-nous proposer la ligature? Je répondrais volontiers par l'affirmative. Je n'ai pas pu, il est vrai, trouver jusqu'à présent un cas dans lequel la maladie ait parcouru ses périodes jusqu'à la terminaison fatale (Guthrie, parle du fait qui lui appartient comme « s'étant terminé fatalement », mais je ne sais s'il entend que la malade mourut de la maladie ou simplement qu'elle mourut), tandis que l'on cite plusieurs cas de guérison spontanée. De plus, il faut observer que la ligature de la carotide n'a, en aucune façon, exercé toujours une action salutaire. Il y a plusieurs exemples de persistance du bruit après la ligature, d'autres dans lesquels l'opération n'a amené aucune amélioration, ou bien dans lesquels la maladie a reparu après une amélioration passagère. Ceci ne nous surprendra pas si nous considérons que dans beaucoup de cas la tumeur n'est en aucune façon un anévrysme et si nous nous rappelons l'extrême facilité avec laquelle la circulation doit se rétablir dans cette portion de la carotide interne après la ligature du tronc principal. Cependant, eu égard à l'incommodité des symptômes engendrés dans quelques cas par cette affection, à l'imminence de la perte de la vue par suite du déplacement du globe oculaire et du tiraillement qui en résulte pour le nerf optique, et à la possibilité de conséquences plus graves encore par suite de l'accroissement continu de la tumeur. Je pense que le danger, même l'inutilité possible de l'opération ne suffisent pas à contrebalancer le soulagement incontestable qu'elle a procuré souvent.

Ainsi, dans le cas de Curling et dans celui de Joseph Bell d'Édimbourg (*Edin. Méd. Journ. July*, 1867), le malade n'avait qu'un œil de bon et la vue de cet œil s'affaiblissait rapidement, la cornée qui faisait saillie n'étant plus protégée. La carotide fut liée suivant les règles et la vue s'améliora rapidement. Il en est de même d'un cas intéressant de Dudley de Lenington (*Amer. Journ. January*, 1849, p. 173), où la tumeur avait amené l'absorbtion des os de la tête, du moins si le diagnostic est exact. Si le malade n'eût guéri rapidement, il était en bonne santé six mois après, on pourrait croire que c'était un cas de tumeur fongueuse. Les détails de sa description n'ont pas d'analogie avec aucun des cas d'anévrysme orbitaire que j'ai rencontrés.

De sorte que dans les cas graves et obstinés, je ne voudrais pas refuser au patient la chance de soulagement que peut donner la ligature de la carotide. Mais appliquer cette mesure indistinctement à tous les cas, comme le recommande Nunsseley, ne s'accorde pas avec ce que nous savons actuellement sur la pathologie et le traitement de l'anévrysme intra-orbitaire.

Quelques chirurgiens comme Demarquay, préfèrent la ligature de la carotide interne à celle de la carotide primitive, mais je ne vois aucune raison à cette préférence. Je ne vois pas non plus l'utilité de lier la carotide externe en même temps que la carotide primitive comme cela a été fait par Legouest (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXVII, 1865-1866). Les anastomoses que l'ophthalmique reçoit des branches de la carotide externe, n'ont jamais entravé l'action curative de la ligature de la carotide primitive.

DE L'ACTION DE L'AIR SUR LES PLAIES

AU POINT DE VUE HISTORIQUE ET DOCTRINAL (1)

Par M. le docteur G. Puel.

Conclusions générales. — L'histoire de l'action de l'air sur les plaies, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, nous la représente d'autant plus exagérée quant à son influence, que la part qui est faite à l'action de l'air sur l'organisme en général est plus considérable.

Les progrès à accomplir en ce qui la concerne sont entièrement liés à ceux par lesquels on arrive peu à peu à des notions plus exactes touchant leurs divers phénomènes et la constitution intime de l'atmosphère.

A ce point de vue, le dix-huitième siècle marque une phase importante, autant par les discussions que cette question suscite que par la perspicacité avec laquelle les chirurgiens de l'époque savent déjà discerner la plupart des rôles que nous lui verrons dévolus à la période contemporaine. Nous croyons avoir démontré, en effet, qu'ils n'étaient pas sans avoir entrevu plus d'une des particularités intéressantes de la septicémie chirurgicale, que les travaux de date récente n'ont fait que confirmer.

Dans ses rapports avec les phénomènes locaux : L'air, en tant qu'air le plus pur, par son action propre, exerce sur les plaies une action irritante qui est due à l'oxygène. Cette action s'exerçant sur les extrémités nerveuses occasionne la douleur; sur les extrémités vasculaires elle les rétrécit, contribuant ainsi à l'hémostase spontanée et influençant l'apport des matériaux réparateurs qu'elle peut rendre inaptes à la cicatrisation, lorsque son contact se prolonge, en mortifiant les éléments anatomiques; sous l'influence d'un abaissement de température, ces effets sont exagérés. En somme, pour que l'action de l'air puisse aboutir à des résultats d'ordre pathologique, il faut que le conflit entre l'air et la plaie soit de longue durée.

L'action de l'air sur la plaie comme agent essentiel, cause de leur suppuration, est une opinion qui ne peut se soutenir. L'argument sur lequel on se base, de la non-suppuration des plaies sous-cutanées, ne prouve rien en faveur de cette doctrine. Nos expériences viennent à l'appui de la réfutation qui en a été faite, en démontrant l'adhésion intime des tissus divisés sous l'effort de la pression atmosphérique; l'absence de toute suppuration ne reconnaît d'autre cause que cette adhésion des surfaces saignantes; les choses se passent alors comme si la plaie avait été réunie par première intention et revêtue d'une occlusion protectrice.

L'action locale d'un air impur, chargé de miasmes putrides, se traduit sur la plaie par une dégénérescence putride de ses éléments, un phagédénisme résultant de gangrènes moléculaires. La plus haute expression de gravité de cet état porte le nom de complication diphthéroïde contagieuse des plaies.

Dans ses rapports avec les phénomènes généraux : L'action de l'air froid sur les plaies est une cause de spasmes traumatiques par les effets d'irritation imprimés aux extrémités nerveuses de la plaie.

On ne saurait invoquer une action miasmatique d'un air impur pour expliquer la forme épidémique de ces accidents. L'air n'est pas un facteur essentiel de la fièvre traumatique, mais son contact sur la plaie a pour effet de l'accroître.

L'air chargé de miasmes a pour effet d'accroître la fièvre traumatique, mais on ne peut dire encore si ce résultat est la conséquence d'une action générale sur l'organisme. Cette dernière opinion est la plus probable.

A l'état sporadique, épidémique, endémique, les conditions de développement des fièvres chirurgicales sont telles qu'on peut admettre qu'elles sont dues à l'intoxication putride. D'où, pour nous, la nécessité d'établir l'action de l'art sur les plaies dans ses rapports avec les divers modes de manifestations de l'intoxication putride :

1° à l'état autochthone; 2° l'état hétérochthone.

(1) In-8°. Prix : 3 francs.— Paris, G. Masson.

Intoxication putride autochthone. — Elle implique trois termes nécessaires : 1° la formation à la surface de la plaie d'une matière putrescible; 2° putréfaction de cette matière; 3° absorption de la substance toxique.

L'action de l'air dans ces trois actes est la suivante :

1° Par une action physico-chimique, l'air mortifie les éléments anatomiques, il influence l'apport des exsudats, en agissant par son action propre, sa température, sa pression sur la vascularité et la nervosité de la plaie.

2° La transformation que subit la matière putrescible, d'où il résulte la production d'une substance toxique, comprend deux opérations : une transformation virulente dans laquelle l'air ne joue aucun rôle, et une transformation putride qui succède à la première, dans laquelle il agit par une action chimique et aussi par l'apport de quelque chose comme l'établissent les faits expérimentaux indéniables dans lesquels on est parvenu à empêcher cette phase de la putréfaction en débarrassant l'air de ce quelque chose; ceci soit dit, bien entendu, sans préjuger de la valeur de la théorie qui fait jouer à cet élément athmosphérique, un rôle déterminé. Nous constatons simplement le fait expérimental.

3° Par sa pression, l'air s'exerçant sur une plaie est un agent d'absorption. Il favorise aussi cette absorption indirectement en donnant au pus des proportions irritantes destructives, exerçant leur effet sur les remparts protecteurs de la plaie.

Intoxication putride épidémique hétérochthone. — Il y a plusieurs modes d'agir de l'air sur les plaies, concourant au développement à l'état épidémique de l'intoxication putride :

1° Comme milieu miasmatique en général;

2° Comme milieu miasmatique en particulier, déterminé, spécifique.

Dans ces deux modes d'intervenir, il est une action de l'air qui leur est commune, celle de se charger au contact de la plaie de quelques-uns de ses éléments morphologiques. Cette action est incontestable et rigoureusement démontrée par l'observation directe à l'aéroscope de l'atmosphère nosocomiale.

Examinons successivement chacune de ces actions de milieux telles qu'on les conçoit.

Milieu miasmatique en général. — L'air chargé de molécules putrides, les dépose sur les plaies, et par cette action locale, hâte la décomposition putride des matériaux de sa surface. Il s'agit encore de la plaie par voie indirecte, d'une façon médiate en altérant les fonctions de l'organisme, en modifiant la chair chirurgicale. Cette chair devient par là plus apte à se putréfier. Cet air miasmatique accroît encore le nombre des gangrènes moléculaires de la plaie en modifiant l'organisme (par la débilitation qui en résulte), d'où une influence sur l'apport des matériaux qui doivent donner naissance à l'élément toxique. En modifiant l'organisme par la débilitation qui en résulte, les facultés absorbantes de la plaie sont augmentées.

Milieu miasmatique spécifique déterminé. — Il convient d'établir une distinction parmi ceux qui se rangent à cette doctrine.

Pour les uns, le principe miasmatique transporté sur la plaie serait un virus spécifique au sens propre du mot, ferment organisme pour les uns, à constitution morphologique indéterminée pour les autres.

Les autres considèrent le principe miasmatique comme un poison organique agissant comme un virus, mais s'en distinguant quant à son origine, en ce qu'il ne proviendrait pas d'un sujet virulent luimême. L'individu qui le fournit serait venimeux pour ainsi dire et non virulent, suivant la juste remarque de Verneuil, voulant ainsi spécifier en quoi son opinion diffère de ceux qui adoptent le miasme spécifique pour expliquer l'intoxication putride épidémique.

Dans l'état actuel de la science, l'intoxication par un miasme spécifique virulent est démontrée. On sait aussi que ce miasme n'est pas un organisme ferment, mais quant à pénétrer plus avant pour connaître s'il est virus au sens propre du mot, ou poison organique de la nature des venins, on ne l'a pu encore. (Il est bien établi qu'il est

virus puisqu'il est virulent, mais par suite de l'acception donnée à ce mot, le fait que ce virus provient aussi d'une plaie d'un sujet non malade ne lui permettrait pas de lui donner ce nom, il y a donc confusion de langage). La chose est d'ailleurs de peu d'importance dans la pratique, puisque les effets sont les mêmes. Il est singulier, néanmoins, qu'on établisse une distinction théorique aussi profonde entre le virus et la sepsine en ayant les mêmes propriétés. Ces deux substances ne sont distinctes que par leur origine; cela démontre, dit Verneuil, la nécessité d'effectuer une révision désirable de la classification encore imparfaite des substances infectantes et morbigènes.

En résumé, nous voyons le miasme en général et le miasme spécifique, par leur action sur la plaie, concourir à l'épidimicité de l'intoxication putride; force nous est donc de faire de l'éclectisme.

A ce sujet, qu'on veuille bien nous permettre, en terminant, un dernier plaidoyer en faveur de la théorie de M. Robin, sur l'état de virulence et de putridité de la manière organique dans ses applications à l'intoxication putride épidémique.

Des diverses expressions cliniques de cette intoxication, il en est quelques-unes pour lesquelles cette épidémicité se présente avec des caractères tels qu'on a été tout naturellement conduit, *a priori*, à l'attribuer à la contagion miasmatique. Tel est le cas de l'érysipèle, de l'infection purulente surtout. L'infection putride, le type classique décrit par Bérard, jusqu'à ce jour a assez généralement échappé à cette interprétation. Nous nous sommes demandé le pourquoi de cette exception qui venait ainsi rompre l'unité pathologique et étiologique des fièvres chirurgicales graves. Quant à leur épidémicité, et nous avons cherché si la raison de cette différence, dans le mode de se manifester, ne tenait pas à une différence dans la nature du poison qui donnait lieu à chacune d'elles, un de ces poisons étant virulent et l'autre chimique. Dans cette hypothèse, on s'explique aisément la différence dans le mode de se manifester en clinique. L'érysipèle, l'infection purulente, étant dus à l'intoxication par un principe virulent d'un transport aisé par l'air atmosphérique, ou a une épidémicité qui est une contagion miasmatique. L'infection putride étant le résultat d'une intoxication par un poison chimique n'agissant qu'à dose relativement élevée, ce poison n'étant pas transportable par l'air atmosphérique, son épidémicité n'a pas lieu avec les caractères de contagion miasmatique première.

Telle est l'hypothèse dont nous avons poursuivi la vérification en clinique et au laboratoire.

En clinique, nous avons appris que l'érysipèle, l'infection purulente survenaient le plus souvent, alors que le pus n'avait aucun caractère de putridité avancée appréciable à l'odorat, et, qu'au contraire, ces fièvres survenaient dans des conditions de la plaie telles, qu'elles correspondaient à cette première phase de la décomposition putride que Robin appelle état virulent.

D'un autre côté, l'infection putride classique nous est apparue toujours compliquant les plaies dont le pus, devenu extrêmement putride et fétide, correspondait à cette seconde phase de la décomposition putride appelée par Robin état de putridité.

La clinique nous offre donc déjà des renseignements précieux. Passons à l'expérimentation.

C'est d'abord Maurice Raynaud (*Gaz. hebdom.*, 1873, p. 211), qui prend quelques gouttes de sang d'une femme se mourant d'infection putride d'un placenta retenu dans la matrice, l'injecte à des lapins sans obtenir aucun effet d'intoxication septicémique. Le sang de ces animaux n'a rien d'infectieux.

Bouley et Collin (discussion à l'Académie de médecine, 1873, sur la septicémie) injectent dans la veine d'un cheval morveux 250 grammes de sang pris sur un cheval se mourant d'infection putride, suite de gangrène traumatique. Ils font remarquer que le sang injecté offrait les caractères de putridité les mieux accusés. Néanmoins, aucun accident ne survient à la suite de cette infection.

Ces faits prouvent donc que le sang des sujets atteints d'infection putride (type clinique), ne possède aucun caractère de virulence et que, par conséquent, la maladie n'est pas le résultat d'une intoxication virulente.

L'infection purulente offrirait-elle ce caractère?

Maurice Raynaud, *loco citato*, injecte à des lapins quelques gouttes de sang pris sur une femme se mourant de pyohémie spontanée (l'autopsie confirme le diagnostic). Il constate des accidents septicémiques chez ces animaux; leur sang jouit de propriétés infectieuses très-développées. Nous pouvons donc conclure que cette femme était intoxiquée par un poison virulent. Il est digne de remarque que ce poison s'était formé en dehors de tout accès de l'air sur la matière qui l'a produit.

Ce caractère virulent du poison qui donne lieu à l'infection purulente, nous le voyons confirmé par les recherches toutes récentes que Chauveau a exposées au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (séance du 23 août 1875). Il s'exprime ainsi : « Pour que du pus introduit dans le courant circulatoire soit apte à déterminer des lésions pyohémiques, il ne suffit pas qu'il soit putride, il faut encore que la putridité de ce pus se soit développée dans des conditions spéciales. On doit admettre pour ce pus, n'hésitons pas à dire le mot si vague qu'il soit, une sorte de spécificité. » (Mémoires sur l'état pyohémique.)

Ces conditions spéciales de putridité, cette spécificité, ne les trouvons-nous pas dans la phase virulente de la décomposition putride et dans le poison virulent, suivant la théorie de Robin?

Pour l'explication des phénomènes de l'intoxication putride épidémique, cette théorie est celle qui se prête le mieux à rendre compte des faits cliniques et expérimentaux. Nous sommes donc conduit à l'accepter, ne la trouvant en défaut sur aucun point au milieu de ce dédale de questions complexes soulevées par les travaux récents dont la septicémie a été l'objet.

Résumant ce que nous ont appris nos recherches sur les causes de l'épidémicité de l'intoxication putride, nous pouvons dire avec Colin (*Épidémies et milieux épidémiques*, p. 17): « Ce serait, suivant nous, commettre une grave erreur que de considérer la contagion comme la cause unique des épidémies. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Scribe (d'Amiens), une pièce peu ordinaire de *spina bifida*, qui est renvoyée à l'examen de M. Houël; et, de la part de M. Herbet (d'Amiens), un *kyste multiloculaire de la mâchoire*, que M. Magitot est chargé d'examiner.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. Hervez de Chégoin.

RAPPORT SUR LA LETTRE DE M. LE COMTE DE BRUCKE

M. MARJOLIN donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Boinet, Giraud-Teulon et Marjolin, d'un rapport sur la lettre adressée à la Société par M. le comte de Brücke en réponse à la présentation faite par M. Le Fort, dans la séance du 31 janvier, d'une malade atteinte de cancer du sein et des observations qu'il avait faites à propos du traitement suivi. Il résulte de l'enquête faite par la commission, que M. le comte de Brücke, qui se dit docteur des universités de Londres, de Gênes, de Modène, et qui se laisse dire par son éditeur, dans la préface d'un de ses livres, docteur de la Faculté de Paris, n'a aucun droit à porter ce dernier titre, pas plus que celui de docteur de l'université de Londres. Le secrétaire de cette université, après avoir consulté les registres, déclare que toute pièce tendant à établir le titre de docteur de l'université de Londres en faveur de M. de Brücke ne peut être que le résultat d'un faux. M. le comte de Brücke a été seulement autorisé à exercer la médecine en France par simple arrêté ministériel, malgré l'avis contraire de M. Denonvilliers, alors inspecteur général de l'Université pour la médecine. La commission regrette que M. le comte de Brücke use de la grande faveur qui lui a été accordée pour oublier comme il le fait le respect dû à la dignité et à l'honorabilité professionnelles.

La Société adopte à l'unanimité ces conclusions.

RAPPORTS

M. VERNEUIL fait un rapport sur deux mémoires adressés par M. Nepveu, chef de laboratoire à l'hôpital de la Pitié, intitulés, le premier : *Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs;* le second : *Contribution à l'histoire des lymphangiômes de la langue.*

M. DUPLAY cite un fait à l'appui de l'opinion de M. Nepveu, sur l'innocuité de la dénudation des nerfs. Il a enlevé un fibro-sarcôme siégeant à la surface du nerf cubital, aprés avoir disséqué ce nerf sur une longueur de deux centimètres et l'opération n'a eu aucune conséquence fâcheuse.

M. TERRIER donne lecture d'un rapport sur un travail de M. G. Poinsot (de Bordeaux), lauréat de la Société, intitulé : *Étude clinique sur l'ostéo-sarcôme des membres.* Il résulte des trente-huit cas suivis d'opération, rassemblés par M. Poinsot et par M. Chauvel qui s'était déjà occupé de cette question, que l'opération a donné dix pour cent de guérisons, vingt pour cent de récidives dans le moignon, quatre-vingts pour cent de généralisations. M. le rapporteur conclut avec l'auteur qu'il faut intervenir le plus tôt possible, et amputer le plus haut que l'on pourra.

DISCUSSION

M. GILLETTE a déjà insisté sur la difficulté du diagnostic de l'ostéo-sarcôme articulaire et péri-articulaire. M. Poinsot a émis moins de doutes, mais a cependant hésité aussi avant de formuler son diagnostic. L'état des cartilages est important à noter; l'auteur n'a pas dit s'ils étaient conservés dans le cas qu'il a observé. Quant à la nécessité d'amputer le plus haut possible, elle est indiscutable. M. Gillette rappelle un fait observé dans le service de M. Gayon dans lequel, à l'autopsie d'un sujet mort à la suite de l'amputation de la cuisse pour un ostéosarcôme du genou, on trouva un noyau cancéreux dans la tête du fémur.

M. TILLAUX. Le diagnostic est extrêmement difficile sinon impossible au début. Une ostéite, une tumeur blanche peuvent donner lieu à l'erreur. Cependant on peut arriver assez rapidement à un diagnostic certain en se souvenant que l'immobilité et la compression, soulagent toujours lorsqu'il s'agit d'une inflammation articulaire et qu'elles augmentent, au contraire, les douleurs de l'ostéosarcôme.

M. LEFORT a amputé, il y a trois ans, immédiatement au-dessus de la tumeur, un malade atteint de tumeur myéloïde de la cuisse, et il n'y a eu, jusqu'à présent, aucune apparence de récidive.

M. VERNEUIL possède six observations accompagnées de l'examen anatomique qui a donné une plus grande certitude au diagnostic. Dans tous ces cas, la récidive s'est produite, locale ou généralisée, et la mort est survenue dans la première année.

M. PANAS a amputé à l'hôpital Saint-Louis, une femme de quarante-cinq ans qui est définitivement guérie depuis six ans que l'opération a eu lieu.

COMMUNICATIONS

M. BERGER donne lecture d'une communication intitulée : *Luxation sous-astragalienne en dehors* (*de Broca*), *en dedans* (*de Malgaigne*), *compliquée de luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical. Réduction pendant l'anesthésie par le chloroforme.* — (Commis. : MM. Perrin, Nicaise, Anger).

M. MONOD donne lecture d'une observation d'*angiôme douloureux*, opéré par M. Trélat à l'hôpital de la Charité, et suivie de l'examen histologique de la pièce. (Commis. : MM. Le Dentu, Delens, Trélat).

PRÉSENTATION DE PIÈCES PROVENANT D'UNE FEMME OVARIOTOMISÉE DEPUIS DEUX ANS

M. TERRIER présente une pièce provenant d'une femme à laquelle il avait enlevé l'ovaire droit il y a deux ans, et qui vient de succomber à Dunkerque, dans le service de M. Dezwarte, qui a recueilli cette pièce intéressante. L'utérus est notablement augmenté de volume. M. Terrier a retrouvé dans l'épiploon deux fils d'argent qu'il y avait abandonnés et qui s'étaient enkystés. L'autre ovaire présentait un kyste commençant à se développer. Cette femme a continué à avoir ses règles, bien qu'elle eût un ovaire de moins, et que l'autre paraisse peu propre à la menstruation, ce qui semblerait prouver qu'il y a indépendance entre l'ovulation et la menstruation.

La séance est levée.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 36. — MARDI 27 MARS 1877. 50e ANNÉE. MARDI 27 MARS 1877. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De la double conscience. — De l'amnésie périodique. — Du dédoublement de la vie. — Du somnambulisme diurne.

Le fait si remarquable de *dédoublement de la vie*, publié il y a un an par Azam (de Bordeaux), m'engage à faire connaître deux cas semblables que j'ai observés cette année. Ces faits intéressent vivement les philosophes et les médecins, car ils montrent la possibilité de la suppression temporaire du libre arbitre et de la responsabilité morale chez des sujets ayant toutes les apparences de la vie normale. Mais comme ce sont des exceptions, ils ne touchent en rien aux principes fondamentaux de la psychologie, et ces cas maladifs ne sauraient prévaloir contre ces principes.

Ces cas d'anomalie d'une faculté de l'âme ne changent pas plus les principes de la psychologie que l'observation des vices de conformation du cœur ne modifient les lois physiologiques de la circulation, et ce que je dis du cœur, je pourrais le dire de tous les organes du cœur humain.

Dans les deux exemples de dualité du moi et de double conscience que j'ai observés, les phénomènes sont si semblables à ceux du fait de Azam, qu'il m'a semblé utile d'en faire la comparaison.

Au point de vue psychique, l'observation de M. Azam est plus complète que les miennes, car elle embrasse une période de seize années ce qui lui donne plus d'importance, mais les miennes, suivies pendant six mois, sont également intéressantes. Elles n'en diffèrent que par les détails. Le fond est le même, et en raison de leur rareté, j'ai pensé qu'il était utile de les faire connaître en montrant à quel point de vue on peut les envisager.

Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune garçon de onze ans, que j'appellerai X... Cet enfant a eu, il y a deux ans, une violente impression de terreur par la vue d'une exhumation faite dans la propriété de son père. Ce qu'il avait entendu dire à ce sujet l'avait frappé; de temps à autre, pendant la nuit, il avait des cauchemars pendant lesquels il lui semblait voir le *bonhomme* dont il avait vu le cercueil.

Ces cauchemars, d'abord assez éloignés, devinrent plus fréquents, reparaissaient une ou deux fois la semaine, et chaque fois l'enfant semblait plus effrayé. Son *bonhomme* voulait le prendre et le saisir pour lui faire du mal. Cela durait une demi-heure environ.

Pendant ce temps de la nuit, l'enfant paraissait éveillé, il avait les yeux ouverts, reconnaissait les lieux qu'il habitait, ainsi que les personnes du voisinage avec lesquelles il causait, et tout à coup il semblait revenir à la réalité, continuait à causer et ne se rappelait plus rien de la terreur qu'il avait manifestée. Il disait n'éprouver aucune autre souffrance que celle de violentes crampes d'estomac.

C'était là une sorte d'accès de somnambulisme incomplet, caractérisé par un trouble mental nocturne chez un enfant bien éveillé, et qui ne laissait aucun souvenir lorsque l'hallucination avait disparu.

Dans cette situation, l'enfant vit un jour deux hommes de mauvaise mine venir demander l'aumône au château. Il fut effrayé, et la nuit suivante, réveillé par un cauchemar atroce, il avait l'hallucination de son *bonhomme* et était dans un tel état, que l'on crut devoir tirer un coup de revolver sur le spectre. Aussitôt, l'enfant s'écria : il est tué et va aller en enfer. Puis le calme revint, il se rendormit, et le lendemain, sauf de vives douleurs d'estomac, il n'y paraissait plus.

Deux jours après, le soir, sortant de la chapelle pour la prière en commun, il tomba sans connaissance. Relevé aussitôt par ses parents, il leur dit qu'il s'était vu tomber à terre sans savoir pourquoi ni comment. On le coucha. Il se déclara presque aussitôt une crise nerveuse de tremblement, de convulsions et de contorsions, pendant laquelle l'intelligence était entièrement conservée. Il y eut quelques heures de bon sommeil, puis, vers sept heures du matin, il y eut une nouvelle crise semblable à la première, mais un peu moins forte et moins longue.

Le lendemain, deux autres crises convulsives se montrèrent encore, et elles furent annoncées par quelques moments de tristesse et d'abattement.

Les jours suivants, pendant près de deux mois, il y avait tantôt une, tantôt deux crises, entremêlées de défaillance des membres, pendant lesquelles l'enfant serait tombé si on ne l'eût soutenu. Il était d'abord pris de tremblements et de convulsions, pendant lesquelles il cherchait à se frapper la tête contre tout ce qui l'entourait, puis dans le calme il causait et voulait écrire. Un jour, il écrivit à son père absent pour le conjurer de revenir au plus vite afin de le conduire à Lourdes, et après venait une dernière phase d'hébétement suivie de retour à l'état normal.

Comme après la crise il désirait toujours aller à Lourdes, son père l'y conduisit, et en arrivant, deux fortes convulsions générales se produisirent. C'est dans cet état qu'il fut descendu dans la piscine, et dès qu'il eut senti le contact de l'eau, il se réveilla disant qu'il était guéri. Il le fut, en effet, pendant huit jours, mais alors les crises nerveuses convulsives revinrent avec le même degré d'intensité et offrant dans les intervalles les défaillances musculaires dont j'ai parlé.

Un peu plus tard, les crises se compliquèrent de strangulation et d'écume à la bouche, et de temps à autre de boulimie, pendant laquelle il dévorait ce qui lui était offert après l'avoir flairé pour en savoir la qualité. Quelquefois, trompé par une hallucination de l'odorat, il repoussait ce qu'on lui avait apporté en disant : c'est du *bonhomme*.

On le vit aussi être le point de départ d'une espèce d'attaque de somnambulisme diurne très-lucide ou, au contraire, d'une courte période d'hébétude.

Dans un de ces accès de somnambulisme qui a duré quatre heures, l'enfant avait d'abord eu une courte défaillance, puis il se mit à causer très-raisonnablement, et après avoir mangé, et fait de la gymnastique, il entreprit de corriger le devoir latin de son frère et voulut tirer à la cible. Son coup de feu le réveilla, mais il ne se rappella rien de ce qu'il avait fait dans sa crise.

Il y eut chez lui beaucoup d'accès analogues pendant les mois qui suivirent, mais à la suite d'un événement malheureux, qui fut la mort de sa mère, ces accès de somnambulisme se compliquèrent d'extase et d'insensibilité passagère de la peau. Un jour, il croit voir dans le ciel sa mère couverte d'habits resplendissants très-éclairés. Il la regardait fixement et cherchait à écouter ses paroles, qu'il disait entendre mais qu'il ne put répéter. En ce moment, si on lui mettait la main devant les yeux, à distance, il l'écartait pour continuer à mieux voir. Cela dura ainsi deux heures, et au bout de ce temps, la vision disparut, l'enfant se réveilla et il avait tout oublié.

Les autres jours au milieu de la veille, il était pris de somnambulisme diurne pendant une à deux heures. Alors, sans crise convulsive, après un instant d'absence et de fixité du regard, il causait comme de coutume, marchait les yeux ouverts en prenant les objets à sa fantaisie, faisait ses devoirs en écrivant très-régulièrement. A un instant donné, il se frottait les yeux, revenait dans la vie ordinaire et ne se rappelait pas ce qu'il avait dit et ce qu'il avait fait.

Tel est le récit de cette maladie mentale singulière qui dure depuis six mois et qui, au moment où j'écris, est très-améliorée, car les crises convulsives ont disparu. Il ne reste plus que de courtes absences lucides, ou des absences avec un instant de perte de connaissance et de sommeil.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille hystérique de quinze ans, bien formée, grasse et fraiche, que j'ai vue en consultation avec le docteur Bilhaut, et qui a été vue par un grand nombre d'autres médecins de Paris. Elle s'appellera X... et elle a depuis quelques semaines des attaques violentes d'hystérie caractérisées par la perte de connaissance et de sensibilité tactile sans changement de couleur du visage, par des spasmes du diaphragme et du ventre, par de l'étouffement et la boule hystérique et par des convulsions violentes des membres sans fièvre. Ces attaques reviennent très-souvent et sont entremêlées de pleurs et de larmes.

Parfois, sans attaque convulsive, elle est prise d'un délire dont on peut la tirer un instant par des questions auxquelles elle répond bien, puis elle délire de nouveau. Ces crises ont lieu tous les jours.

De temps à autre, elle se plaint de maux de tête, de courbature et de mal à l'estomac, suivi de vomissements sans diarrhée. Elle n'a que peu d'appétit.

Les urines ont pris un caractère étrange. D'une densité variant entre 1010 et 1048 et d'une réaction acide, elles sont tantôt claires, tantôt jaunes, troubles et souvent très-laiteuses, blanches comme du lait étendu d'eau.

Par le repos, elles se séparent en deux couches, l'une inférieure comme du petit lait non clarifié, et la supérieure blanche opaque comme de la crême et plus ou moins épaisse. Cette dernière partie graisse le papier, se dissout dans l'éther et présente sous le microscope un grand nombre de granules et de globules de graisse très-petits et de volume variable, comme ceux qu'on observe dans le lait. On y trouve, en outre, de l'albuminose, quelques cellules épithéliales, et enfin des cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Cette altération des urines qu'on nomme *chylurie* est inconnue à Paris et n'existe que dans les pays chauds, au Brésil et dans les colonies.

Au bout de quelques semaines, les urines ont cessé d'être laiteuses, et on a observé des crises singulières caractérisées par un dédoublement de la personnalité ou somnambulisme diurne durant cinq à sept heures. C'est ce que M. Azam dans son observation appelle la *vie seconde*. J'en reparlerai un peu plus loin. Ces crises se sont reproduites pendant près de deux mois et ont fini par disparaître. Alors il y a eu des vomissements de matières aqueuses très-abondantes, et cessation absolue des évacuations alvines et urinaires pendant vingt-quatre jours. Un peu plus tard, il y a eu un écoulement de sang par le bout du sein gauche. Cet écoulement a duré plusieurs jours, était assez abondant, et quand il avait cessé, il suffisait de presser le bout du sein pour en faire sortir quelques gouttes. Rien de semblable ne s'est produit dans le sein droit, et on n'a pas constaté de suppression du flux menstruel.

Aujourd'hui, tous ces accidents ont disparu et il ne reste plus chez la malade que des accidents nerveux convulsifs et spasmodiques d'hystérie.

Le phénomène psychologique qui mérite d'être isolé dans cette observation médicale, c'est l'apparence d'une *vie seconde* constituant le dédoublement de la vie, comme dirait M. Azam, ou si l'on veut le dédoublement de la personnalité, car on se trouve alternativement vis-à-vis de ces malades en présence de deux personnes physiquement semblables et intellectuellement différentes.

Il y a chez cette enfant un état qu'on peut appeler somnambulisme diurne, car cet état ressemble à celui du somnambulisme nocturne; l'enfant dort, en plein jour, les yeux ouverts, mais elle est lucide, marche et agit comme dans l'état de veille.

Ainsi, en plein midi, la jeune fille étant habillée et entourée de sa famille, causant avec ses parents, avec ses frères et ses sœurs, cessait d'être en relation de cœur et d'intelligence avec eux. Après une minute de sommeil, elle sortait du monde sensible pour entrer dans un monde nouveau, où les personnes et les objets ne représentaient plus ce qu'ils sont en réalité, et ce qu'ils sont pour le commun des hommes. Quoique présente en personne dans la famille, son intelligence en était absente et elle s'exerçait en dehors du monde réel, par des sensations et par des actes semblables à ceux de la vie ordinaire.

Elle pouvait agir ainsi pendant des heures entières, parlant à ceux qui l'environnaient, conservant l'usage des sens, les yeux ouverts et distinguant les objets, entendant bien les bruits lointains et ayant la sensibilité tactile intacte.

On pouvait ainsi causer avec elle d'une façon assez raisonna-

ble, et elle se mettait au piano, jouant presque aussi convenablement que de coutume la musique qu'elle avait apprise ou qu'elle déchiffrait, puis passant à une autre chose si la fantaisie lui en venait à l'esprit. C'était une manière de penser substituée à une autre.

Un jour, la crise débuta pendant qu'elle était à table, au moment où elle portait sa fourchette à la bouche. Tout à coup, elle baissa la tête un instant, puis la releva. Ses yeux, un instant fermés, prirent une expression singulière de fixité et son bras s'arrêta à mi-chemin de son assiette et de sa figure. Après quelques secondes, elle continua son repas, dans une disposition d'esprit autre que celle où elle l'avait commencé. La crise persistant, elle se leva de table, fit de la musique, puis passa à autre chose, et lorsqu'elle revint à sa vie première, elle avait oublié tout ce qu'elle avait fait dans ce qu'on pourrait appeler sa seconde vie.

Il y avait chez cette enfant un véritable dédoublement de la vie intellectuelle et morale, créé par un trouble momentané de l'entendement ordinaire, c'est-à-dire par une absence temporaire du sentiment de relation. Tant que durait cette disposition, il se produisait une profonde modification du moi caractérisée par une autre conscience que la conscience ordinaire, mais sa vie physique était normale. Tout le trouble était psychique et portait sur la faculté de relation.

Ce n'est pas, comme l'a pensé M. Azam, une perte de mémoire, une amnésie accidentelle ou périodique, car la mémoire au moment de la crise ne fait pas défaut, et la malade, en causant ou travaillant, se souvient de toutes les connaissances qu'elle met en œuvre. C'est après la crise et dans l'état normal qu'elle ne se souvient de rien de ce qui s'est passé quand elle était malade. Or, ce n'est pas là de l'amnésie, c'est l'état intellectuel normal n'ayant pas conscience de l'état intellectuel morbide.

Il y avait donc chez elle une sorte de dualité du moi avec deux consciences et deux mémoires, l'une traditionnelle, normale, reliant tous les actes de la vie à l'identité du sujet, et l'autre accidentelle, pathologique, ne s'exerçant que dans l'état de crise pour l'association des actes produits dans cette disposition; seulement cette dualité était successive, et l'une ignorait l'autre. Il est bien évident que si la jeune fille ne se souvenait pas après la crise de ce qu'elle y avait fait d'intelligent, de raisonnable et de conscient, tout ce qu'elle avait exécuté dans cette vie seconde impliquait l'exercice de la sensibilité, de la volition, de la coordination des idées et de la mémoire, sans laquelle elle n'aurait pu aller au bout de son morceau de piano.

De même, pour le jeune garçon que j'ai vu atteint de cette même névrose, cet enfant n'aurait pu faire ses devoirs de classe, ni sa version, si, en écrivant, il n'avait pas eu la mémoire actuelle nécessaire à l'assemblage des mots et des idées qui sont indispensables pour traduire les pensées d'une langue dans une autre.

L'amnésie que l'on peut observer dans cet état morbide n'a donc rien d'absolu. Ce n'est pas une disparition de la mémoire, puisque dans la crise les malades continuent à se souvenir de leur vie antérieure, et ils le démontrent par leurs actes. C'est une double mémoire, dont l'une est étrangère à l'autre; mais dans chaque état différent de la même personne, la mémoire s'exerce de la même façon et par le même point du cerveau modifié. Ce qui fait défaut ici, c'est le lien supérieur qui maintient l'identité de la personne en tout temps, en tout lieu et à toute heure du jour. Le vrai moi disparaît tout à coup pour faire place à un autre moi qui, sous la même enveloppe, semble faire deux personnes moralement distinctes, et différemment responsables.

Car enfin, si dans la vie seconde, des pensées criminelles aboutissent à l'accomplissement d'actes repréhensibles dont le souvenir disparaît au réveil lorsque disparaît le moi pathologique, pour laisser place au moi ordinaire, la responsabilité morale disparaît entièrement. Si cela est vrai dans le somnambulisme ordinaire, dans l'hypnotisme, dans l'ivresse chez les aliénés ou chez les sujets dont l'intelligence est troublée par les haschisch ou la belladone et les solanées vireuses, cela doit être vrai dans le somnambulisme diurne dont je viens de rapporter des exemples. Ici donc, c'est une nouvelle variété pathologique dans laquelle disparaît la responsabilité morale, et le cas rapporté par M. Azam au sujet de Felida X... en est une preuve évidente.

En résumé :

Les faits que je viens de rapporter n'appartiennent pas au rêve dont on se souvient au réveil. Ils ne caractérisent pas l'amnésie, qui est une perte de mémoire chez un sujet en possession de son identité.

Ils ressemblent à un somnambulisme naturel se produisant en plein jour.

Ils ne modifient en rien les principes de l'activité intellectuelle ordinaire, et s'ils détruisent la responsabilité morale des sujets, ils ont pour excuse un état maladif réel, qui supprime toute pénalité.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

III

Au sujet du premier malade, j'ai fait toutes les réserves qu'imposait l'identité parfaite de sa lésion avec les chancres ou les tubercules syphilitiques, tout en laissant entrevoir la possibilité qu'elle pût provenir, exceptionnellement et par le fait de certaines conditions de structure et de vitalité, d'un processus inflammatoire simple et commun, ne différant de ceux qu'on voit tous les jours que par la lenteur et l'exubérance de l'exsudation plastique.

Avec notre second malade, le doute n'est plus permis. J'ai la certitude et j'affirme qu'il n'y avait aucune teinte de spécificité dans les deux lésions balaniques, malgré leur ressemblance avec quelques formes de l'accident primitif. Quelle est donc leur nature? d'où procèdent-elles? comment se sont-elles produites?

Eh bien, je crois qu'elles appartiennent à l'ordre des affections furonculeuses. Mais qu'on ne prenne pas pour type et pour point de comparaison le furoncle aigu avec sa douleur, sa fièvre locale et la rapidité de son processus inflammatoire et gangréneux. Qu'on se figure, au contraire, un furoncle, mettant une sourdine à son expression phénoménale, évoluant avec lenteur, et circonscrivant son action dans une sphère très-limitée, sans aucune irradiation même sympathique du côté des ganglions.

Ici le tissu cellulaire sous-muqueux n'est pas primitivement affecté. C'est au fond d'un follicule ou d'un glandule sébacé que s'établit le processus. Il en résulte, pendant les premiers jours, une petite tumeur dure, arrondie, à contours nets, isolée au milieu des tissus sains, d'un rouge sombre, peu douloureuse. Cette tumeur s'érode ou s'ulcère à son point le plus culminant,

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mars.

— C'est là sa seconde étape. Elle offre alors une grande ressemblance avec le chancre induré.

Mais dans sa troisième étape, constituée par l'évacuation puro-sanguinolente de son contenu, elle s'en éloigne. Un pareil phénomène ne se produit jamais dans le chancre syphilitique. Seulement, dans les cas que je décris, il peut passer inaperçu, parce qu'il est éphémère, et alors on retombe dans les similitudes d'aspect et d'évolution qui obscurcissent le diagnostic.

Nous voici arrivés à la quatrième étape de l'évolution. Que voyons-nous alors? Toujours une tumeur dure, rouge, circonscrite, nettement implantée dans les tissus voisins, et creusée à son centre d'une cavité cratériforme, au fond de laquelle existe un lambeau de tissu cellulaire d'un gris blanchâtre, qui s'élimine peu à peu. Cette phase simule à s'y méprendre le ramollissement central en masse, qui s'empare quelquefois tout à coup de l'induration chancreuse syphilitique et des tumeurs gommeuses. A ce moment, le diagnostic présenterait de grandes difficultés si l'on n'avait pour l'établir que les caractères actuels de la lésion, et si l'on ne l'avait pas suivie dans toutes les phases de son processus. L'évacuation d'une matière puro-sanguinolente huit ou dix jours après le début de l'affection, est caractéristique de la *lésion furonculo-acnéiforme* que je décris.

Après l'élimination des lambeaux sphacélés qui occupent le fond de la cavité, la cicatrisation s'effectue; c'est la dernière étape du processus. Cette cicatrisation ne présente rien de particulier dans l'affection furonculo-acnéiforme du gland. Elle est quelquefois très-longue. Celle des chancres infectants, des hyperplasies circonscrites secondaires, des tubercules et des gommes, marche au contraire souvent avec une rapidité vraiment surprenante, et on est stupéfait de voir succéder, au bout de cinq ou six jours, une petite ulcération, à la vaste cavité qui menaçait l'organe d'une perte de substance considérable.

Telles sont les différences d'évolution plutôt que d'aspect qui distinguent les lésions syphiliques indurées du gland, des lésions que je désigne sous le nom d'affection furonculo-acnéiforme pour indiquer par là la nature et le siége du travail morbide qui les constitue. A ces différences, ajoutez les notions que nous donnent les commémoratifs, l'état des ganglions inguinaux pour les chancres, les coïncidences pathologiques ou les traces d'attaques syphilitiques plus ou moins éloignées pour les tubercules et les gommes, ainsi que l'action curative des spécifiques, etc., etc., et vous verrez que, dans la plupart des cas, l'embarras du praticien ne doit pas être de longue durée. Mais quand, par le fait d'un hasard vraiment exceptionnel, toutes les circonstances qui pourraient l'éclairer, lui font défaut en même temps, force lui est bien de rester dans le doute et de suspendre indéfiniment le diagnostic, comme je l'ai fait pour le premier cas.

Comme transition entre les faits précédents et ceux qui vont suivre, je vais rapporter un cas d'*abcès du prépuce*, que j'ai observé tout récemment. Au premier abord, on aurait pu prendre cette lésion pour un de ces foyers purulents qui se produisent quelquefois sur le trajet des lymphatiques, à une distance plus ou moins grande du chancre simple. Le pus transporté en nature dans ces vaisseaux, ne les laisse pas toujours intacts. Avant d'arriver aux ganglions, il s'arrête quelquefois sur un ou plusieurs points et y développe, comme il le fait dans ce dernier organe, une collection virulente auto-inoculable qui s'ouvre, s'ulcère, et se convertit en une cavité chancreuse.

Ce qui semblait faire croire qu'il en était ainsi, dans le fait qu'on va lire, c'est que des adénopathies suppurées s'étaient formées dans les deux aines.

Obs. III. — Le malade, âgé de vingt et un ans, d'une assez bonne santé, et n'ayant jamais eu aucune maladie générale ou locale entra dans mon service le 2 mars 1877, salle 7, lit 4, au quarante-troisième jour de son affection génitale. Elle avait débuté, en effet, le 15 janvier de la même année, par une une érosion ou écorchure. Cette petite lésion n'avait pas paru assez grave pour faire cesser les rapports sexuels qui avaient lieu depuis longtemps avec la même femme. Bientôt cependant il fallut y renoncer : l'érosion s'enflamma, devint d'une sensibilité très-grande, et dans les premiers jours de février, elle se compliqua d'une grosseur située au-dessus d'elle.

On voit que, le point de départ de l'affection a été une déchirure ou une érosion, aggravée par l'action mécanique du coït. Cette érosion était située en arrière de la couronne, sur la muqueuse préputiale, au voisinage de la ligne médiane. La plus grosseur consécutive à son irritation se développa un peu plus haut, sur les confins de la portion cutanée du prépuce. Elle avait le volume d'une petite noix. Elle évacua le pus qu'elle contenait vers le milieu de février. C'est alors que les deux aines commencèrent à devenir douloureuses; puis elles se tuméfièrent considérablement; la peau qui les recouvrait devint chaude, rouge, s'amincit et s'ouvrit à gauche vers la fin de février.

Un médecin qui avait été consulté quelques jours après le début de l'affection, jugeant qu'elle était syphilitique, fit administrer des pilules et un sirop. Il y avait évidemment du mercure dans ces préparations, puisque le malade était atteint d'une stomatite mercurielle quand il entra dans mes salles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De quelques formes rares de paralysies oculaires dans l'ataxie locomotrice. — M. Galezowski fait une communication sur quelques formes rares des paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans l'ataxie locomotrice. Depuis que M. Charcot a démontré que l'affection tabétique débute bien souvent par les symptômes céphaliques, il est de la plus haute importance de connaître toutes les formes des paralysies des nerfs moteurs de l'œil, ces paralysies étant d'après Pierret, analogues aux défauts de coordination des membres inférieurs.

Généralement, on rencontre des paralysies de la troisième, de la quatrième ou de la sixième paire d'un seul œil; plus rarement les mêmes altérations se trouvent aux deux yeux, surtout la paralysie des deux troisièmes et des deux quatrièmes paires.

M. Galezowski a observé trois autres variétés des paralysies complexes et irrégulières :

1° *Paralysie de la troisième et de la quatrième paire du même œil*; il en résulte une diplopée aux images homonymes, qui s'écartent d'autant plus que l'on porte le regard en bas et en dehors, ou en haut et dehors.

2° *Paralysie ou affaiblissement de tous les nerfs oculo moteurs des deux yeux*. Ces paralysies se développent habituellement d'une manière progressive, en commençant d'abord par un seul nerf, et se généralisant successivement à toutes les autres branches motrices des deux yeux. Lorsque la maladie aura pris une plus grande extension, on pourra voir se produire la paralysie complète et absolue de tous les muscles de l'œil, de sorte que tantôt un seul œil, tantôt tous les deux seront complétement immobiles, comme cela est arrivé chez une malade que le docteur Galezowski soigne actuellement. La malade, âgée de soixante ans, présente un ptosis incomplet et une

immobilité absolue des deux yeux ; quand elle regarde en face, les yeux paraissent présenter une direction normale, tandis qu'ils ne peuvent exécuter aucun mouvement ni à droite ni à gauche.

3° *Paralysie des fibres inférieures du droit interne et des fibres internes du droit inférieur.* La paralysie de ces deux fibres nerveuses de la troisième paire est accompagnée d'une diplopie aux images croisées, auquel cas les images s'écartent d'autant plus qu'on regarde en bas et en dedans. En dirigeant le regard du côté du plan horizontal, on voit les images se rapprocher; au-dessus, la diplopie n'existe point.

Dans ces différentes paralysies, on ne voit souvent au début qu'un simple relâchement des muscles, qui se traduit par des diplopies aux images vacillantes, ressemblant à des spasmes. Cette particularité nous permet d'admettre, avec le docteur Pierret, que ces paralysies sont analogues aux paralysies et au défaut de coordination des membres inférieurs chez les ataxiques.

Anatomie comparée du placenta. — M. DE CYNETY rappelle la communication qu'il a faite, dans l'une des dernières séances, relativement au développement de la mamelle chez le cobaye, et dans laquelle il a montré que la mamelle du cobaye tenait, pour ainsi dire, le milieu entre celle des carnivores et celles des herbivores.

M. Ercolani (de Bologne) a étudié récemment le placenta dans diverses espèces animales et il a montré que le placenta d'un cobaye, au tiers environ de la gestation, se compose de deux parties distinctes, dont la structure est absolument différente. Ces deux parties, dont l'une est elle-même composée de deux parties également distinctes, seraient destinées, suivant Ercolani, l'une à la respiration, l'autre à la nutrition du fœtus. L'une de ces parties représente le placenta des ruminants, l'autre celui des carnivores. M. de Cynety a pu vérifier entièrement l'exactitude des faits avancés par M. Ercolani. Il en est donc du placenta du cobaye comme de la mamelle, à ce point de vue que l'un et l'autre tiennent à la fois et des carnivores et des ruminants.

Du sang et de sa capacité respiratoire chez divers animaux. — M. JOLLYET a pu, sur des chiens, déterminer la quantité du sang et sa capacité respiratoire à l'aide du colorimètre de Laurent.

M. HAYEM fait observer que cet instrument, très-utile pour les expériences physiologiques où on peut disposer d'une grande quantité de sang, est moins facilement applicable en clinique où on ne peut disposer que d'une très-petite quantité de liquide sanguin.

Urémie par compression des uretères. — M. REGNARD communique plusieurs cas de cancers du corps de l'utérus dans lesquels, les uretères se trouvant comprimés contre les parois du bassin, les malades ont succombé à des accidents d'urémie.

Courants continus, applications métalliques. — M. REGNARD répond aux objections présentées dans la dernière séance par M. Onimus (voy. *Gazette des Hôpitaux*, n° du 20 mars). M. Onimus a dit qu'il ne comprenait pas comment des courants faibles donnaient ce que ne donnaient pas des courants intenses. Mais dans toutes les expériences qui ont été entreprises à la Salpêtrière, on ne s'est nullement occupé des courants intenses; on a seulement étudié les effets des courants faibles, tels que ceux auxquels donnent lieu les applications métalliques.

M. Regnard n'a donc jamais dit, dans ses communications qu'on obtînt avec des courants faibles, ce qu'on n'obtenait pas avec des courants forts.

Des effets de l'aconitine sur de jeunes chiens. — M. BOCHEFONTAINE a fait une série d'expériences consistant à injecter de l'aconitine de Duquesnel sous la peau de chiens de différents âges, qui montrent que cette substance injectée chez de jeunes chiens ne donne pas lieu aux mêmes accidents que chez des chiens de moyenne taille. En effet, alors qu'un dixième de milligramme de cette aconitine suffit pour tuer un chien de forte taille, deux milligrammes de la même substance ont pu être injectés chez de petits chiens sans provoquer d'accidents mortels.

Du sulfate de cuivre. — M. BOCHEFONTAINE montre des pièces provenant d'un chien auquel a été faite une injection de sulfate de cuivre. Cette injection avait été pratiquée, par MM. Bochefontaine et Galippe, sous la peau de la partie postérieure de la fesse du chien; dans ce cas encore, les lésions locales résultant de cette injection ont été suffisantes pour entraîner la mort de l'animal, sans qu'il ait présenté le moindre phénomène d'intoxication.

M. GALIPPE fait observer, à cette occasion, que lorsqu'on pratique plusieurs injections sur le même animal, on obtient au niveau de chaque piqûre des abcès purulents.

Action des matières extractives de l'urine sur le nombre, la forme et la capacité respiratoire des globules rouges du sang. — M. CUFFER a entrepris une série de recherches, qui ont eu surtout pour but, de déterminer l'état des globules sanguins dans l'urémie. Il n'aborde pas la question clinique et se contente de faire observer que, dans la néphrite interstitielle il existe une diminution souvent très-considérable du nombre des hématies, fait déjà indiqué par M. Gubler, et en plus certaines autres altérations qu'il a voulu étudier expérimentalement.

Il a fait deux séries d'expériences : dans la première, il a injecté à des animaux, des solutions de carbonate d'ammoniaque, d'urée, de créatine.

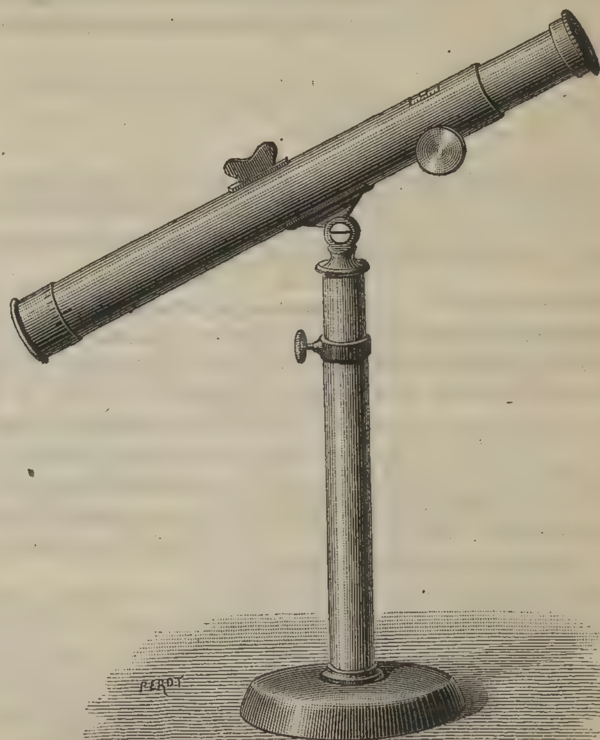
Avec l'urée, point d'effets : avec la créatine et le carbonate d'ammoniaque, très-grande diminution du nombre des globules qui deviennent plus résistants; en même temps, leur capacité respiratoire pour l'oxygène diminue beaucoup.

La seconde série d'expériences, consistait à mélanger directement au sang les substances ci-dessus. Les résultats ont été absolument les mêmes.

M. RABUTEAU fait remarquer, que les résultats obtenus par M. Cuffer, confirment de tous points les expériences qu'il a pratiquées lui-même il y a plusieurs années.

Optique physiologique. — Focomètre. — M. BADAL présente un focomètre basé sur le même principe que son optomètre et qui en diffère par les points suivants :

1° Suppression du pied et de la crémaillière, ce qui réduit des trois quarts le prix de l'instrument;



2° Substitution d'un simple verre dépoli à la plaque d'épreuve photographique.

La lentille ou le verre de lunette dont on cherche la distance fo-

cale, s'applique contre l'ouverture du tube qui, dans l'optomètre, constitue l'oculaire; l'observateur, se place du côté opposé, à la distance qui lui paraît le plus convenable pour sa vue. Le focomètre n'est donc autre chose qu'un optomètre *renversé*.

L'instrument présente cet avantage que, l'expérimentateur qu'il soit myope, hypermétrope, astigmate ou presbyte, n'a pas à en tenir compte; il n'est besoin d'aucun calcul; tout se réduit à chercher la mise au point la plus exacte possible, d'une plaque de verre dépolie, sur laquelle vient se peindre l'image d'un objet éloigné (arbre, cheminée, etc.) vu à travers la lentille dont on cherche le numéro et à travers une seconde lentille qui se trouve fixée dans le tube. La puissance réfringente de cette seconde lentille, et sa distance au point où se placent les verres à essayer, ont été déterminées par le calcul, de telle façon que la plaque de verre dépoli se déplace *régulièrement* de un millimètre par chaque quart de dioptrie métrique, ce qui correspond à la plus faible différence entre deux numéros consécutifs des nouvelles boîtes d'oculistes. Le nº 1 de la graduation correspond au verre de 1 dioptrie ($\frac{1}{36}$ ancien), le nº 2 au verre de 2 dioptries ($\frac{1}{18}$ ancien), etc.

A l'aide de ce focomètre, il n'est personne qui ne puisse apprécier des différences de $\frac{1}{4}$ et même de $\frac{1}{5}$ de dioptrie ($\frac{1}{180}$ ancien), c'est-à-dire beaucoup moins grandes que le numéro ancien le plus faible ($\frac{1}{72}$).

L'instrument présente cette particularité intéressante, que la grandeur de l'image qui vient de se former sur la plaque dépolie, reste constante, pour une même distance de l'objet, quelle que soit la lentille dont on recherche le numéro.

Une lunette construite sur le modèle de ce focomètre permettrait de mesurer la distance qui sépare l'observateur d'un point plus ou moins éloigné, sans avoir à mesurer aucune base, et pourrait rendre d'importants services, surtout dans les cas où il s'agit de points inaccessibles.

Le principe est facile à saisir; on conçoit, en effet, que les rayons lumineux qui partent d'un point situé par exemple à 100 mètres, arrivent à l'instrument avec le même degré de divergence que s'ils avaient traversé une lentille de 1 centième de dioptrie placée à l'ouverture du tube. La position de la plaque dépolie pour laquelle l'image est la plus nette possible, sera donc la même dans les deux cas; mais il est évident que, pour de grandes distances, il faudrait avoir recours à des lentilles très-faibles, de façon à avoir une échelle suffisamment étendue.

M. Badal pense qu'avec une lunette de 1 mètre de longueur, on pourrait arriver à mesurer, avec une approximation suffisante, des distances allant jusqu'à 10,000 mètres.

Des verres achromatiques. — M. JAVAL fait une communication ayant pour but de démontrer qu'il n'y a pas de verres achromatisant l'œil et que les industriels qui fabriquent des verres achromatiques ne se fondent sur aucune base scientifique.

Des verres colorés. — M. JAVAL apporte une solution à la question posée dans l'une des dernières séances, par M. Bert, à savoir pourquoi des lanternes vertes paraissent bleues de loin. Il y a, en pareil cas, dit M. Javal, deux choses à considérer, le verre et la flamme. A mesure qu'on s'éloigne, le verre va en diminuant, tandis que la flamme, en raison de son cercle de diffusion, conserve le même volume, quelle que soit la distance. Ce cercle de diffusion, à un moment donné, devient donc plus considérable que la surface de la lanterne elle-même. C'est pourquoi de loin on aperçoit une flamme bleuâtre, la lanterne elle-même n'étant pas vue.

M. BERT a entrepris sur le même sujet une série d'expériences dans le but de déterminer si le changement de coloration des couleurs composées, à une certaine distance, était le résultat de l'absorption d'un certain nombre de rayons par le milieu ambiant ou le résultat de la diminution de l'intensité de la lumière. Ces expériences lui ont permis de conclure dans le sens de la seconde hypothèse.

S'agit-il d'un verre vert? Si l'on diminue l'intensité de la lumière, c'est le jaune qui disparaît et le bleu qui persiste. S'agit-il d'un verre orangé? c'est le jaune qui disparaît et le rouge qui persiste. S'agit-il d'un verre violet? c'est le bleu qui disparaît et le rouge qui persiste. En résumé, quand il s'agit de couleurs composées, si l'on diminue l'intensité de la lumière, c'est la couleur jaune qui disparaît la première, puis la bleue, et c'est le rouge qui persiste.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. BERGERON offre en hommage une série de rapports au comité consultatif d'hygiène.

M. MAURICE RAYNAUD dépose sur le bureau, la thèse de M. le docteur Testut, sur la symétrie dans les affections cutanées (voir *Gazette des hôpitaux*, nº du 3 mars).

M. LABOULBÈNE présente : 1º le rapport général fait par lui à l'Académie sur les eaux minérales de France; 2º une lettre d'un confrère de province relative à la communication qu'il a faite à l'Académie, d'une pièce provenant d'un homme qui avait avalé une certaine quantité d'acide sulfurique, et qui avait rendu la presque totalité de sa muqueuse gastrique, ce médecin ayant eu l'occasion d'observer un cas semblable, le communique à M. Laboulbène.

En 1873, un homme robuste de cinquante ans, avala d'un trait un verre d'acide sulfurique, qui avait été substitué à l'eau-de-vie dont il faisait un fréquent usage; il fut pris aussitôt de tous les accidents qu'on observe en pareil cas, vomissements de matières noirâtres, violentes douleurs sur le trajet de l'œsophage, lui arrachant des cris aigus, coloration grisâtre de la muqueuse buccale etc... deux mois après, cet homme rendait une membrane affectant la forme et les caractères de la muqueuse de l'estomac. L'examen ultérieur qui fut fait de cette membrane montra, en effet, qu'il s'agissait bien de la muqueuse stomacale. Cet homme mourut d'inanition trois mois après.

A cette occasion, M. Laboulbène fait passer sous les yeux de la Société un dessin histologique de la membrane qu'il a soumise à l'appréciation des membres de l'Académie.

Localisations cérébrales. — M. LAVERAN présente le cerveau d'un malade qui a succombé dans son service, au Val-de-Grâce, après avoir présenté les phénomènes suivants : hémiplégie du côté gauche, accompagnée d'un peu de contracture et, dans les derniers temps, délire et symptômes de méningite. A l'autopsie, on trouve tous les caractères d'une méningite tuberculeuse; en outre, deux tubercules, du volume d'une noix, siégeaient dans les circonvolutions motrices, l'une à la partie supérieure du lobule pararentral, l'autre dans la circonvolution frontale ascendante.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS

M. FERRANT continue la lecture du travail qu'il a commencé dans la précédente séance : dans cette partie, M. Ferrant s'attache surtout à démontrer les dangers de la méthode de Brand.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

L'indication, sur une carte de visite de médecin, de ses heures de consultation, constitue-t-elle une contravention à la loi qui défend, sous peine d'une amende de 150 à 300 francs, de consigner sur les cartes confiées à la poste des notes ayant caractère de correspondance personnelle ? — La question peut paraître singulière. On va voir qu'il était utile de la poser et surtout de la résoudre.

L'un de nos éminents confrères de Paris ayant adressé à un de ses confrères d'une ville de province, moyennant le tarif de 10 centimes, une carte imprimée portant avec son nom et son adresse, l'heure à laquelle il est chez lui, a reçu de l'administration générale des postes notification d'un procès-verbal constatant à sa charge une contravention à la loi du 25 juin 1856, avec invitation d'aller prendre connaissance au bureau de la caisse, dudit procès-verbal et autorisation

de transiger moyennant le payement d'une somme de...., à verser dans un délai de quatre jours au plus tard, faute de quoi il serait donné cours aux poursuites judiciaires, etc. Notre confrère a réclamé auprès de M. le directeur général des postes, qui lui a fait la réponse suivante, que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs :

« J'ai reçu la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire au sujet d'une carte de visite expédiée par vous, moyennant 10 centimes, à.... et qui a été l'objet d'un procès-verbal à raison de la mention suivante : « de 2 à 4 heures » qui s'y trouvait imprimée.

« Les règlements de l'administration disposent que les cartes de visite ne doivent contenir que les noms, qualité et adresse de l'expéditeur; mais je reconnais avec vous que l'indication imprimée des heures de consultation d'un médecin peut bien être considérée, en réalité, comme un complément de l'adresse, comme un renseignement général inhérent à la nature même de la profession.

« Je m'empresse donc de vous informer qu'il ne sera donné aucune suite à l'affaire et que des instructions seront adressées dans le service pour prévenir toutes difficultés sur le point dont il s'agit. »

Voilà qui est bien entendu. Qu'on en prenne acte.

SANTÉ PUBLIQUE.

Paris (1,851,792 habitants). — Pendant la semaine finissant le 22 mars 1877, il a été déclaré 1.094 décès, soit 30.7 décès par 1,000 habitants et pour l'année.

Variole, 3. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 35. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 53. — Pneumonie, 91. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 36. — Dysenterie, 2. — Angine couenneuse, 36. — Croup, 23. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 250. — Affections chroniques, 503, dont 206 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 27.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — *Avis.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté restera fermée à partir du vendredi 30 mars inclusivement, au 8 avril.

Les cours et examens recommenceront le lundi 9.

— *Concours des hôpitaux.* — Les juges pour le concours du bureau central qui doit s'ouvrir le 30 mars courant, sont :

MM. Nonat, Moissenet, Woillez, H. Roger, Fournier, C. Paul, Lasègue, Triboulet, Marc Sée.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours de la saison d'été (année 1877).

1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 16 avril 1877, à deux heures.

M. Tillaux traitera des résections et opérations spéciales.

M. Schwartz, premier prosecteur, traitera des ligatures d'artères.

M. Henriet, deuxième prosecteur, traitera des amputations.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du bureau central, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

— *Collége de France.* — M. Noël, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles) et attaché, en cette qualité, à la chaire de médecine du Collége de France, en remplacement de M. d'Astre, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Serres, préparateur de chimie est nommé chef des travaux pratiques (emploi nouveau).

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, a tenu sa séance solennelle sous la présidence de M. Édouard Laboulaye, membre de l'Institut, le dimanche 25 mars, à quatre précises du soir, à l'hôtel de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 15°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux......................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques......................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. *[signature:] J. Laroche*

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET

(**Chlorate de potasse**)

CONTRE LES MALADIES DE LA GORGE, DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE, LE SCORBUT ET LA SALIVATION MERCURIELLE.

Pharmacie DETHAN, faub. St-Denis, 90, à Paris, et toutes les pr. pharm. de France et de l'étranger.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Cataplasme Lelièvre

approuvé par l'Académie de médecine.

Adopté par le Ministère de la guerre pour les Ambulances et les Hôpitaux militaires, et par le Ministère de la marine pour le service de la Flotte.

Sous le nom de *Cataplasme Lelièvre*, j'ai innové une nouvelle substance qui supprime tous les inconvénients attachés à l'emploi de la farine de lin.

Au lieu des opérations multiples désagréables et dispendieuses nécessitées par la méthode ordinaire, il suffit de mouiller une de ces feuilles en la plongeant dans l'eau bouillante *pendant quelques minutes* et de l'appliquer ensuite sur la peau en la recouvrant d'une baudruche ou d'une toile cirée.

On supprime ainsi tous les inconvénients inséparables du cataplasme à la farine de lin qui souille le lit, fermente rapidement, exhale une odeur désagréable et presque toujours est préparé avec de la farine falsifiée et déjà rancie. *[signature:] Dr Lelièvre*

Pharm. de 1re cl. de la Faculté de Paris.

Dépôt à Paris : Avenue Victoria, 24, maison RIGOLLOT et Ce, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Exiger le vrai nom.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Thérapeutique des affections

NERVEUSES, Palpitations et Affections du cœur à leur période ultime, Névropathies, Hystérie, Hystéro-Épilepsie, Insomnies, Angine de poitrine, Méningite.

SIROP SÉDATIF ANTI-NERVEUX *au Chloral et au Bromure arsenical* du Dr GELINEAU et de J. MOUSNIER. — **5** francs et **3** francs le flacon. — Pharmacie du Dr DÉTRAY, 1, rue des Tournelles, à Paris.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉCÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Vin de quinquina au malaga

D'ABBADIE

21, r. Sainte-Apolline, et dans toutes les pharmacies. Recommandé pour sa qualité et sa bonne préparation.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Enghien (Seine-et-Oise)

Chemins de fer du Nord et de l'Ouest, 42 trains par jour.

Saison des Bains, du 1er Mai au 15 Octobre.

Les EAUX D'ENGHIEN s'emploient dans le traitement de toutes les maladies des voies respiratoires, *pharyngite, laryngite* et *bronchite chronique*, dans les *affections de la peau*, la *syphilis* et dans celles qui sont sous la dépendance du système *lymphatique* ou du principe *rhumatismal*.

Dans ces diverses maladies, les EAUX D'ENGHIEN sont employées en *boisson*, *inhalation*, *bains* et *douches*.

Les EAUX D'ENGHIEN se vendent :

Chez les *Négociants d'Eaux minérales* et chez tous les *Pharmaciens*.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*. Philadelphie, 1876, première médaille.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

N° 37. — JEUDI 29 MARS 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 29 MARS 1877. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Courte séance, dont de nombreuses présentations ont fait les principaux frais. Cependant, entre un rapport officiel sur le service des eaux minérales et le rapport lu en comité secret sur les candidatures à la place vacante dans la section de pharmacie, il y a eu place pour une lecture intéressante de M. Desormeaux sur les bons effets de l'association de la réunion immédiate des plaies d'amputation avec le pansement ouaté. On trouvera dans le compte rendu l'appréciation générale de cette méthode et l'énoncé sommaire des résultats qu'elle a donnés entre les mains de M. Desormeaux.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Les faux épileptiques. — La simulation des maladies a pour causes premières l'intérêt et la passion. Elle a existé de tout temps et elle a revêtu telle ou telle forme, selon les indications fournies par les institutions ou par les mœurs de l'époque. Elle s'est perfectionnée au fur et à mesure que la médecine elle-même a progressé; aussi, est-elle parvenue aujourd'hui à un degré de supériorité qui laisse bien loin en arrière les procédés grossiers dont l'histoire nous a transmis la relation. Le médecin doit donc, en toute occasion, avoir présente à l'esprit la possibilité d'une simulation et ne jamais devenir la victime d'une supercherie compromettante pour son honneur et dommageable pour autrui.

L'épilepsie est, de toutes les affections nerveuses, celle qui est le plus souvent simulée, soit dans le but d'échapper au service militaire, soit pour se soustraire aux conséquences d'un crime ou d'un délit, soit simplement pour exciter la commisération publique. La fréquence de cette simulation s'explique facilement, parce qu'elle ne demande qu'une représentation momentanée, et qu'il est possible d'être bien portant dès que l'accès est passé. D'autre part, ainsi que l'a fait remarquer Boisseau, le stratagème a été plus d'une fois couronné de succès, ce qui n'a pas peu contribué à encourager les intéressés.

Je me suis efforcé de démontrer combien sont variables les manifestations de l'épilepsie. Affection éminemment protéiforme, cette névrose est à chaque instant la source de mille embarras de diagnostic, lors même que les accidents nous en sont retracés avec la plus entière bonne foi. A plus forte raison, les difficultés sont-elles grandes et même souvent insurmontables, lorsque la simulation vient se mettre de la partie. Heureusement ces difficultés disparaissent le plus souvent dans la pratique, parce que le simulateur ne cherche à imiter que la grande attaque. Or, sur ce terrain, il est presque toujours battu; car s'il y a dans l'épilepsie convulsive des symptômes qu'il est possible et même facile d'imiter, il en est d'autres pour lesquels la chose est complétement impossible.

Dans l'épilepsie vraie, le sujet *pâlit* subitement et tombe très-souvent en avant après avoir poussé un cri. Dans l'épilepsie simulée, l'individu peut bien simuler la chute et crier, mais il ne pâlit pas et tombe en arrière.

Dans l'épilepsie vraie, les convulsions sont d'abord toniques : le malade, roide comme une barre de fer, a presque toujours la tête portée en arrière ou d'un côté, les dents fortement serrées, les yeux convulsés en haut et cachés derrière la paupière supérieure; les pupilles immobiles et déjà dilatées; le pouce est convulsé dans la paume de la main et caché sous les autres doigts, et si l'on cherche à le redresser on n'y parvient qu'en employant une certaine force; mais une fois le redressement obtenu, le pouce reste dans sa nouvelle position.

Dans l'épilepsie simulée, le simulateur débute souvent immédiatement par des convulsions cloniques. Dans tous les cas, il ne peut reproduire ni la dilatation ni l'insensibilité de la pupille à la lumière. Il est vrai que ce symptôme, comme caractère différentiel perd beaucoup de sa valeur à cause de l'impossibilité où l'on se trouve fréquemment de le constater, sur un œil fortement renversé en haut, caché par la paupière supérieure et roulant dans l'orbite. La position du pouce est toujours parfaitement imitée; mais il est une chose que le simulateur ignore, c'est qu'une fois redressé, le pouce ne reprend plus sa position dans la paume de la main; aussi le laisse-t-il détendre, sans effort, sauf à le replier immédiatement.

Pendant les convulsions toniques, le spasme tétanique des muscles du thorax détermine des symptômes d'asphyxie qui sont surtout appréciables par la coloration violacée de la face et des lèvres, résultant d'une congestion veineuse, qui est quelquefois poussée jusqu'à la rupture des capil-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 mars 1877.

laires et détermine de petites ecchymoses punctiformes, au front, au cou, à la partie antérieure et supérieure du thorax. Ces petites taches rouges disparaissent en peu de temps; souvent, au bout de douze heures, on ne trouve plus à leur place qu'un piqueté jaunâtre. Dans l'épilepsie simulée, l'individu peut bien, s'il est habile, congestionner jusqu'à un certain point sa face en maintenant sa poitrine à l'état d'expiration forcée; mais il ne saurait porter l'effort jusqu'à produire ces hémorrhagies punctiformes dont la valeur ne saurait être contestée.

Dans l'épilepsie vraie, les convulsions débutent par des secousses fortes, rapides, séparées par des intervalles de calme et dont la fréquence va en augmentant. Presque toujours elles prédominent d'un côté du corps. Le simulateur se livre dès le début aux convulsions les plus violentes : il s'agite également des deux côtés du corps. Cette régularité même et cette violence mettent sur la voie de la simulation.

Dans l'épilepsie vraie, la salive battue par l'air expiré sort en écumant à travers les lèvres; elle est souvent ensanglantée, soit par suite de morsures de la langue, soit par suite d'une exhalation sanguine à la surface de la muqueuse buccale congestionnée. Pour simuler l'écume, le simulateur se sert souvent du savon; il ne faut donc pas négliger de rechercher l'existence de ce moyen de fraude. Quant à la morsure de la langue, qui n'est pas constante dans l'épilepsie vraie, elle est quelquefois simulée, mais jamais alors on ne trouve de plaies profondes.

Dans l'épilepsie vraie, la connaissance est complétement abolie et la sensibilité n'existe plus.

Pour constater, chez l'individu suspect de simulation, la persistance des facultés mentales, on peut avoir recours à divers stratagèmes, qui varient suivant la tournure d'esprit du médecin et suivant les circonstances. La menace du fer rouge n'a pas toute l'efficacité qu'on pourrait lui supposer; on peut même dire que c'est un moyen à l'emploi duquel le simulateur est résigné d'avance. On a cependant vu plus d'une fois le courage faiblir en pareille circonstance à la seule approche du fer rougi à blanc. Chez un soldat qui simulait une attaque d'épilepsie, Percy obtint immédiatement le succès le plus complet en demandant à haute voix les instruments nécessaires pour opérer l'ablation des deux testicules, ajoutant qu'il était bien aise de trouver enfin une occasion d'essayer l'efficacité d'un traitement dont il avait entendu dire le plus grand bien. Le feu mis au grabat ou au tas de paille sur lequel le faux épileptique se livre à ses contorsions est encore un moyen bien usé! Mais si le médecin peut recourir à la menace, il ne doit jamais recourir à des moyens dangereux ou violents. La *question* a été effacée de nos lois; ce n'est pas au médecin à la rétablir. Tout au plus est-il autorisé à employer des moyens, dans le cas ou leur emploi pourrait être avantageux, si l'épilepsie était réelle. La cautérisation au fer rouge du lobule de l'oreille pourrait donc à la rigueur être pratiquée, si toutefois le médecin avait quelque confiance dans l'efficacité possible de ce mode de traitement. Dans le cas contraire, il doit y renoncer absolument. Quant à l'ablation d'une partie quelconque du corps, qui serait le point de départ de l'aura épileptique, quelle que soit son opinion sur le résultat de l'opération dans le cas où la maladie serait véritable, elle lui est encore plus formellement interdite sans le libre consentement du sujet, et à moins qu'il ne soit très-convaincu de l'existence réelle de l'épilepsie.

Je ne dirai qu'un mot de l'action inattendue sur les narines de certains irritants, tels que l'ammoniaque, l'acide sulfureux ou le chlore; c'est que leur emploi ne doit avoir qu'une courte durée, surtout pour le chlore et l'acide sulfureux, le premier pouvant déterminer des inflammations plus ou moins graves des voies respiratoires, avec ou sans hémoptysie, le second pouvant agir comme poison asphyxiant.

Le chatouillement de la plante des pieds est généralement considéré comme compromettant pour la dignité du médecin. C'est d'ailleurs un moyen qui est le plus souvent assez bien supporté.

Dans l'épilepsie vraie, aux convulsions cloniques succède une période de stertor, de sommeil avec ronflement presque caractéristique et de durée variable; à la fin de l'attaque, l'épileptique, qui n'a pas conservé la moindre mémoire de ce qui s'est passé, regarde autour de lui d'un air hébété, et s'éloigne confus des personnes qui l'entourent. Cette période de stertor est souvent oubliée par le simulateur : il n'y a pas chez lui cette hébétude et cette confusion. La représentation finie, il croit n'avoir rien de mieux à faire que de rentrer dans l'état normal.

Enfin, les recherches sphygmographiques de A. Voisin (*Annales d'hyg.* 1868) sont encore venues ajouter un caractère différentiel entre l'épilepsie simulée et l'épilepsie réelle. Le pouls présente les caractères sphygmographiques les plus importants : deux ou trois secondes avant l'attaque, les courbes sphygmographiques sont moins hautes, plus arrondies et plus rapprochées. L'attaque survenue, on voit cinq ou six petites ondulations successives et disposées suivant une ligne ascendante, puis une série de courbes très-peu élevées. Ces courbes se prononcent davantage, présentent une convexité supérieure très-accusée, donnant presque l'idée d'une moitié de sphère; puis, au bout de quelques minutes, les lignes s'élèvent presque perpendiculairement à une hauteur trois ou quatre fois plus grande qu'avant l'attaque. Elles présentent au sommet un angle plus ou moins aigu, puis redescendent en présentant les caractères les plus accusés du dicrotisme. La durée de cette forme de pouls varie d'une demi-heure à une heure et demie, elle a même duré quelquefois six heures après l'attaque.

Ces modifications du pouls ne sont pas propres à la grande attaque seule : on les observe aussi dans le vertige.

Lorsqu'on prend un tracé chez un homme sain ou non épileptique qui vient de se livrer à une course rapide ou à des efforts violents, on obtient des tracés qui n'ont rien de comparable avec les précédents.

Des recherches ultérieures faites par Boisseau sont venues confirmer de tout point les résultats obtenus par A. Voisin. La médecine légale est donc aujourd'hui en possession d'un moyen de diagnostic dont l'importance ne saurait être méconnue. Ce caractère sphygmographique peut être regardé comme un symptôme véritablement pathognomonique, dont la valeur pratique est d'autant plus considérable qu'il survit assez longtemps à l'attaque pour que le médecin soit en mesure de le constater. En effet, ce qui rend le plus souvent la fraude difficile à déjouer, dans les cas d'épilepsie simulée, c'est que le simulateur se garde bien, le plus souvent, d'avoir sa prétendue attaque en présence du médecin; et, même lorsqu'il en est ainsi, certains des caractères différentiels les plus importants, tels que la pâleur subite de la face, l'insensibilité de la rétine à la lumière sont ou trop fugaces ou trop difficiles à constater. Pour les autres signes, un simulateur habile parvient souvent à les imiter avec assez d'exactitude pour induire en erreur le médecin, même le plus expérimenté.

D'après Trousseau, une attaque d'épilepsie ne peut être simulée que par un très-habile médecin. Esquirol pensait même

qu'elle ne pouvait jamais l'être. A ce sujet, voici ce qui est arrivé à la maison de Charenton : Esquirol, après sa visite, avait l'habitude de se retirer avec ses élèves dans une salle dite de conférences. Un jour, M. Calmeil fut pris, dans l'une de ces réunions, d'une violente attaque; il tomba sur le tapis et eut des convulsions présentant un caractère très-grave. Esquirol, qui l'avait observé avec sollicitude, se retourna du côté de Trousseau, l'un des internes présents, et dit : « Le pauvre garçon, il est épileptique! » A peine avait-il achevé ces mots, que M. Calmeil, se relevant brusquement, alla droit à Esquirol, et le regardant en riant, lui dit : « Vous voyez bien, mon maître, que l'on peut simuler une attaque d'épilepsie. »

Au moment où un épileptique tombe, il est d'une pâleur cadavérique. La face ne s'injecte que quelques secondes après. Ce fait, d'une importance capitale, avait échappé à Esquirol.

Le véritable épileptique, enfin, a toujours un côté du corps frappé *seul*, ou un côté frappé d'une façon prédominante; aussi la convulsion est-elle ou exclusive ou prédominante d'un côté.

L'épilepsie est quelquefois seulement *alléguée*. Dans ces cas, certains phénomènes peuvent mettre sur la voie du diagnostic. La manière même dont l'individu raconte l'histoire de sa maladie, l'hérédité, les prodromes si fréquents dans la véritable épilepsie, qui débute rarement par la grande attaque, la présence de taches ecchymotiques rouges ou jaunâtres, sur la face, le cou, la poitrine, les cicatrices nombreuses à la face et au front résultant de chutes répétées, l'incontinence nocturne de l'urine et des matières fécales, plus rarement des luxations de l'épaule et de la mâchoire, survenant sans cause connue, et se reproduisant plusieurs fois, l'état d'hébétude et de tristesse, l'état grimaçant et ridé de la face, les morsures de la langue, l'usure des incisives inférieures à la face antérieure par suite des convulsions des muscles masticateurs, devront être pris en grande considération. Sans doute, on ne saurait conclure de leur absence à l'absence de l'épilepsie, mais la présence d'un certain nombre d'entre eux devrait faire regarder l'épilepsie sinon comme certaine, au moins comme très-probable.

J'ai eu occasion d'observer un cas de simulation d'amnésie complète, avec apparence d'affaiblissement intellectuel léger, et allégation d'incontinence nocturne d'urine par intervalles. L'épilepsie aurait naturellement pu se présenter à l'esprit, si dès le début de mon expertise médico-légale, l'apparence d'une supercherie ne m'avait conduit à des interrogatoires multipliés et très-prolongés, à une réfutation sévère et minutieuse de tous les phénomènes morbides allégués, et enfin, de guerre lasse, n'avait provoqué chez l'accusé des aveux qui, jusque-là, avaient été refusés à la justice. Pendant les deux jours que je passai à Moulins, en juillet 1874, j'ai interrogé l'assassin pendant sept ou huit heures par jour. Voici l'observation en raccourci :

Caillot (Joseph-Hippolyte), scieur de long, né à Grenoble en 1830, est d'une forte constitution. Il a complétement manqué d'éducation morale, a contracté de très-bonne heure des habitudes de paresse, de débauche et de vagabondage, il s'en excuse en disant qu'il était rebuté de ses parents, que sa mère ne faisait pas attention à lui, qu'il a été mis à la porte et qu'il s'est trouvé ainsi presque fatalement conduit à faire de mauvaises connaissances, à boire et à voler. Il a parcouru une existence un peu nomade, se faisant condamner souvent, ne recevant aucune instruction, — car il sait à peine signer son nom, — et n'arrivant à faire sa première communion qu'à l'âge de vingt ans, dans une maison centrale. Il passait généralement pour un individu faux, sournois, méchant et très-cupide; il convoitait des successions et faisait de ridicules protestations d'amitié à des tantes âgées qui avaient peur de lui.

Marié en 1864, il s'est toujours montré soupçonneux, jaloux et violent vis-à-vis de sa femme. Une semaine après son mariage, il recevait chez lui sa belle-sœur, et, par suite de conventions tacites qui rendent possibles toutes les suppositions, il la conservait en tiers dans son ménage jusqu'au 4 avril 1874. Cette belle-sœur aurait eu des habitudes irrégulières et serait devenue mère deux fois.

Caillot, qui avait déjà été frappé de huit condamnations, lesquelles formaient un total de huit ans de prison et de huit ans de surveillance, et qui maltraitait souvent sa femme, dit tout à coup à cette dernière, le 4 avril 1874, à sept heures et demie du matin, et sans querelle préalable : « *Je vais te tuer.* » Et de fait, quelques instants après, il lui assène sur la tête deux coups d'une petite hache et l'étend inanimée. Il descend, et montrant à la femme Chapeau ses mains ensanglantées, il lui dit : « *Ces femmes veulent m'empoisonner; je ne m'en irai pas que la justice ne soit venue.* » Il remonte aussitôt, rencontre sa belle-sœur qui venait d'aller acheter du lait, la frappe également de deux coups de hache sur la tête et s'éloigne après avoir fait à Valentine Caillot, sa fille, âgée de neuf ans, la recommandation suivante : « *Tu diras tout ce que tu as vu, pour moi, je suis un homme perdu.* »

Depuis le 2 mai, jour de son arrestation, jusqu'au 13 juillet, Caillot a eu une attitude déplorable dans sa prison. Il a essayé de faire accepter sur son état de santé les renseignements les plus mensongers et les plus fantaisistes, et il a inventé de toutes pièces un petit roman pathologique dont voici un aperçu sommaire : A l'âge de six ou sept ans, en fixant le soleil, il a été *touché*, n'a plus pu marcher et est resté seize mois au lit. Il a eu en grandissant des maux de tête, des migraines, des éblouissements, des défaillances, et il lui arrivait d'uriner au lit; sa pâleur durait très-longtemps, quelquefois deux jours; tout son corps tremblait et sa figure grimaçait pendant des journées entières. Il a eu des étourdissements, qui se prolongeaient pendant une demi-heure, trois quarts d'heure, et parfois bien plus encore. Fréquemment, il ne pouvait manger du tout. Enfin, depuis le mois de mars 1874, il a complétement et absolument perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé; il suppose, dès lors, qu'il a quelque maladie dans la tête, et il affirme n'avoir appris les forfaits dont on l'accuse que par M. le juge d'instruction.

Toutes ces assertions furent discutées par moi une à une, combattues et démontrées fausses. A bout d'arguments et tour à tour embarrassé ou ému, quoique toujours très-maître de lui, Caillot cède enfin, le 13 juillet au soir, à une dernière sollicitation de ma part, prend un grand parti, fait un geste significatif et déclare qu'il va parler. « Je reconnais, dit-il, que j'ai tué ma femme et ma belle-sœur. L'une et l'autre voulaient m'empoisonner. Je me suis servi de ma hachette, que j'ai d'ailleurs parfaitement reconnue quand elle m'a été représentée. Si je n'ai pas donné mes raisons plus tôt, c'est que j'ai pensé qu'on ne me croirait pas et qu'on me traiterait de menteur. »

Dans mon opinion — et je l'ai dit, le 31 octobre suivant, devant la cour d'assises de l'Allier, — Caillot s'est en quelque sorte ignoré lui-même. Il a voulu, à l'aide d'assertions invraisemblables et astucieuses, attirer sur sa tête toute la clémence des hommes, sans supposer que son véritable état de santé et que son double crime pouvaient à l'occasion faire naître des doutes emportant avec eux certains bénéfices. J'ai établi, en effet, dans une longue discussion médico-légale, dont la reproduction serait inutile ici, que Caillot avait été probablement atteint, le 4 avril 1874, d'alcoolisme subaigu, avec craintes d'empoisonnement, mais que, même dans cette hypothèse, il avait conservé, au moment des actes incriminés, une part notable d'intelligence et de volonté. Un médecin très-compétent affirma, d'autre part, que l'intégrité d'esprit avait toujours été pleine et entière.

Le jury, contre mon attente, n'a point admis de circonstances atténuantes. Caillot a été condamné à la peine de mort et a été exécuté.

Je ne mentionnerai que pour mémoire les cas d'épilepsie simulée chez les sieurs A..., L... et G..., voleurs de profession et repris de justice, sur lesquels un rapport médico-légal m'a été demandé. Pervers, intelligents, fourbes, mais ignorants,

ils avaient pris des leçons de *battèrie de dig dig* — expression consacrée dans l'argot des prisons pour signifier « la simulation de l'épilepsie, » — et ils ne réussirent à en imposer à personne, même pendant un seul instant, tant leur supercherie était grossière et ridicule.

En 1876, au contraire, j'ai été chargé d'observer à Mazas, conjointement avec mon distingué confrère M. le docteur G. de Beauvais, un sieur Dhers, âgé de vingt ans, arrêté dans les rues de Paris portant un uniforme de marin, des galons de sergent-major, la médaille militaire, et ayant à son côté un grand sabre de cavalerie. Soldat déserteur, puis commis dans plusieurs bureaux, engagé sous un faux nom comme zouave en Afrique, aventurier, escroc et faussaire, il avait eu, quoique bien jeune encore, l'existence la plus accidentée et la plus romanesque. L'instruction de son procès a demandé huit mois.

A Mazas, il a simulé des vomissements, des vertiges, plusieurs pertes de connaissance, des attaques convulsives, un état comateux, de l'insomnie, de l'excitation maniaque passagère et tout à fait grotesque, des craintes d'empoisonnement, du délire des grandeurs, et principalement une amnésie très-persévérante. Il insistait à chaque instant sur la description des phénomènes épileptiques et prétendait avoir été réformé par suite de névrose convulsive. Il produisait même des certificats médicaux attestant l'épilepsie.

Dhers fut soumis à une surveillance incessante, et nous renouvelâmes son examen un grand nombre de fois. Nous établîmes, dans un rapport très-circonstancié, qu'il avait été atteint d'une névralgie sus-orbitaire traumatique, d'apparence épileptiforme, et qu'il avait encore de temps à autre des malaises, des maux de tête et des migraines; qu'il paraissait avoir fait de grands excès alcooliques; qu'il simulait l'épilepsie et la folie; qu'il était intelligent et responsable.

Les conclusions du rapport lui furent lues, dans le cabinet du juge d'instruction, et Dhers fondit en larmes, avoua tout et se recommanda à la bienveillance du magistrat.

Traduit devant la Cour d'assises de la Seine, il fut condamné à six ans de réclusion.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

Du pityriasis (1).

(Leçon recueillie par M. E. Goetz, interne de service.)

II

La variété la plus simple du pityriasis, celle que nous avons à peine mentionnée, tant elle nous paraît peu mériter le nom d'une maladie, est le *pityriasis simplex* ou *dartre farineuse*, il ne consiste qu'en une desquammation très-superficielle et peu durable de la peau du visage ou d'autres parties du corps exposées pendant trop longtemps à l'action de la chaleur solaire ou artificielle, au froid ou au vent. — Il résulte donc d'une action purement locale.

Quant au *pityriasis rubra*, nous le considérons, en raison de son mode d'évolution et des symptômes qui l'accompagnent, comme un pseudo-exanthème, apparaissant comme d'autres affections cutanées dont nous le rapprochons, l'impetigo ou certains érythèmes par exemple, sous l'influence d'excès alcooliques ou autres, de variation de température ou de changement de saison, du printemps principalement. Le *pityriasis alba communis*, dans sa forme chronique doit être considéré comme une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse herpétique. Chez presque tout le monde on rencontre un peu de pityriasis du cuir chevelu, qui passe inaperçu par les soins de toilette les plus simples : mais quand on le rencontrera avec les démangeaisons intenses et avec l'abondance de desquammation à laquelle nous avons fait allusion, on pourra, sans crainte d'erreur, affirmer l'existence de la constitution dartreuse quand bien même il n'en serait que la seule manifestation.

Enfin, le pityriasis peut se rencontrer dans un tout autre ordre de circonstances : il peut être parasitaire et, dans ce cas, est symptomatique de la présence, dans la peau, de deux parasites végétaux différents : du *microsporon purpur* et du *tricophyton*. — Dans le premier cas, le champignon microscopique et ses spores occupent de préférence les parties latérales du cou, la poitrine ou le ventre et donnent à la peau de ces régions une coloration si caractéristique, qu'elle a valu à cette maladie le nom de *pityriasis versicolor*. — C'est sous la forme de tâches isolées, déchiquetées, pouvant occuper une grande étendue, de couleur jaune-verdâtre ou brun-clair, analogues à celle du café au lait que se présente le pityriasis versicolor. — Il est presque toujours indolore, ne s'accompagne que rarement de démangeaisons peu vives. — En raison de sa nature parasitaire, il est naturellement contagieux; les spores se détachant avec les squames et tombant dans les draps de lit, sur les vêtements, peuvent se transplanter de l'individu malade à l'individu sain. — C'est à la présence du champignon et de ses organes reproducteurs qu'est due la coloration jaunâtre de l'épiderme (crasse parasitaire); dans aucune autre affection squameuse on ne la constatera, aussi sa présence seule suffira-t-elle dans le cas où l'on ne pourra faire l'examen microscopique, pour diagnostiquer la nature parasitaire de l'affection.

Dans le second cas, le pityriasis peut être symptomatique d'une autre affection parasitaire, de la tricophytie. — Vous savez que M. Bazin a parfaitement prouvé que l'on pouvait rattacher à la même cause, à la présence du tricophyton plusieurs lésions de la peau, autrefois séparées bien à tort : *l'herpès tonsurant ou teigne tondante, l'herpès circiné, l'érythème circiné, le sycosis, le pityriasis parasitaire*; dans certains cas, en effet, au lieu de voir se former un cercle érythémateux ou une couronne de vésicules sur le dos de la main, sur le cuir chevelu ou sur les régions de la face, on voit se produire en affectant la même forme, le même siége et sous l'influence de la même cause, la tricophytie, une plaque arrondie de pityriasis alba, dont on ne devra pas méconnaître l'origine et la nature tricophytique, sous peine de faire un traitement irrationnel et non curatif.

La tricophytie peut donc se présenter sous cinq formes ou cinq lésions cutanées différentes, suivant les périodes ou les degrés de son évolution : dans une première période le champignon n'a fait qu'irriter, que rubéfier la couche la plus superficielle du derme.

(*Erythème circiné parasitaire*);

Dans une deuxième période, le champignon pénétrant plus profondément dans l'épaisseur du derme modifie sa vitalité, relativement à la sécrétion épidermique ; l'épiderme n'est plus produit que sous forme de squames ou lamelles furfuracées qui se présentent en une surface arrondie (*pityriasis alba parasitaire*) ; cette seconde période peut être encore signalée par un soulèvement de petites vésicules disposées en cercle.

(*Herpès circiné parasitaire*).

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 mars.

Dans une troisième période, le champignon a pénétré dans le conduit sécréteur du poil; il s'est attaché au poil, il l'étreint, il l'étrangle en quelque sorte, et le fait tomber.

(*Herpès tonsurant ou teigne tondante*).

Dans une quatrième période enfin, le champignon a envahi la glande pilifère elle-même, il l'enflamme, il l'hypertrophie, il y détermine de la suppuration.

(*Sycosis, tubercules et pustules sycosiques*).

Tels sont les différents degrés de la tricophytie et tel est le rôle que joue dans son évolution le pityriasis alba parasitaire.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre le pityriasis qu'avec une affection squameuse, et dans la plupart des cas, l'erreur sera facile à éviter : le *psoriasis* se reconnaîtra à ses squames brillantes, épaisses, nacrées, imbriquées, adhérentes à un derme qui est constamment rouge et hypertrophié : nous avons dit que dans le pityriasis il n'y avait pas d'élevure de la peau et ce signe seul suffirait pour différencier les deux affections, si les lamelles furfuracées du pityriasis ne suffisaient point à établir entre elles une distinction nettement tranchée.

L'*ichthyôse* est une affection congénitale, généralisée, le plus souvent incurable et par conséquent facile à distinguer du pityriasis.

Enfin, nous avons vu que M. Devergie, dans sa description du pityriasis rubra, n'a pu faire confusion avec l'*eczéma* que par une mauvaise interprétation des faits. — Le pityriasis ne s'accompagne jamais d'une sécrétion humide et ce caractère seul a une importance majeure pour le distinguer de l'eczéma. — Cependant, dans les cas d'eczéma sec du cuir chevelu, on pourrait avoir quelques doutes, mais les squames de l'eczéma sont plus larges, toujours un peu croûteuses et n'ont aucune tendance à se détacher spontanément.

Le *pronostic* du pityriasis est bénin pour la plupart des cas, le pityriasis peut être plus ou moins gênant, mais il ne s'accompagne presque jamais de troubles de la santé générale. — Cependant, par sa ténacité, par l'abondance de squames qu'il produit, par la calvitie dont il est souvent la cause, le pityriasis n'est pas exempt d'une certaine gravité, et cette gravité devient plus prononcée, s'il existe chez un sujet profondément herpétique, en raison du danger de sa dégénérescence possible, mais très-rare heureusement, en herpétide maligne exfoliatrice.

Traitement. — Le pityriasis simplex, guérit tout seul, la cause qui l'a produit étant enlevée. — Nous en dirons autant du pityriasis rubra, qui, de même que tous les exanthèmes aigus, ne réclame qu'un régime léger, le repos, un purgatif au besoin. Quant au pityriasis chronique de nature herpétique, il n'a aucune tendance à guérir spontanément. — Il doit donc être traité, et l'on n'obtiendra de bons résultats qu'en s'adressant en même temps à l'état diathésique et à l'état local. — Comme dans tous les cas où vous vous proposerez de combattre l'herpétisme, donnez d'emblée l'arsenic sous la forme suivante qui est commode : à chacun des trois repas, prendre deux, puis trois et même quatre des pilules suivantes :

Arséniate de soude. . . . . un milligramme.
Extrait de gentiane. . . . . dix centigrammes.
Pour une pilule.

Portez la dose jusqu'à 12 milligrammes par jour en donnant 12 pilules, mais n'allez pas au-delà, et que ce soit progressivement, car ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois de suite.

Comme traitement local, vous vous trouverez bien de l'application de topiques qui détermineront une inflammation substitutive de la peau, ainsi des lotions sulfureuses, des onctions avec l'huile de cade, ou même des lotions au sublimé que vous prescrirez ainsi :

Sublimé corrosif. . . . . . . un gramme.
Eau distillée. . . . . cent vingt grammes.

Mettez une cuillerée à soupe de cette solution dans un verre ou même un demi-verre d'eau froide.

Le pityriasis versicolor disparaîtra sous l'influence des parasiticides : ainsi lotions avec la solution de sublimé précédente, frictions avec la pommade sulfureuse d'Helmerich, ou bien avec la formule au turbith minéral dans la proportion suivante :

Turbith minéral. . . . . un, deux ou trois grammes.
Axonge. . . . . trente grammes.

On se trouvera bien également de l'emploi simultané de bains alcalins et de bains sulfureux.

Enfin le pityriasis alba parasitaire tricophytique, sera traité par les mêmes moyens, auxquels on ajoutera, suivant les régions, l'épilation, ainsi que le conseille M. Bazin.

L'URÉE ET LE FOIE (1)

Par M. P. Brouardel, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Conclusions. — Les recherches des physiologistes de Heynsius, de Stockvis, de Jurher et Ludespiz, de Meissner, de Cyon, tendent à prouver que c'est dans le foie que se forme l'urée. Nous aurons à déterminer plus tard à l'aide de quels matériaux.

Les observations des pathologistes montrent que sous l'influence des lésions du foie, l'urée varie suivant des lois déterminables.

1) Dans l'ictère grave, l'urée diminue et même disparait des urines.

2) Dans l'ictère par intoxication phosphorée, observé chez l'homme ou provoqué chez les animaux, l'urée diminue considérablement, mais après avoir subi toutefois des augmentations passagères, qui suivent chaque ingestion de substance toxique.

3) Dans certaines formes d'ictère pseudograve, les variations de l'urée présentent au début les mêmes caractères que dans l'ictère grave (diminution, disparition de l'urée, anurie), mais la guérison peut être annoncée le jour où survient une crise urinaire avec élimination considérable de l'urée. Le plus souvent, le volume du foie, d'abord rétracté, augmente le jour de la crise urinaire.

4) Dans l'ictère simple, la quantité d'urine éliminée ne diminue pas, elle peut être considérable au début (Bouchardat), mais cette augmentation ne paraît pas survivre aux premiers moments de la maladie. L'abondance de l'urée éliminée, permet de porter un pronostic favorable.

5) Dans l'hépatite suppurée, l'urée augmente au début (résultat annoncé par Parkes, mais qui doit être vérifié), elle diminue quand l'abcès a détruit une grande partie du foie, bien que cette lésion soit accompagnée de fièvre.

6) Dans la lithiase biliaire ayant pour conséquence l'oblitération du canal cholédoque et l'atrophie des lobules hépatiques, l'urée diminue de quantité. Cette diminution semble encore plus notable pendant la crise de colique hépatique ; il en serait de même (d'après l'observation de Regnard surtout) dans la fièvre intermittente hépatique.

7) Dans la cirrhose atrophique ou hypertrophique, la quantité d'urée éliminée est représentée par un chiffre extrêmement faible, même lorsque le malade continue à se nourrir.

8) Dans les maladies du cœur, le développement du foie cardiaque entraîne une diminution considérable de la secrétion de l'urée. Les variations sous l'influence du repos et du traitement peuvent servir à établir le pronostic de la maladie.

(1) Grand in-8, prix 3 francs. — Paris, G. Masson.

9) Dans la dégénérescence graisseuse du foie, qui survient chez les phthisiques et les malades atteints de suppurations osseuses, la quantité d'urée sécrétée, tombe à des chiffres très-peu élevés.

10) Dans les affections chroniques du foie, cancer, kyste hydatique, la destruction d'une portion considérable de la substance hépatique entraîne une diminution correspondante dans la quantité d'urée sécrétée.

11) Dans la congestion du foie, la suractivité de la circulation hépatique se traduit par une augmentation de la quantité d'urée éliminée.

12) Dans la colique de plomb, le foie se rétracte et l'uré diminue dès que la colique est terminée, le foie revient à son volume normal et l'urée augmente.

13) Dans la glycosurie passagère, l'urée augmente pendant qu'il existe cette glycosurie ou au moment de sa disparition.

Dans le diabète, la quantité d'urée atteint parfois un chiffre plus élevé que dans toute autre maladie. Une similitude si remarquable dans les variations de ces deux phénomènes n'autorise-t-elle pas à se demander s'il n'y a pas communauté dans leurs origines.

En résumé, nous croyons avoir prouvé que, dans les maladies du foie, la quantité d'urée secrétée et éliminée en vingt-quatre heures est sous la dépendance de deux influences principales : 1° L'intégrité ou l'altération des cellules hépatiques ; 2° l'activité plus ou moins grande de la circulation hépatique.

Il en résulte que, en clinique, on pourra utiliser les variations de la quantité d'urée éliminée par les urines (les reins étant sains) pour établir le diagnostic et le pronostic des lésions du foie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. le docteur Lancereaux, comme membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Béhier, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Saint-Amand pour l'année 1875. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Benjamin Anger qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire (renvoi à la section).

2° Un pli cacheté de M. A. Certes, contenant la description d'un procédé destiné à prévenir les erreurs du diagnostic, déposé par M. Depaul. (Accepté.)

3° Un rapport de M. le docteur Évrard, médecin de l'arrondissement de Beauvais, sur une épidémie toute locale de fièvre typhoïde, dans une ferme isolée, au milieu d'une famille composée de treize personnes dont onze enfants sur lesquels il y eut neuf malades dont trois morts. Cette maladie s'est développée à la suite de l'usage immodéré de l'eau d'un puits abandonné depuis longtemps, et corrompue par la présence d'une quantité très-notable de matières organiques. (Comm. des épidémies.)

4° Une lettre de M. le major Bouyet, du corps d'état belge, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Essai sur le campement des troupes, abolition des logements militaires en temps de paix.*

5° Une note de M. Luton (de Reims) sur le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par une solution d'iode dans l'eau distillée de laurier cerise.

PRÉSENTATIONS

M. Hillairet présente, au nom de M. le docteur Fabre, une brochure intitulée : de l'*Engorgement des ganglions sous-maxillaires dans une épidémie d'oreillons.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Feuvrier, médecin-major, actuellement au Monténégro, la traduction d'une grammaire de la langue serbo-croate, par A. Parcic, à laquelle il a fait une introduction.

M. Gosselin offre en hommage, au nom de M. le docteur Corlieu, un volume intitulé: *Histoire de la Faculté de médecine de Paris.*

M. Maurice Perrin dépose sur le bureau un manuel d'ophthalmologie, par M. le docteur Camuset.

M. Briquet présente les rapports faits par M. le docteur Besnier, à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies régnantes pendant l'année 1876.

M. Chauffard, de la part de M. le docteur Brochin, présente l'article *Constitutions médicales. — Constitutions épidémiques* extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. le Secrétaire général présente : 1° Un *Manuel du microscope, au point de vue clinique*, par MM. les docteurs Mathias Duval et Lereboullet ; 2° le premier fascicule d'une nouvelle série du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* avec un avant-propos par M. le docteur Dechambre.

M. le Président présente un travail sur l'empoisonnement par l'agaric, par M. le docteur Oré (de Bordeaux). Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chatin, Vulpian et Gubler.

M. Guéneau de Mussy présente un mémoire de M. le docteur Aroy, médecin-major au 19e de ligne, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a été observée dans la garnison du château de Brest, pendant l'hiver de 1876-77 (comm. des épidémies).

L'Académie reçoit enfin, l'extrait d'un testament de M. le docteur Joseph Daudet, de Neuillé (canton de Saumur), instituant en sa faveur, un legs de mille francs de rente pour la fondation d'un prix; et un rapport médical et administratif de M. le docteur Girard de Cailleux, sur l'inspection des aliénés du canton de Fribourg.

RAPPORTS

M. Lefort au nom de la commission des eaux minérales, commence la lecture du rapport officiel sur le service des eaux minérales pendant l'année 1874.

LECTURE

M. Desormeaux donne lecture d'un travail intitulé : *De la réunion par première intention sous le pansement ouaté.*

Cette méthode, dit M. Desormeaux, m'a déjà donné dans presque tous les cas, des réunions par première intention de toutes les parties que j'avais rapprochées. Elle présente à la fois les avantages de la réunion immédiate et l'avantage, le plus important sans doute, de diminuer dans une grande proportion, les chances d'infection purulente. Depuis que j'emploie le pansement ouaté, quel que soit l'état sanitaire de l'hôpital, les infections purulentes ont été pour ainsi dire supprimées dans tous les cas où la méthode a pu être employée suivant toutes les règles.

Le premier appareil est levé au bout de douze à quinze jours, la plaie étant débarrassée du drain, des ligatures et des sutures, le second appareil est encore laissé en place une douzaine de jours, et lorsqu'on l'enlève toute la cicatrice est solide...

Ces résultats, ajoute M. Desormeaux, ont été constants; toutes les fois que les circonstances m'ont permis de mettre en contact des lambeaux en bon état, la réunion par première intention n'a pas manqué. On ne peut donc douter de l'influence du pansement ouaté sur la réussite. Nous pouvons donc affirmer que ce pansement, non-seulement diminue dans une grande proportion la mortalité à la suite des amputations, mais de plus qu'il assure la réunion immédiate qui manque si souvent à Paris, surtout dans les hôpitaux. (Le travail de M. Desormeaux est renvoyé à la section.)

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

38. Domadieu. Néphrite interstitielle.
39. Louveau. De la manie dans Cervantès.
40. Lamotte. Étude sur les oreillons.
41. Lalance. Tuberculose des organes génitaux de l'homme.
42. Fabre. Étude sur les rétrécissements fibreux du rectum.
43. Branche. Essai sur les positions mento-postérieures des présentations de la face.
44. Wrisez. Des moyens de conservations de la santé dans les localités marécageuses.
45. Wackenthaler. Du délire apyrétique consécutif au rhumatisme articulaire aigu.
46. Fligel. Pneumonie traumatique.
47. Augé. Du traitement de la pleurésie purulente.
48. Vergnes. Infection purulente au point de vue clinique.
49. Raynal. Étude sur le pneumothorax.
50. Nicolini. Étude botanique, pharmaceutique et clinique du *pilocarpus pennatifolius.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux de Paris, qui ont concouru en 1877, aura lieu le samedi 31 mars 1877, à une heure de l'après-midi dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1877.

Les cartes de placement seront délivrées le jeudi 25 mars, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale.

— *Faculté de médecine de Paris.* Les manipulations chimiques, sous la direction de M. Willm, commenceront le lundi 2 avril, à une heure et demie.

MM. les étudiants qui désireront prendre part à ces travaux devront se faire inscrire à l'École pratique de la Faculté (bureau du chef de matériel), avant le samedi 31 mars, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Aucune somme ne sera perçue pour cet objet au secrétariat.

Il leur sera délivré une carte qui servira pour l'admission au laboratoire (École pratique, pavillons n°s 5 et 6).

Le cours de M. Vulpian qui devait commencer le jeudi 22 de ce mois est ajourné jusqu'à nouvel ordre.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont nommés aides préparateurs. — Cours d'anatomie : MM. Dubar et Breynaert. — Cours d'histoire naturelle : M. de Guerne. — Cours de pharmacie : M. Delahaye.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Louis Bleynie, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement est nommé professeur adjoint d'accouchements, en remplacement de M. Bleynie père, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *Hôpital civil d'Alger.* — MM. Pengrueber et Rey viennent d'être nommés, après concours, chirurgiens-adjoints.

Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination du docteur Bourgeois.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le médecin principal Gestin a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Picot, professeur suppléant à l'école de médecine de Tours; — le docteur Fauvel ; — le docteur Guilbert adjoint au dixième arrondisment; — Robin, médecin, membre de la Société de protection des apprentis; — le docteur Carlos Ferreira de Souza Fernandes, secrétaire de la faculté de médecine de Rio de Janeiro ; — le docteur Roger, à Plouignau (Finistère).

— *La Gazette médicale de l'Algérie* annonce la mort de M. Pierre Maurin, médecin-vaccinateur municipal, établi à Alger dès le début de l'occupation française.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a élu parmi ses membres correspondants : MM. F. Dupont, de Saint-Mihiel et Émile Mauriac, de Bordeaux. — Parmi ses associés libres nationaux : MM. A. Bossu, de Paris et Verjon, de Plombières.

— *Cours public d'anatomie des régions appliquée à la chirurgie.* — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie commencera ce cours le lundi 9 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Cours particulier de médecine opératoire.* — M. Fort commencera ce cours le mardi 10 avril à 1 heure dans le pavillon 7 de l'École pratique. Les élèves seront exercés immédiatement à pratiquer eux-mêmes les opérations. S'adresser, pour les conditions, chez M. Fort, 21, rue Jacob, tous les jours de midi à une heure.

— Les cours de médecine pour femmes, en Russie, comprennent en ce moment pour les cinq années, 430 élèves, sur lesquelles 73 israélites, 19 polonaises catholiques et 11 polonaises protestantes et le reste orthodoxe. Pour entrer à l'École de médecine, les femmes ont dû suivre des cours réguliers et subir des examens spéciaux. Tous les gouvernements de l'empire fournissent des élèves à l'École de médecine pour femmes. Elles appartiennent aux classes moyennes et ont généralement de vingt à vingt-cinq ans. Très-peu ont dépassé la trentaine. Le nombre des femmes mariées est en ce moment de soixante-dix huit. — (*Journal officiel*).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre typhoïde à rechute.

Parmi les nombreuses questions soulevées par la dernière épidémie de fièvre typhoïde, il en est une qui, pour n'être pas nouvelle, n'en présente pas moins toujours un certain intérêt, nous voulons parler de la rechute de la fièvre typhoïde, qui, presque inconnue de nos devanciers, à en juger du moins par le silence qu'ils ont presque tous gardé à son égard, semble se multiplier sous les yeux des observateurs, depuis que Beau, en 1856, appelait sur elle l'attention de ses élèves, dans des leçons cliniques reproduites dans ce journal, et que la Société médicale des hôpitaux en a fait le sujet d'une de ses savantes discussions, quelques années après. Une thèse récemment soutenue sur ce sujet à la Faculté de médecine par M. Armand Guyard (1), et une leçon faite, peu de temps auparavant, à l'hôpital Lariboisière, par M. Maurice Raynaud, nous mettront à même de faire connaître quel est à peu près l'état actuel de la question. Nous commencerons par la thèse de M. Guyard.

Témoin, pendant une année d'internat à l'hôpital Sainte-Eugénie, de plusieurs faits de rechute dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et guidé à cet égard par les conseils de l'un de ses maîtres, M. Cadet de Gassicourt, et par l'utile concours de plusieurs autres médecins ou élèves des hôpitaux qui lui ont communiqué leurs observations, M. Guyard a pu faire une étude assez complète de ce sujet, pour que nous trouvions opportun de lui emprunter les faits et les résultats principaux qui sont consignés dans son travail.

Une première série d'observations, choisies parmi les cas de fièvre typhoïde à marche lente et à poussées successives, sert, out d'abord, à montrer la différence qui existe entre les recrudescences dans lesquelles il n'y a jamais établissement réel de la convalescence après une première poussée, mais une simple amélioration passagère, et les rechutes où, au contraire, la convalescence est manifestement établie, et la période de cicatrisation commencée, quand une nouvelle poussée fébrile se manifeste. Ce point bien établi — et aujourd'hui il ne peut plus être sérieusement contesté par personne — quelles sont les principales particularités que présentent les divers symptômes de la rechute? C'est ce que nous allons rapidement étudier avec l'auteur de cette intéressante dissertation.

Les symptômes cérébraux sont généralement peu accusés dans la rechute. Il est rare, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, qu'ils atteignent une grande intensité.

Parmi les phénomènes nerveux les plus curieux qui aient été notés, M. Guyard cite une sorte de jactitation choréiforme de la tête et des membres chez un malade (enfant) de M. Bergeron.

Chez l'adulte, le délire et tous les phénomènes nerveux peuvent être plus accentués; dans quelques observations, il a été noté un délire de paroles et d'actions très-intense, des soubresauts de tendons, une hyperesthésie cutanée tellement vive que le moindre contact arrachait des cris au malade.

La céphalalgie n'acquiert que rarement une grande intensité.

Les phénomènes thoraciques de la rechute sont, dans la plupart des cas, très-atténués; dans deux observations seulement, ils ont eu une intensité réelle, constituant un danger véritable. Or ces rechutes étaient consécutives à des fièvres typhoïdes à forme thoracique.

Quant aux symptômes abdominaux, M. Guyard a noté la fréquence des vomissements dès le début ou dans les premiers jours de la rechute. La diarrhée a été rarement considérable, et dans un certain nombre de faits réunis dans ce travail, il n'y a jamais eu de diarrhée pendant toute la durée de la rechute.

Dans la plupart des cas, le météorisme abdominal a été peu accentué. Le gargouillement et la douleur dans la fosse iliaque droite se sont montrés en général en rapport avec l'abondance de la diarrhée.

Le pouls a repris, pendant la rechute, les caractères qu'il avait pendant la première phase de la maladie, il est redevenu fréquent et le dicrotisme a reparu. Au début, il était assez large et bien frappé, mais quelquefois chez les enfants surtout, on a noté des intermittences et des irrégularités très-grandes, pendant les deux phases de la maladie. Ces irrégularités diminuaient progressivement pendant les périodes de déclin pour

---

(1) *Étude sur la fièvre typhoïde à rechute*, par M. Armand Guyard. — In-8°. Paris, 1877, chez V. Adrien Delahaye et Ce.

disparaître entièrement au moment de la période intercalaire et de la convalescence réelle.

Le cœur a présenté comme phénomènes dignes d'être notés : la fréquence des bruits de souffle anémique de la pointe et de la base, et quelquefois des irrégularités, des faux pas et des intermittences.

L'auscultation des vaisseaux du cou a permis de constater presque toujours un souffle musical dont l'intensité a été le plus souvent en rapport avec l'amaigrissement, la pâleur et l'état d'adynamie du sujet.

Parmi les formes symptomatiques de la rechute dans la fièvre typhoïde, il en est une qui a fixé l'attention de M. Guyard, c'est celle dans laquelle l'élément fébrile a été, pour ainsi dire, la seule manifestation morbide de la deuxième évolution typhique. Tel a été, en particulier, le cas d'une observation communiquée par M. Brouardel, dans laquelle on a vu, pendant les quatorze jours de la rechute, la courbe thermométrique montrer les trois périodes classiques de la fièvre typhoïde, période d'ascension (deux jours), d'état (huit jours), de déclin (quatre jours), le malade n'ayant présenté durant toutes ces périodes que quelques phénomènes insignifiants, mais aucun des symptômes caractéristiques habituels, ni météorisme, ni diarrhée, ni taches lenticulaires.

Dans quelques-unes des autres observations rapportées dans ce travail, les symptômes propres de la fièvre typhoïde n'ont pas apparu immédiatement avec le commencement de la fièvre. Ce n'a été qu'après plusieurs jours qu'on a noté le retour de la diarrhée, du météorisme et des taches.

Plusieurs complications ont été notées pendant le cours de la fièvre typhoïde à rechute ou pendant sa convalescence. Ce sont d'abord les lipothymies et les syncopes qui surviennent chez les malades affaiblis par une première atteinte, sous l'influence d'un mouvement un peu brusque, souvent du moindre effort. Dans plusieurs faits signalés dans cette thèse, on a noté le développement d'une anasarque généralisée. Dans l'un d'entre eux, l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire coïncidait avec une albuminurie légère, qui a disparu avec l'œdème. Dans un autre où l'albuminurie n'a jamais existé, la production de l'anasarque a pu être rattachée à l'état de profonde anémie dans lequel se trouvait le malade.

La formation d'eschares, la production d'abcès sous-cutanés ont été notées, sans que ces complications aient rien offert de spécial.

Une autre complication, plus sérieuse encore, a été constatée, c'est celle de la production de gangrène plus ou moins étendue, soit de l'enveloppe cutanée, soit de la muqueuse.

Enfin M. Guyard rappelle des faits de rechute dans lesquels on a constaté un œdème mortel de la glotte, ayant eu pour point de départ des ulcérations gangréneuses de la paroi postérieure du pharynx, des replis aryténo-épiglottiques et de l'épiglotte elle-même; une mammite double terminée par résolution; une périostite du tibia, etc.

La durée de la rechute s'est montrée, dans la grande majorité des cas, plus courte que la première phase de la maladie. Dans un cas cependant, elle a été aussi longue; mais les deux manifestations ont eu une durée relativement courte. Le minimum de la durée, d'après les observations de M. Guyard, aurait été de neuf jours, le maximum de dix-neuf, la durée la plus fréquente de douze ou quatorze jours.

La forme de la maladie s'est montrée toujours la même dans les deux manifestations : d'où l'évidence de la relation qui existe entre les deux phases.

La fréquence des rechutes, si peu commune que pendant longtemps on les avait même niées, est trop variable suivant les temps et les épidémies pour qu'il soit possible de l'apprécier, même approximativement. Sur quatre-vingt-trois malades atteints de fièvre typhoïde que M. Guyard a observés dans le service de M. Cadet de Gassicourt à l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant les onze premiers mois de l'année 1876, il a constaté quatre rechutes. C'est une proportion évidemment très-supérieure à celle que l'on trouve dans les ouvrages des premiers auteurs qui ont traité de la fièvre typhoïde, mais inférieure à celle qu'ont constatée plus près de nous Griesinger et Murchison, qui est de 6 et de 7 pour 100.

Le pronostic de la rechute, sauf quelques exceptions, telles notamment que celles qui sont relatives aux cas de perforation intestinale, d'hémorrhagies intestinales ou de gangrène d'organes importants, est généralement assez bénin, d'après les faits observés : ce qui — par parenthèse, — est un des traits caractéristiques distinctifs de la rechute et de la recrudescence. Ce qui constitue le principal danger dans la rechute, ce n'est pas l'intensité des symptômes, mais l'état d'adynamie, constitué déjà par la première phase de la maladie, et qui prédispose naturellement les malades aux syncopes, aux œdèmes et aux gangrènes.

Le diagnostic des rechutes n'a rien ici qui soit de nature à nous arrêter.

Quant à ce qui concerne le traitement, il n'y a d'important à signaler que la nécessité de recourir, dans la grande majorité des cas, à la médication tonique pendant toute la durée de la rechute, celle-ci revêtant presque toujours la forme adynamique, qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, constitue le seul danger sérieux, mais presque constant.

Accidents toxiques produits par l'usage d'une eau-de-vie, contenant en dissolution de l'acétate de cuivre.

Le fait suivant que nous tenons de MM. le docteur Dubest, médecin à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), et qui eût été certainement intéressant en tout temps et en toutes autres circonstances, emprunte aujourd'hui un intérêt d'autant plus vif aux débats qui s'agitent en ce moment sur le plus ou moins de nocuité des sels de cuivre.

Un jeune homme de vingt ans, de bonne et forte constitution, qui n'avait jamais été malade, fit mander M. le docteur Dubest à Beauregard-l'Évêque, le 23 mai dernier, pour lui donner ses soins. Ce jeune homme, François C... était en proie depuis la veille à de violentes coliques, accompagnées de nausées et de vomissements. De vives douleurs qui n'étaient pas sensiblement augmentées par la pression, se faisaient sentir autour de l'ombilic, dans les régions hépatique et épigastrique. Avant l'arrivée de notre confrère, le malade avait eu plusieurs vomissements, sur la nature desquels il n'a pas été possible d'être fixé, parce qu'ils n'avaient pas été conservés. La face était pâle, contractée par la douleur, les yeux caves, la peau froide, la faiblesse et la prostration très-grandes, le pouls petit et dépressible donnant 90 pulsations. En présence de ces symptômes, M. Dubest se demanda à quelle affection il avait affaire.

On pouvait admettre une attaque de choléra sporadique, mais le symptôme essentiel de cette affection, la diarrhée riziforme manquait. « Avais-je affaire, dit-il, a un iléus, accident assez fréquent à la campagne, mais ordinairement le météorisme accompagne cette affection, et chez notre malade, le ventre était souple et la sonorité était normale ; l'on pouvait également admettre des coliques hépatiques ou une simple entéralgie.

En tout état de cause, la prescription fut :

Potion calmante, cataplasmes laudanisés.

Le lendemain on vient me prévenir que le malade se trouvait soulagé.

Le 26, je fus appelé avec mon excellent confrère le docteur Champugaud, médecin consultant à la Bourboule, je lui fis part de mes appréhensions au sujet de la possibilité d'un empoisonnement, et deux jours après, je reçus de lui une lettre m'informant que notre malade buvait en grande quantité de l'eau-de-vie contenant un sel de cuivre. L'inspection seule de ce liquide ne laissait, en effet, aucun doute dans l'esprit. Après quelques jours d'un traitement antiphlogistique, notre malade se rétablit rapidement, et depuis cette époque n'a rien éprouvé. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* »

Nous ajouterons toutefois, comme renseignement que M. Dubest a bien voulu ajouter de vive voix à la relation qui précède, que peu de temps après cette guérison, François C... s'étant remis à boire de nouveau de cette même eau-de-vie, qu'il fabriquait lui-même, a été repris une seconde fois des mêmes accidents qui ont cédé, comme les premiers, à l'usage des mêmes moyens et surtout à la cessation de cette boisson.

Voici maintenant le résultat de l'analyse de cette eau-de-vie qui a été faite par M. Huguet, professeur de chimie à l'École de médecine de Clermont. — C'est M. Huguet lui-même qui parle :

« Ce liquide est légèrement coloré en bleu, sa saveur est d'abord celle des produits analogues, mais bientôt laisse dans la bouche une sensation amère et styptique. Sa densité à 10°5 est 0,966, ce qui donne comme titre alcoométrique 30°. Ce titre, à la température de 150°, devient 31°40; mais, à cause des substances étrangères, la densité pouvait très-bien ne pas nous indiquer le véritable titre alcoométrique. En effet, nous avons trouvé par distillation 32°,6. Cette richesse, relativement faible, explique les quantités considérables que pouvait ingérer le sujet de la note de M. Dubest.

Nous avons aisément reconnu dans le liquide la présence du cuivre, nous l'avons dosé et nous avons trouvé par litre 0,410^{m} de cuivre métallique, ce qui représente 1^{gr}164 d'acétate neutre de cuivre ou 1^{gr}201 d'acétate basique. Ce dernier sel est celui qui se produit quand on abandonne le cuivre en contact avec le marc de raisin.

Comment le cuivre s'est-il introduit dans l'eau-de-vie?

Deux causes peuvent expliquer la présence de ce métal :

1° Avant que l'on opère la distillation, le marc a séjourné vingt-quatre heures dans la cucurbite (renseignement de M. Dubest). Dans ces conditions, il se forme de l'acétate basique de cuivre ; on a là, en effet, des conditions identiques à celles recherchées pour la préparation du vert-de-gris (verdet de Montpellier). Une certaine quantité de ce sel a été entraînée mécaniquement dans les récipients. Cet entraînement qui, d'abord, paraît peu vraisemblable, se produit très-souvent par exemple dans la préparation du vinaigre des pharmacies. C'est à lui qu'il faut attribuer la présence d'une petite quantité de sels minéraux dans les vapeurs des eaux minérales. Nous pensons avoir démontré ce fait dans un mémoire présenté au congrès scientifique de Clermont.

2° L'alcool répandu en vapeur dans tout l'appareil, s'oxyde en petite quantité, et donne de l'acide acétique, dont la tension de vapeur est assez considérable. Cet acide dissout une certaine quantité de cuivre et le sel qui résulte de cette action, est entraîné par l'alcool.

Ce fait se produit du reste, dans presque toutes les distillations alcooliques ; le plus grand nombre des eaux-de-vie du commerce, renferment des traces de cuivre et la présence de ce corps est assez constante, pour qu'à un moment, on ait cru pouvoir constater l'authenticité du kirch, au moyen d'une réaction due au cuivre, mais on ignorait alors que ce métal possédait ce caractère.

En résumé, nous pouvons dire que dans l'eau-de-vie en question, le cuivre provient d'un manque de soin et de propreté. Comme on ne peut surveiller d'une manière continuelle les bouilleurs de cru, il serait bon que tout leur appareil (Chapiteau, cucurbite et réfrigérant) fût étamé à l'étain fin. On éviterait ainsi le cuivre provenant de l'une ou de l'autre cause que nous avons indiquée. »

Notre confrère, M. le docteur Dubest a bien voulu laisser entre nos mains, comme échantillon, un flacon contenant l'eau-de-vie en question, que nous tenons à la disposition de ceux qui voudront... non pas la goûter, mais la voir ou l'analyser.

D[r] BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le D[r] C. Caussidou.)

VII

ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX DU COU.

A côté des anévrysmes de la carotide et surtout à côté des anévrysmes orbitaires, il est intéressant de mentionner les communications artério-veineuses dans le cou, entre les carotides et les veines contiguës ou voisines. Nous verrons — et j'avoue que le fait, bien qu'il semble certain, n'est pas, à mon avis, facile à expliquer — que la lésion de vaisseaux aussi importants est très-souvent inoffensive. La blessure des vaisseaux beaucoup moins volumineux dans les membres (comme dans la phlébotomie) a souvent causé la mort, mais l'anévrysme artério-veineux du cou, autant que les observations publiées permettent d'en juger, ne cause pas ordinairement la mort s'il est abandonné à lui-même.

Une préparation du musée de l'hôpital Saint-Barthélemy (Ser. XIII, n° 121) montre les résultats d'une blessure produite par la pointe d'une pioche, établissant une communication entre la carotide externe et la veine jugulaire interne. On voit un petit fragment de fer provenant de la pointe de la pioche, emprisonné dans la gaîne du nerf pneumogastrique, un peu au-dessous de son renflement ganglionnaire ; le névrilemme est un peu épaissi. En face de ce fragment de fer, il y a sur les parois de la veine une marque qui indique le point où elle a été perforée. De l'autre côté de la veine, se trouve l'orifice de communication avec la carotide externe. Cet orifice est entouré d'une petite masse de tissu cellulaire induré. La veine a été légèrement éloignée de son artère satellite, la carotide interne. La carotide externe est élargie et tortueuse à partir du point inférieur à son croisement avec le nerf hypoglosse, jusqu'au point où elle pénètre dans la glande parotide. L'instrument vulnérant a évidemment perforé l'artère en passant à travers la veine et sa pointe, s'est brisée au moment de l'extraction, l'orifice d'entrée de la veine s'étant ultérieurement cicatrisé. Ceci s'accorde avec le fait d'une seule ouverture de l'artère et avec la direction suivant laquelle la veine est déviée de son trajet normal. La veine n'est ni dilatée, ni flexueuse. La dilatation et l'élongation n'affectent que l'artère au-dessous

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 mars.

de la blessure. Je crois que le volume relatif de la veine et de l'artère a été cause que le courant de la première a été plus puissant que celui de la seconde, contrairement à ce qui se passe dans les cas ordinaires. L'accident eut lieu douze ans avant la mort et ne semble pas avoir déterminé de symptômes fâcheux.

Une collection intéressante d'observations analogues a été publiée par Robert dans sa thèse sur les anévrysmes de la région sus-claviculaire. Il a recueilli de différentes sources, cinq cas de communication entre la carotide primitive et la veine jugulaire interne. Il décrit un cas qu'il vit en 1832, chez un vieux militaire qui avait été blessé par une balle, dans les guerres de l'empire, par conséquent, au moins dix-sept ans auparavant. Le projectile semblait s'être logé sous l'omoplate après avoir seulement rasé la clavicule. La santé était parfaite, sauf la gêne produite par un murmure ou ronflement continuel, qui était si fort, qu'on pouvait l'entendre à une distance de six pouces. Ce bruit s'étendait dans l'aisselle et sur le côté du cou et il était accompagné d'un frémissement très-prononcé. Le pouls dans le bras correspondant était faible et le sujet se plaignait de ressentir davantage le froid dans la main de ce côté ; cela excepté, il ne se plaignait de rien.

Il semblait probable que, dans ce cas, c'était la sous-clavière qui était lésée. Dans le cas bien connu de Larrey, la communication existait également entre la sous-clavière et sa veine satellite. Mais dans les cinq autres cas décrits par Robert, c'est la carotide et la veine jugulaire qui paraissent avoir été blessées, cependant on ne fit l'autopsie dans aucun de ces cas. Dans aucun il n'y eut de symptômes alarmants. Tous résultaient de coups d'épée, et dans l'un, l'affection remontait à vingt ans, et cependant le sujet jouissait d'une excellente santé et la tumeur n'augmentait pas, même dans les accès de colère auxquels il était sujet.

Dans ces différents cas, le diagnostic reposa sur le bruit et le *thrill*, souvent très-appréciables et gênant dans le décubitus. Dans plusieurs il y avait une tumeur, formée apparemment par la veine dilatée, car dans un cas elle disparaissait complétement quand le patient faisait une inspiration profonde, pour reparaître ensuite graduellement ; et Robert parle de la dilatation de tout le système veineux de tout ce côté de la tête et de la face, bien que ses observations ne le mentionnent particulièrement dans aucun cas. Nulle part il n'y avait traces de tumeur anévrysmale entre l'artère et les veines, ni de symptômes alarmants au point de justifier une intervention chirurgicale. Dans un cas cependant, il y eut d'abord une large ecchymose et de la dyspnée ; dans un autre (un jeune homme blessé en duel), il y eut une agitation extrême et du délire, mais la saignée, jointe à un traitement général, fit disparaître ces symptômes dans les deux circonstances.

Le cas décrit par feu Porter (*Dublin journal of medical sciences*, v. XVII, 1840, p. 95) a quelque analogie avec les précédents. C'était une jeune fille qui avait un anévrysme variqueux à la suite d'une blessure faite avec des ciseaux sept ans auparavant. L'affection siégeait sur la veine jugulaire externe et (comme on le supposa) sur la carotide interne. La tumeur « devenant volumineuse et saillante quand on comprimait la veine au-dessous d'elle, de façon à interrompre le cours du sang ; elle était alors excessivement douloureuse et donnait la sensation du *thrill* au doigt et à l'oreille ; mais quand on l'examinait par la bouche, chacun pouvait constater une tuméfaction considérable, accompagnée d'une pulsation intense et continue. On ne pouvait que conjecturer, ajoute Porter, qu'une communication existait entre la jugulaire externe et la carotide interne, avec l'existence intermédiaire d'un sac anévrysmal variqueux. » On n'appliqua aucun traitement et on ne dit pas que la maladie ait eu aucune conséquence fâcheuse pour la jeune fille.

Le seul cas que j'aie encore pu trouver, dans lequel, au lieu d'une simple communication artério-veineuse, il y ait eu réellement une tumeur, un anévrysme artério-veineux, constatée à l'autopsie, est rapporté dans la *Gazette médicale de Paris*, 1840, par M. Joret. On remarquera que la marche de la maladie, diffère complétement de celle qui a été indiquée jusqu'ici : douleurs dans la tête, indiquant probablement une congestion veineuse, très-marquées dès le début et graduellement suivies de symptômes plus caractéristiques de dégénérescence du cerveau, conduisant lentement à la mort par suite de ramollissement cérébral. Le patient survécut à sa blessure (coup de feu) pendant plus de deux ans, et après la mort, on trouva un sac anévrysmal communiquant avec l'artère carotide interne près du crâne et la veine jugulaire interne. Les veines du cerveau étaient dilatées et la substance cérébrale ramollie. Le malade, qui avait été un homme très-actif, devint épileptique et idiot avant de mourir.

Le contraste entre la marche lente, mais sûre, vers une terminaison fatale, dans le cas précédent, et l'innocuité des communications artério-veineuses qui ne sont pas accompagnées par le développement d'un sac anévrysmal, semble correspondre à ce que nous savons sur la gravité relative de la varice anévrysmale (sans sac) et de l'anévrysme variqueux (avec sac), dans les autres régions du corps. L'inutilité et l'inopportunité de toute intervention dans ces cas d'anévrysme artério-veineux du cou, qui ne présentent pas de symptômes dangereux, ont à peine besoin d'être démontrées. Ce point a été bien établi par M. Robert. Mais il peut en être d'autres, ressemblant davantage au cas de M. Joret, dans lesquels la marche graduelle des symptômes indiquent fortement la nécessité d'intervenir d'une manière quelconque, si c'est possible, avant qu'il ne soit trop tard pour sauver l'intelligence ou la vie du malade. Dans un cas semblable, si le corps vulnérant étranger est enchassé dans la plaie, je ne vois pas d'autre alternative, que d'inciser sur la tumeur et de l'ouvrir avec toutes les précautions imaginables, en comprimant en haut et en bas, si la position de la plaie le permet, et de lier à la fois l'artère et la veine. Il va sans dire, que le corps étranger devrait être extrait dans le cours de l'opération. Si, dans le cas de Joret, la tumeur eût été plus accessible, cette manière de faire eût pu être employée. Dans les cas où il n'y a pas lieu de supposer la présence d'un corps étranger, peut-être pourrait-on employer avec avantage, la compression directe et indirecte combinée, que Vanzetti a introduite dans le traitement de l'anévrysme variqueux de la brachiale. Si l'on peut suspendre le murmure et le *thrill* veineux, par la compression directe sur la tumeur, ce serait une preuve que l'on agit sur l'orifice de la veine, et dans ce cas, on pourrait espérer compléter la cure, en comprimant simultanément la partie inférieure de l'artère.

MÉDECINE LÉGALE.

TENTATIVE D'ASSASSINAT. — MISE EN LIBERTÉ DE L'ACCUSÉE RECONNUE ÉPILEPTIQUE.

Par M. le docteur BAUDISSON.

Les articles fort intéressants et très-instructifs publiés en ce moment par M. Legrand du Saulle dans la *Gazette des hôpitaux*,

m'ont remis en mémoire un fait à l'occasion duquel il m'a été donné de soustraire à la Cour d'assises une pauvre femme qui était renvoyée devant elle sous l'inculpation de tentative d'assassinat.

Cette femme avait, en effet, pendant la nuit du 14 au 15 octobre 186..... frappé de sept ou huit coups de couteau son mari couché à côté d'elle. On était accouru aux cris du blessé; il était couvert de sang et l'on avait cru qu'il allait expirer.

Dans la matinée du 15, nous nous trouvions réunis, le juge de paix du canton et moi, auprès du nommé X..., et je recevais de ce magistrat mandat de dresser un rapport sur l'état du blessé.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les blessures; qu'il me suffise de dire que leur examen me permit de déclarer, sans hésitation, qu'elles étaient toutes superficielles, qu'elles ne présentaient aucune gravité, et qu'elles n'entraînaient, à proprement parler, aucune incapacité de travail. Mon rapport eût donc été fort simple s'il avait dû se borner à ces constatations; mais ce que je savais des bons rapports qui existaient entre les époux X..., l'attitude calme et impassible de la femme assise à côté du lit de son mari blessé, l'absence de toute trace d'émotion à la vue du couteau dont elle s'était servie, ses réponses à l'interrogatoire du juge de paix, qui semblaient indiquer une ignorance complète de ce qui s'était passé, la déposition du mari entièrement favorable à l'accusée, étaient autant de motifs qui m'imposaient le devoir d'examiner si cette femme avait été consciente de l'acte criminel qu'elle venait de commettre, ou si elle avait agi sous le coup d'une de ces impulsions pathologiques qui déchargent la responsabilité et doivent désarmer la justice.

Du reste, je me rappelais que, six mois avant, j'avais eu à lui donner des soins pour une fracture du péroné qu'elle s'était faite en se précipitant par la fenêtre d'un premier étage, et qu'à cette époque j'avais été frappé de certains faits que j'avais observés. Comme cette fois elle avait l'air de ne rien savoir de ce qui s'était passé, et jamais elle n'avait voulu consentir à garder l'appareil que j'avais posé sur sa fracture, « parce que, disait-elle, elle n'avait rien de *cassé*. » D'un autre côté, j'avais remarqué, à diverses reprises, qu'il lui arrivait quand je lui posais une question de commencer sa réponse, puis de s'arrêter les yeux fixes, grands ouverts, et de ne les terminer qu'après un long soupir et un silence de quelques secondes.

Le mari et la sœur, interrogés par moi, m'avaient appris que ce phénomène se reproduisait assez souvent chez elle, et les renseignements qu'ils m'avaient fournis, joints à mes observations personnelles, avaient, déjà à cette époque, éveillé en moi l'idée de l'existence chez cette femme de ce vertige épileptique dont j'avais lu peu de temps avant la description si frappante dans la clinique de Trousseau, et qui donne souvent naissance à des impulsions soit homicides, soit suicides. Le fait suivant qui me fut raconté, au moment où j'allais rédiger mon rapport, par un de ses voisins, ne fit que corroborer cette opinion : « L'avant-veille, la femme X... était à jouer aux cartes dans la rue avec plusieurs compagnes, lorsque, à un certain moment où son tour était venu de jouer, elle s'arrête quelques secondes immobile, les yeux fixes, pousse un long soupir et continue le jeu comme si rien ne lui était arrivé. »

Je sus depuis que pareil fait s'était plus d'une fois présenté avec de très-légères variantes.

Dès lors, en présence d'un crime inexplicable, accompli sans motifs, je crus devoir conclure : 1° que la femme X... était atteinte de vertige épileptique; 2° que c'était sous l'influence d'une impulsion irrésistible déterminée par cet état qu'elle avait accompli l'acte criminel qui lui était reproché; 3° que par conséquent elle ne me paraissait pas avoir à rendre compte à la justice de cet état.

Cependant le médecin amené par le parquet, qui, de son côté, s'était rendu sur les lieux, ayant déclaré qu'il ne voyait rien dans les faits signalés qui ressemblât à de l'épilepsie, et n'ayant pas, par conséquent, adopté mes conclusions, la femme X... fut arrêtée et conduite en prison au chef-lieu d'arrondissement.

Environ un mois après, je fus cité devant le juge d'instruction à l'effet de déclarer si je persistais dans les conclusions de mon rapport. Sur ma réponse très-affirmative, ce magistrat me fit connaître que mon confrère le docteur P... n'était pas du tout de mon avis. « Je le regrette profondément, répliquai-je, mais je crois accomplir un devoir, et je l'accomplirai jusqu'au bout », et prenant l'ouvrage de Trousseau dont j'avais eu soin de me munir, j'en lus quelques passages au magistrat instructeur qui en fut vivement frappé.

Mais déjà la chambre des mises en accusation avait rendu l'arrêt qui envoyait la femme X... devant la cour d'assises. Au bout de quelques jours, la session était ouverte, et l'accusée allait être transférée de la prison de B... dans celle du chef-lieu, quand, la veille du jour fixé pour son départ, elle fut prise d'une grande attaque d'épilepsie. Le docteur P..., appelé auprès elle, arriva à temps pour la constater, et rédigea aussitôt un rapport supplémentaire dont les conclusions, conformes aux miennes, amenèrent le ministère public à abandonner l'accusation. Cette pauvre femme fut dès lors mise en liberté, et rentra dans son village où elle continua à vivre avec son mari. Je la revis bien des fois depuis; je n'ai pas ouï dire qu'elle ait eu, après son retour, de nouvelles grandes attaques, mais les vertiges continuèrent comme auparavant, et cependant on n'eut plus à lui reprocher aucun acte de violence. Quelque temps après, on la trouva morte dans la maison; on parla d'attaque d'apoplexie et je ne fis rien pour contredire cette opinion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un *Traité clinique des affections des organes génito-urinaires*, par M. Frémyn (de Dublin).

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente plusieurs thèses soutenues à la Faculté de Paris sur différents sujets de chirurgie : 1° *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale*, par M. Maria; 2° *Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés*, par M. Manoury; 3° *Des lésions traumatiques portant sur les tissus malades*, par M. Bouilly, aide d'anatomie; 4° *Étude sur le traitement et le pronostic des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage;* 5° *Des accidents du cathétérisme de l'œsophage*. M. Verneuil présente, en outre, de la part de M. Collin, fabricant d'instruments, une série de bougies pour l'œsophage qui lui ont permis de franchir des rétrécissements considérables et de guider sur ces mêmes bougies des sondes jusque dans l'estomac.

RAPPORTS

M. LE DENTU donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Bachon, médecin de l'hôpital de Sidi-bel-Abbès, intitulé: *Con-*

tribution à l'étude des rapports de l'arthritisme avec les plaies. Les observations que contient ce travail sont intéressants en ce qu'elles relatent certains faits non encore étudiés, mais les considérations qui les accompagnent manquent de la rigueur nécessaire, parce que le nombre des observations est trop restreint. Elles contribueront néanmoins pour leur part à cette étude si intéressante, et méritent à ce titre les remerciements de la société.

M. VERNEUIL a déjà insisté sur l'influence fâcheuse des rhumatismes sur la consolidation des fractures, mais il ne pense pas qu'on puisse l'accuser de causer la gangrène. Il faut se souvenir qu'un rhumatisant peut être en même temps sous l'influence d'une autre diathèse. Mais il ne faut pas oublier non plus que les blessures sont capables d'éveiller une première atteinte de rhumatisme chez un individu prédisposé sans doute, mais qui n'en a pas encore souffert. Une observation intéressante de M. Desprès a bien établi ce fait.

M. LE DENTU fait un rapport sur deux observations de M. Reverdin (de Genève), l'une d'*ablation d'un épithélioma lobulé ulcéré depuis quelque temps et dont l'apparition datait de trente-cinq ans*; l'autre de *greffes épidermiques multiples sur une vaste plaie de brûlure de la main, du coude et du bras*, qui ont eu l'avantage d'empêcher une cicatrisation vicieuse.

M. LE DENTU fait un rapport sur *trois observations de hernie inguinale, facilement réduites après des injections sous-cutanées de morphine*, communiquées par M. Philippe (de Saint-Mandé). Dans ces trois cas de hernie inguinale, l'étranglement était récent, et les injections de morphine ont certainement aidé à la réduction, mais il est permis de douter de la réussite, si l'étranglement était plus caractérisé et plus ancien. Si le chirurgien est appelé tout de suite, ce moyen peut être utile, parce qu'il fait cesser la douleur et le spasme, mais si quelques heures se sont écoulées, il restera toujours au dessous de la valeur du chloroforme qui permet de reconnaître tout de suite, si la hernie est réductible ou si l'opération est nécessaire.

COMMUNICATION

M. PIACHAUD (de Genève), membre correspondant, a lu récemment dans la *Gazette des hôpitaux*, une observation d'amputation de jambe à lambeaux, dans laquelle l'auteur, M. Pozzi, parle, comme d'un moyen peu usité, de l'emploi d'un drain placé à la base du lambeau, et semble attribuer la priorité de cette méthode à Lister et à Azam (de Bordeaux). M. Piachaud considère cette pratique comme importante et ne fait pas autrement depuis plus de dix ans. Il ne revendique pour lui aucune priorité, pensant qu'elle n'est qu'une application de la méthode de Chassaignac. Ce qui s'oppose surtout à la réunion par première intention, c'est la suffusion séreuse qui se produit à la surface de la plaie, aujourd'hui plus encore qu'autrefois, avec l'emploi de la méthode d'Esmarck. Un drain placé au fond de la plaie, facilite l'écoulement de ce liquide et ne s'oppose à aucun mode de pansement, pas même au pansement ouaté.

M. ROCHARD rappelle, qu'après la guerre de Crimée, MM. Arlaud et Jules Roux, chirurgiens de la marine, ont employé cette méthode dans le pansement d'amputations ou de désarticulations graves avec un plein succès, et en ont fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. Lui-même a pu en constater les excellents résultats dans toutes les opérations, qui laissent après elles une plaie étendue et profonde.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu M. Broca faire ce pansement en 1868, bien avant M. Azam.

M. DESORMEAUX a toujours fait ses amputations par la méthode à lambeaux. Autrefois, il plaçait un séton au fond de la plaie; mais depuis les travaux de Chassaignac, il remplace le séton par un tube. Beaucoup d'autres chirurgiens ont fait comme lui, sans croire pour cela inventer une chose nouvelle.

M. LE FORT n'est pas partisan de l'emploi du tube à drainage dans le pansement des amputations, parce qu'il ne croit pas possible d'obtenir la réunion par première intention de toute la plaie. Il ne s'applique qu'à obtenir celle du fond de la plaie, sacrifiant ainsi celle de la surface, qui se fait très-facilement ensuite et ne retarde la guérison que de quelques jours.

M. LARREY rappelle que son père plaçait au fond des plaies d'amputation une mèche enduite de cérat.

M. TRÉLAT a fait avec M. Guyon, alors que ni l'un ni l'autre n'était encore chirurgien des hôpitaux, une amputation de jambe dans laquelle il s'est servi d'un drain en caoutchouc, comme l'indique M. Azam. Cette méthode tend aujourd'hui à s'imposer parce qu'elle est bonne. Dans certaines amputations, la suture profonde donne de mauvais résultats. M. Trélat préfère la compression faite à la surface des moignons au moyen d'attelles de cuir ou de carton.

M. GUYON préfère comme M. Trélat la compression à la suture. En plaçant le drain à la partie la plus profonde de la plaie, on peut obtenir par première intention la réunion profonde, ce qui est le plus important comme l'a dit M. Le Fort. Quant à la priorité du placement d'un drain au fond de la plaie, personne ne peut la réclamer aujourd'hui, car on trouve décrit et dessiné dans Ambroise Paré, un *tube en argent pertuisé,* que Guy de Chauliac plaçait dans les plaies d'amputation.

INVITATION AU CONGRÈS MÉDICAL ET INTERNATIONAL DE GENÈVE

M. PIACHAUD, au nom de la Société médicale de Genève, dont il est président, invite la Société de chirurgie de Paris à se faire représenter au congrès médical international, qui se réunira à Genève au mois de septembre. La réception qui sera faite aux médecins étrangers ne sera pas somptueuse comme elle l'a été en d'autres pays; elle sera toute républicaine. Tous seront les bienvenus, mais les Français surtout peuvent être certains de la cordialité de la réception.

M. LE PRÉSIDENT remercie le président de la Société médicale de Genève au nom de la Société de chirurgie de Paris.

COMMUNICATION

Anévrysme de l'artère humérale. Ligature de la sous-clavière. — M. AUBRÉE (de Rennes), membre correspondant, relate une opération de ligature de la sous-clavière pratiquée pour un anévrysme de l'extrémité supérieure de l'artère humérale, développé à la suite d'une fracture oblique de l'extrémité supérieure de l'humérus produite par une chute. La compression avait été tentée à plusieurs reprises, mais n'avait pu être supportée. La ligature de l'artère axillaire fut faite ensuite au dessus de la tumeur, mais elle tomba le huitième jour, avant l'oblitération de l'artère, et cet accident donna lieu à une hémorrhagie très-grave. Le chirurgien lia alors l'artère sous-clavière. Les suites en furent très-heureuses. Le fil tomba le treizième jour, et l'hémorrhagie ne se renouvela plus. M. Aubrée pense qu'on devrait avoir recours d'emblée à la ligature de l'artère sous-clavière, qui expose à moins de dangers que celle de l'axillaire si difficile à immobiliser. Il a d'ailleurs l'habitude, dans toutes les plaies artérielles, d'immobiliser complètement le membre, et pense que cette pratique peut être appelée à rendre des services signalés.

RAPPORT

Observation de lymphadénome malin. — M. TRÉLAT fait un rapport sur une observation due à M. Dubuc et communiquée par M. Verneuil dans une des dernières séances. Il s'agissait d'un homme de vingt-sept ans qui présentait une tumeur ganglionnaire volumineuse du côté gauche du cou, et une petite tumeur sur le thorax. Il avait eu la vérole six ans auparavant. Un traitement spécifique fut institué sans résultat. Le mois suivant, le radius gauche et l'apophyse coracoïde étaient gonflés. Ces tumeurs augmentent rapidement de volume, et M. Verneuil qui voit le malade au mois de mars, diagnostique un lymphadénome malin. Il n'y avait pas de leucocythémie. Au mois de juin, les tumeurs se sont multipliées. En septembre, aggravation générale, ulcération du voile du palais, masse ganglionnaire du cou considérable. Il meurt le 22 septembre, vingt-huit mois après le début des premiers accidents. Quoique l'autopsie n'ait pu être faite, l'évolution caractéristique de la maladie ne permet pas de douter du diagnostic de lymphadénome généralisé qui n'a, dans ce cas, présenté aucune difficulté.

Il n'en est pas de même du cas suivant, que M. Trélat a observé

récemment. Un homme de quarante ans, qui lui a été amené par M. Chaland (de Lausanne), présentait un gonflement des ganglions du cou sans tumeurs du voile du palais ni des amygdales. Le toucher profond et l'examen du pharynx avec le miroir révélèrent la présence d'une tumeur rougeâtre, ulcérée, présentant des anfractuosités, qui ne ressemblait à rien d'ordinaire. M. Trélat diagnostiqua un sarcôme, en faisant certaines réserves, sarcôme *anormal*, dit-il, et porta un pronostic fatal. En y réfléchissant depuis, et se rappelant bien la nature des faits, M. Trélat a pensé avoir commis une erreur de diagnostic, et croit aujourd'hui à la présence d'un lymphadénome.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

51. Vézian. Du muguet.
52. Monestier. Pustule maligne.
53. Dupuy. Essai sur la kératite. Traitement.
54. Gilles. De la tuberculose.
55. Servel. Physiologie de la rate.
56. Py. De l'influence exercée par la consanguinité sur les qualités de la descendance.
57. Fournier. Étude sur la suette miliaire.
58. Le Provost. Contribution à l'étude de l'affection calculeuse des voies biliaires.
59. Blayac. Essai sur une espèce d'épithélioma glandulaire.
60. Guérin. Considérations sur le goître aigu.
61. Cuxac. Du cancer épithélial de la langue.
62. Genet. Contribution à l'étude de l'albuminurie latente.
63. Boyer. Essai sur la dilatation progressive.
64. Aubert. Traumatismes et principaux états constitutionnels; leur influence réciproque.
65. Gaimard. Des greffes animales en chirurgie.
66. Marandon de Montyel. Étude médico-légale sur un cas de folie épileptique.
67. Aillaud. Étude sur quelques formes d'inflammation simple de la peau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris, sur la demande du ministre, vient de présenter sa liste de candidats pour la chaire de clinique des maladies mentales.

En première ligne : M. Ball, agrégé ; en deuxième ligne, M. Magnan ; en troisième ligne, M. A. Voisin ; en quatrième ligne, M. Foville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — Malgré les vacances habituelles de Pâques, la bibliothèque restera ouverte les mardi 3, jeudi 5 et samedi 7 avril, de onze heures à cinq heures.

La réouverture définitive aura lieu le lundi 9 avril.

— *Hôpital Saint-Louis.* M. le docteur Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 7 avril 1877 à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure ; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) seront consacrées aux maladies des femmes.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 25 mars, sous la présidence de M. Édouard Laboulaye, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Laboulaye, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. le baron Pron sur le concours de 1877, et le rapport de M. Motet sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Louis Maurette une médaille d'argent et une récompense de 250 francs et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 francs. La Société a décerné en outre 2 médailles de vermeil, 35 diplômes d'honneur, 26 médailles d'argent, 293 médailles de bronze et 45 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de l'hémorrhagie utérine liée à l'insertion vicieuse du placenta, par le docteur BAILLY, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — In-8° de 51 pages avec figures. Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

L'Urée et le Foie. Variations de la quantité de l'urée éliminée dans les maladies du foie, par P. BROUARDEL, médecin agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 120 pages. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

De la Vitalité des races du Nord dans les pays chauds exempts d'impaludisme, par le docteur BERTHOLON. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Recherches sur la question de l'innocuité du lait provenant de nourrices syphilitiques, par le docteur GALLOIS. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Des Hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires, par le docteur GALLOPAIN. — In-8° de 38 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié deux communications intéressantes qui ont été faites à l'Académie, l'une par M. Proust, dans la séance du 28 novembre dernier ; la seconde par M. Lucas-Championnière, le 9 janvier, sur deux cas présentant entre eux une grande analogie et impliquant l'un et l'autre une importante question de chirurgie pratique, la trépanation, et une des plus palpitantes questions de physiologie à l'ordre du jour, celle des localisations cérébrales. On se rappelle que, dans le fait de M. Proust, il s'agissait d'un cas d'enfoncement de la bosse pariétale gauche, suivi de paralysie du côté droit de la face et du bras droit, avec un peu d'aphasie. La trépanation, pratiquée par M. Terrillon, eut pour résultat immédiat une diminution presque instantanée des accidents, et pour résultat ultérieur la guérison définitive. MM. Proust et Terrillon conclurent de l'analyse des phénomènes constatés après l'accident, du résultat de l'opération et d'expériences faites par eux, à cette occasion, que la partie du cerveau immédiatement lésée avait dû être la circonvolution pariétale ascendante à la hauteur de la seconde circonvolution frontale, et que la circonvolution frontale ascendante, les deuxième et troisième circonvolutions frontales devaient avoir été intéressées secondairement par troubles nutritifs de voisinage.

Dans le fait rapporté par M. Lucas-Championnière, la trépanation fut pratiquée sur la même région, la bosse pariétale gauche, pour des désordres graves, paralysie du bras droit, accompagnée de stupeur et de convulsions générales, résultant d'un traumatisme et de la compression probable du cerveau par un fragment du crâne, bien qu'on n'en eût pas constaté les signes extérieurs. La trépanation eut le même résultat heureux. La guérison était complète un mois après. De ce fait, M. Lucas-Championnière a été conduit à penser que l'opération, d'empirique qu'elle était jusqu'à présent, pouvait être ramenée aux conditions d'une opération précise et régulière, en admettant comme fait d'observation que tous les centres moteurs sont situés sous la moitié antérieure du pariétal, et qu'ils sont tous groupés autour du sillon de Rolando. Partant de cette donnée anatomo-physiologique, il en concluait qu'en pratique il suffirait de déterminer sur la tête d'un blessé la situation de la ligne correspondant au sillon de Rolando, et de prendre cette ligne comme point de repère, pour pouvoir appliquer en toute sûreté et avec toutes les chances possibles d'efficacité la couronne de trépan dans les cas de ce genre.

Tels sont les faits et telles sont les déductions sur la valeur desquels une commission dont M. Gosselin était le rapporteur avait à se prononcer. M. Gosselin, donnant en cela un exemple que nous voudrions voir plus souvent suivi, a fait hier, sur ces deux communications, un rapport magistral dans lequel la double question pratique et physiologique a été examinée, étudiée et discutée avec un soin extrême et avec un sens critique élevé. Ce rapport est trop important pour nous borner à une sèche et courte analyse. Nous en renvoyons la publication partielle à huitaine, d'autant qu'il y a toute apparence qu'il sera l'objet d'une discussion ultérieure, après que la discussion actuellement pendante devant l'Académie, aura été close.

Avant ce rapport, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. Fleury, professeur à l'école de médecine de Bordeaux et médecin de l'hôpital Saint-André, sur la glycémie diabétique, qu'il propose d'expliquer par une théorie nouvelle fondée sur l'admission des deux ordres de causes, une cause physiologique et une cause chimique. On pourra prendre une idée de cette théorie dans le résumé, que nous donnons au compte rendu, de ce travail qu'une commission est chargée de juger.

Entre ces deux lectures, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre, dans la section de pharmacie en remplacement de M. Gobley. M. Planchon porté le premier sur la liste, a été élu au premier tour, par une majorité de 54 voix sur 63 votants.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Degré de responsabilité des épileptiques. — Au point de vue administratif, il existe deux catégories d'épileptiques : les épileptiques non-aliénés et les épileptiques aliénés.

Au point de vue clinique, j'ai reconnu et décrit cinq classes distinctes de malades : les épileptiques proprement dits, les épileptiques aliénés, les épileptiques larvés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques paralytiques.

Au point de vue médico-légal — le seul qui doive mainte

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 mars 1877.

nant nous occuper, — je compte trois variétés d'épileptiques : 1° ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence, qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur état; 2° ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles des facultés intellectuelles au moment ou après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques convulsives, et qui, dans de longs armistices, jouissent de la complète intégrité de leur raison; 3° ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente, dont l'aliénation est acquise et presque irrémédiable, et qui, lorsqu'ils ne sont point soumis à un traitement continu et très-surveillé, constituent dans les établissements spéciaux un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très-dangereux.

A cette division classique obligée doit correspondre nécessairement une échelle de responsabilité légale : les premiers sont responsables, les seconds partiellement responsables, les troisièmes irresponsables.

Cette sorte de loi médico-légale est très-nette. J'ai besoin d'y recourir chaque jour et elle m'a sans cesse paru d'une application extrêmement pratique. Et cependant, elle n'est pas encore adoptée par tous les médecins, qui continuent à avoir des opinions très-flottantes par suite d'un fait que je vais rappeler.

L'origine de toutes les interprétations fausses ou dissemblables qui ont été émises depuis 1860 sur la question de la responsabilité des épileptiques, remonte à Trousseau, qui, du haut de la tribune, à l'Académie de médecine, a fait entendre les paroles que voici : « Si un individu a commis un meurtre sans but, sans motif possible, sans profit pour lui ni pour personne, sans préméditation, sans passion, au vu et au su de tous, par conséquent en dehors de toutes les conditions où les meurtres se commettent, j'ai le droit d'affirmer devant le magistrat que l'impulsion au crime a été, presque certainement, le résultat du choc épileptique. Je dis *presque certainement*, si je n'ai pas vu l'attaque; mais si j'ai vu, si des témoins ont vu le grand accès ou le vertige comitial précéder immédiatement l'acte incriminé, j'affirme alors d'une manière absolue que le prévenu a été poussé au crime par une force à laquelle il n'a pu résister, ce qui l'absout aux termes de l'article 64 du code pénal. »

Trousseau a évidemment voulu atteindre un but respectable et il a outre-passé la frontière du juste et du droit. Dès 1864, dans mes leçons à l'École pratique ou dans mes ouvrages, j'ai déclaré que l'illustre médecin de l'Hôtel-Dieu, en soutenant avec ardeur la doctrine de l'irresponsabilité en matière d'épilepsie, avait malheureusement propagé une erreur médicolégale. « Tout épileptique, ai-je toujours dit et écrit, n'est point un aliéné; seulement, chez un grand nombre de ces malades, l'harmonie des sentiments moraux se rompt, le caractère des affections se pervertit et l'ordre des sensations se trouble. La folie est pressentie, mais elle n'est point nécessairement acquise. L'épileptique, en un mot, n'est qu'un prédisposé à l'aliénation mentale. »

Je ne saurais abandonner aujourd'hui la position que j'ai prise, il y a treize ans, dans la discussion de cette même question. Plus j'ai vécu, au contraire, avec les épileptiques, et plus j'ai reconnu l'indispensable nécessité d'établir au point de vue médico-légal l'échelle de responsabilité que j'ai proposée.

Que les médecins placés à la tête des services publics d'aliénés et qui ont tous un certain nombre d'épileptiques à soigner, se soient, en général, montrés trop enclins à étendre outre mesure la sphère de l'irresponsabilité en faveur de leurs malades convulsifs, je n'en disconviens pas. Leur entraînement involontaire s'explique par ce fait que les épileptiques renfermés dans les établissements spéciaux ne présentent plus d'ordinaire que d'incertaines lueurs d'une raison diminuée, mais nous coudoyons tous les jours dans le monde deux autres classes d'épileptiques dont l'état mental peut et doit être discuté. La doctrine de l'exonération pénale *quand même* ne doit pas leur être appliquée. En se reportant à tout ce que j'ai dit sur les épileptiques sains d'esprit et sur les épileptiques qui présentent des troubles intellectuels tout à fait passagers, on verra, par les nombreux exemples que j'ai intentionnellement accumulés, combien est impartiale et sage la ligne de conduite que j'ai indiquée.

On ne saurait appliquer des règles générales à l'appréciation des actes commis par les épileptiques. Chaque cas est une question d'espèce. Platner a donc eu tort de proclamer que l'épilepsie supprimait le discernement, lorsqu'il a dit : *Facta epilepticorum quamvis malefaciendi et ulciscendi consilio suscepta amentiæ excusatione non carere.* Si cela était, l'épilepsie serait alors un vrai passeport pour commettre tous les crimes, puisque le malade porterait constamment sur lui son brevet d'impunité. L'expérience proteste contre l'exagération inopportune d'une pareille thèse.

D'autre part, pour que l'épilepsie homicide puisse s'abriter sous la protection de l'article 64 du code pénal, il importe de constater tout le groupe de signes indiqués et non pas un seul de ces signes. L'absence de motif plausible peut, par exemple, n'être pas un signe constant. L'épileptique peut céder à un sentiment de vengeance ou de jalousie. Ne peut-il donc pas être possédé des mauvaises passions ordinaires? Oui, il faut en tenir compte, mais il y a lieu aussi de ne pas oublier que ces mauvaises passions exercent leur empire sur un malade, qu'elles ne font peut-être que traduire une perversion maladive des sentiments, ou bien encore qu'elles ne sont que la cause ou l'effet d'un délire des idées.

En général, plus l'acte incriminé a reçu son exécution, à une époque voisine d'un accès d'épilepsie, et plus on doit supposer que cet acte a été la conséquence d'une perturbation mentale. Cette présomption acquiert plus de force encore, lorsque l'acte précède ou suit immédiatement le paroxysme épileptique. Cette opinion a été soutenue à toutes les époques et par les médecins-légistes de tous les pays.

Je prévois maintenant un autre cas. Voici un épileptique réputé très-intelligent, dont la raison et la mémoire se sont parfois légèrement troublées, à la suite d'une crise nerveuse, et qui, dans l'intervalle éloigné de deux attaques, a armé son bras et a frappé son semblable, qui a volé son voisin ou incendié les récoltes d'autrui, qui nous dit qu'il n'y a pas eu chez lui une préméditation coupable, qu'il n'a pas obéi à un calcul intéressé et que son action répréhensible et dommageable ne porte pas l'empreinte d'une détermination volontaire? N'est-il pas homme et ne peut-il pas, comme tel, être sujet à des entraînements, à des défaillances? Ne devons-nous pas à la société une garantie contre des atteintes et des agressions qui la lèsent, la spolient ou l'oppriment?

Il peut y avoir là une situation embarrassante, et comme il ne s'agit pas d'échafauder à son occasion des dissertations philosophiques et de laisser toujours flottantes les limites entre le crime et la folie, je m'empare du cas particulier et je recherche quel était l'état mental de l'inculpé, au moment de l'accomplissement de l'acte criminel. S'il était sain d'esprit, il est responsable ; si son entendement était partiellement lésé, il doit jouir des bénéfices d'une pénalité atténuée et proportionnelle

en quelque sorte au degré de résistance morale qui a pu être opposé ; s'il était aliéné, il est irresponsable.

Dans tout procès criminel, il y a de pures questions de fait qui sont fatalement laissées à l'appréciation et à la détermination, mais la règle la plus générale, est celle que je viens d'indiquer.

A Rome, au temps de Zacchias, on reconnaissait trois sortes d'épilepsie : l'épilepsie grave, l'épilepsie légère et l'épilepsie très-légère (*leviuscula*), ou vertige. Pendant l'accès, l'épileptique était réputé semblable aux absents et aux morts (*mortuis et absentibus æquiparendus*), mais il n'en était plus de même en dehors de ses accès — *extrà accessiones*, — surtout si l'accès avait été léger et s'il n'était survenu qu'après un intervalle d'une, de deux ou de plusieurs années (*ut semel aut bis plurimum annorum spatio*). A cette époque, on annulait volontiers les actes civils qui avaient été consentis avant ou après l'attaque, et l'on admettait l'incapacité d'esprit de l'épileptique pendant les trois jours qui suivaient l'accès. Cette jurisprudence était encore debout, il y a quelques années, dans certains États de l'Allemagne.

La limite des trois jours ne repose aucunement sur l'observation et elle doit prendre place parmi les curiosités de la science ancienne. Chez les épileptiques de notre deuxième série, en effet, il existe des nuances extrêmement variables, dans l'intensité, la durée et le caractère du trouble intellectuel, du délire ou de l'impulsion. Depuis la simple absence mentale de cinq minutes ou d'un quart d'heure, jusqu'à la fureur maniaque la plus incoërcible, il y a mille situations différentes. Tel malade récupère presque tout de suite ou au bout de quelques heures, le libre exercice de toutes ses facultés, et tel autre, quinze jours après son attaque, est encore l'objet de soins spéciaux et d'une attentive surveillance. Aucune limite précise ne peut donc être pratiquement indiquée à l'avance. Dans mon opinion, la fixation ancienne a consacré une erreur. Trois jours, c'était trop ou trop peu.

On demanda un jour à d'Aguesseau, ce que c'était qu'un insensé, dans le sens de la jurisprudence et de la médecine légale. « C'est celui, répondit l'illustre chancelier, en s'appuyant sur l'autorité de Cicéron, qui, dans la société civile, ne peut pas s'élever jusqu'à la médiocrité des devoirs généraux. » Cette définition est applicable aux épileptiques, que nous avons rangés dans notre troisième variété médico-légale. S'ils ont joui des aptitudes qui nous sont communes à tous, ils les ont perdues ou les perdent une à une ; s'ils se sont élevés à la médiocrité dont a parlé d'Aguesseau, ils ont eu l'humiliation de fléchir sous l'oppression mentale.

S'étonnera-t-on que j'aie réclamé en faveur de ces malades, l'irresponsabilité la plus absolue ? Et, peu convaincus par les arguments scientifiques, quelques magistrats persévèreront-ils à rester armés, en face d'infortunes aussi dignes d'égards ? Qu'ils me permettent alors de leur opposer ces nobles paroles d'un procureur-général de Paris : « Ce serait, a dit Bellart, une suprême injustice de juger, surtout de condamner l'un ou l'autre de ces insensés, pour une action qui leur a échappé pendant qu'ils n'avaient pas l'usage de leur raison. Outre que ce serait une injustice, ce serait une injustice inutile pour la société ; car les châtiments n'étant infligés que pour l'exemple, toutes les fois que l'exemple est nul, le châtiment est une barbarie. La bastonnade infligée publiquement aux fiévreux n'empêcherait personne d'avoir la fièvre. »

L'appréciation médico-légale d'un acte commis par un épileptique est toujours une question d'espèce et l'expert ne doit jamais raisonner que sur le cas particulier qui a été soumis à son examen. Je n'ai jamais procédé autrement. Que l'on prenne, en effet, tel cas que l'on voudra, et il rentrera fatalement dans mon cadre, par la raison toute simple, qu'il n'y a que trois situations possibles : responsabilité, responsabilité atténuée et irresponsabilité, ou, si l'on le préfère, intégrité de l'entendement, compromission partielle de l'intelligence et état habituel d'aliénation.

Les médecins doivent faire l'abandon de cette formule par trop commode : *un épileptique est aliéné ou il ne l'est pas, il est irresponsable ou responsable.* Cette formule est fausse et elle conduit soit à des clémences inexplicables soit à des expiations terribles. Si l'on vivait comme moi au milieu des formes les plus décidées de la perversité humaine et du délire, on verrait combien l'entendement a des degrés différents, depuis l'intelligence supérieure jusqu'à l'idiotie, depuis l'énergie suprême d'une volonté ferme jusqu'à l'absence totale du sens moral !

Il existe, en matière d'épilepsie et d'aliénation, un terrain neutre, sur lequel se rangent de nombreuses espèces qui ne rentrent pas dans les deux divisions que la tradition nous a transmises sans examen. La situation intermédiaire comble les lacunes et prévient les surprises. Entre les opinions inconciliables pour la défense desquelles on se bat chaque jour, j'ai jeté un pont, — ce pont dût-il avoir plusieurs arches — et j'ai établi ma zône mitoyenne. Beaucoup d'épileptiques présentant certaines particularités de pensée, de sentiment ou de caractère, mais possédant des notions très-nettes sur le bien et le mal, le juste et l'injuste, et pouvant se livrer à d'irréprochables appréciations sur le temps, les lieux, les événements, les choses et les hommes, rentrent fatalement dans cette zône mitoyenne et doivent pouvoir répondre dans une certaine mesure de la moralité de leurs actes.

Que la proclamation sincère de ce principe vrai déconcerte certaines idées reçues et mette en fuite quelques préjugés, je ne m'en préoccupe point. L'utopie du jour est très-souvent l'idée pratique du lendemain.

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de la Société de médecine légale, M. l'avocat-général Hémar, placé en face d'un acte criminel, commis par un épileptique, a dit, qu'il fallait toujours rechercher la culpabilité, que la loi l'exigeait ainsi, et que la clef de voûte de l'édifice social reposait sur ce devoir, quelque pénible qu'il pût être. Il a ajouté, que la loi avait établi une classification excellente, celle des interdits et des non-interdits. Or, je prétends que nous n'avons jamais à rechercher la culpabilité, mais que nous avons toujours à rechercher la vérité clinique. Un délinquant m'est-il amené, je dois établir quelles sont actuellement les particularités que présente son état de santé, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, et, au besoin, dans quel état pouvait se trouver le prévenu au moment de l'acte incriminé. Je donne mon appréciation, je la signe, et je n'ai point à m'enquérir des conséquences administratives ou judiciaires de l'avis médico-légal qui m'a été demandé. De la recherche de la culpabilité, pas un mot. J'ai l'honneur d'être médecin et tout ce qui n'est pas essentiellement médical se passe en dehors de moi.

Du 18 mars au 24 mai 1871, alors que m'est incombé le périlleux devoir de soigner en prison tous les ôtages et l'immense quantité de femmes incarcérées, je n'ai pas procédé autrement dans les dix-sept cents certificats que j'ai rédigés et signés. Un peu plus tard, lorsqu'on a soumis à mon examen un si grand nombre de membres de la Commune, de fonctionnaires de la Commune et de gardes nationaux appartenant à l'armée fédérée, m'a-t-on prié de rechercher la culpabilité ? Non, pas

plus que la Commune ne m'avait chargé de rechercher la culpabilité de l'archevêque Darboy.

Le médecin, ainsi que je l'enseigne constamment, n'est ni juge, ni accusateur, ni défenseur. Ne suivant que les inspirations de sa raison, de sa science et de sa probité, il doit se borner à la constatation du fait scientifique et rendre compte d'une façon claire et concise de l'examen clinique qu'il a été chargé de faire, sans avoir aucunement à se préoccuper des conséquences possibles de cet examen. En servant fidèlement la cause de la science, ne sert-il pas aussi les véritables intérêts de la justice et de la vérité ?

En matière d'épilepsie et de folie, puisque l'expertise médicolégale se résout nécessairement par une question de diagnostic, les conclusions de l'expert ne sont en réalité que les corollaires de ce diagnostic. Personne ne peut, en effet, demander à l'homme de l'art autre chose que l'appréciation de l'état physique et de l'état mental d'un prévenu.

La loi, d'après l'éminent avocat-général, n'admet qu'une classification : les interdits et les non-interdits. Que l'interdiction soit la proclamation légale de la folie, je le reconnais, mais il existe un si grand nombre de cas d'aliénation non légalement proclamés, que je me suis demandé avec quelque surprise, en quoi la mesure édictée par l'article 489 du Code civil avait pu mériter une mention spéciale ? A Bicêtre, la proportion des interdits est de un sur quatre-cent cinquante malades. Si elle est la même ailleurs, je cherche en vain, au point de vue de la responsabilité, quelle peut bien être la valeur de la prétendue classification admise par la loi ?

Dans son discours, remarquable à beaucoup de titres, M. Hémar m'a personnellement demandé quel était mon critérium de responsabilité. Je vais le lui dire. Pour moi, un homme commence à être malade dès qu'il vient à différer de lui-même, et il est tout-à-fait aliéné, dès qu'il est devenu incapable de gouverner les opérations de son esprit. Avec ce caractère distinctif et cette règle de conduite, je conclus à la responsabilité proportionnelle et à l'irresponsabilité. Je laisse, au contraire, tomber sous le coup de la loi le prévenu qui me paraît posséder l'intelligence, la mémoire, la raison et la volonté à un degré suffisant, pour que l'acte incriminé ait été un acte libre et conscient.

La Cour de cassation, à la date du 8 brumaire an XIII, a rendu l'arrêt suivant : « Chez les épileptiques, la liberté morale est totalement suspendue pendant les attaques : un épileptique qui commet un homicide pendant un accès de sa maladie, n'a pas eu d'intention criminelle, et ne peut par conséquent encourir de responsabilité. »

J'avais souri autrefois, en lisant cet arrêt étrange, mais quelle n'a pas été ma surprise en entendant M. l'avocat-général Manuel et M. Demange, avocat distingué, soumettre à la Société de médecine légale une proposition analogue. Ces honorables jurisconsultes ignoraient évidemment que la plus longue des attaques convulsives d'épilepsie n'a jamais dépassé 140 ou 145 secondes, et que l'épileptique, pendant sa crise, n'a jamais été un péril que pour lui-même. En fait d'actes dommageables pour autrui, c'est à peine s'il a cassé un carreau. Le malade, pendant sa période convulsive, est absolument insensible. Faites-lui respirer du gaz ammoniac, il ne le sentira pas. Entr'ouvre-t-il les paupières, approchez la plus vive lumière et l'œil n'en sera point affecté. Tirez un coup de pistolet le plus près possible de son oreille et il ne l'entendra pas. C'est qu'en effet, il vit en dehors du monde extérieur. A quoi bon l'innocenter alors de crimes qu'il n'a point commis et qu'il ne commettra jamais ?

Un épileptique étant donné, le médecin légiste doit procéder absolument comme s'il avait sous les yeux un cas d'affection mentale et juger d'après l'ensemble des symptômes et non d'après un seul : il faut qu'il retrouve en quelque sorte, dans l'espèce qui est soumise à son examen, le tableau général de la maladie. Il ne le retrouvera qu'à la condition de puiser aux trois sources que voici :

1° Il s'appuiera sur les caractères et la marche des accès de délire, dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'épilepsie. Ainsi il constatera que le délire s'est produit sous forme de crises survenues sans convulsions, sans accès incomplets, et sans vertiges, ou bien en rapport direct avec ces symptômes physiques ; que ces crises ont été relativement courtes ; qu'elles ont eu une invasion et une cessation rapide ; enfin qu'elles se sont reproduites à intervalles plus ou moins rapprochés dans la vie antérieure du malade ou bien dans la prison ;

2° Il se fondera sur les caractères physiques et moraux des crises, et qui consistent principalement dans le vague et dans l'obtusion des idées, la production d'impulsions violentes et instantanées, le besoin de marcher sans but, de frapper ou de briser sans motif, et la confusion extrême des souvenirs après la disparition du délire ;

3° Enfin, il se basera sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces crises délirantes, caractères que l'on peut résumer en disant que ces actes sont violents, automatiques, instantanés et non motivés.

Telle est la triple base clinique, plusieurs fois développée déjà par J. Falret ou par moi, sur laquelle doit s'appuyer le médecin légiste. Il trouvera alors dans ses aptitudes spéciales le moyen d'éclairer la justice dans certaines situations émouvantes ou perplexes. A ce procédé si simple et si sûr à la fois, on trouve cet avantage, c'est que le médecin légiste sépare du groupe si vague et si mal défini des folies transitoires, folies instantanées ou folies des actes, admises jusqu'à présent dans les ouvrages de médecine légale, une catégorie bien distincte de faits ayant des caractères particuliers et décrits à l'avance d'après des observations prises dans des conditions où les malades n'avaient aucun intérêt à simuler ou à dissimuler la folie.

En résumé :

1° Les actes accomplis par les épileptiques demeurent discutables ;

2° Lorsqu'un prévenu est épileptique, il y a toujours lieu de rechercher quel pouvait être son état mental au temps de l'action ;

A. — Si ce prévenu était sain d'esprit, il est responsable.

B. — Si son entendement était partiellement lésé, il doit jouir des bénéfices d'une pénalité atténuée et proportionnelle en quelque sorte au degré de résistance morale qui a pu être opposé.

C. — S'il était aliéné, il est irresponsable.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

IV

D'après le récit que je viens de faire, ne pouvait-on pas supposer avec quelques apparences de raison, qu'il s'agissait, non pas d'un chancre syphilitique, mais bien d'un *chancre*

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 mars.

simple compliqué d'abcès lymphatique et d'adénopathie de nature virulente comme lui. Eh bien ce diagnostic qui s'offrit le premier à ma pensée, était inexact et il ne résista pas longtemps à un examen approfondi de la lésion et de ses conséquences. Il s'agissait là d'une lésion non virulente du prépuce et des aines.

Voici quel était l'état de ce malade, le 3 mars (43e jour de l'affection génitale). La cavité préputiale était remplie d'un pus épais et de couleur chocolat clair, qui fluait abondamment par une ouverture ulcéreuse, de 3 millimètres de diamètre, située à 1 centimètre au-dessus de la rainure. Les bords de cette ouverture étaient taillés à pic, mais sans apparence pultacée et phagédénique. En sondant cette ouverture avec un stylet, on en faisait pénétrer la pointe dans une cavité de 1 centimètre et demi de diamètre, régulièrement circulaire et située immédiatement au-dessous de la muqueuse. Les parties voisines étaient rouges et un peu empâtées. On voyait deux ou trois petites érosions à la surface de l'abcès; l'une d'elles était percée d'un pertuis imperceptible par lequel on faisait sortir du pus mélangé de bulles d'air, en pressant dans divers sens les parois de la cavité. L'érosion primitive, origine de tout le mal, s'était cicatrisée sans laisser aucune trace. J'inoculai, avec toutes les précautions voulues, le pus qui sortait de l'abcès. Avant de connaître le résultat de cette inoculation, je déclarai nettement que cette affection n'était point virulente; qu'il s'agissait là non pas d'un abcès lymphatique chancreux, mais d'un abcès simplement inflammatoire consécutif sans doute à une irritation mécanique trop longtemps prolongée, et ayant certainement pour cause une cause commune et nullement une cause spécifique.

La paroi de l'abcès était un peu épaissie et indurée. Peut-être est-ce cette circonstance qui en avait imposé pour un chancre infectant, et qui avait déterminé le médecin que le malade avait consulté quelques jours auparavant à instituer un traitement hydrargyrique. Le processus de la lésion, sa physionomie, ses complications différaient tellement de ce qu'on observe dans l'accident primitif de la syphilis, que je ne m'arrêtai pas une minute à cette hypothèse.

Quelles étaient ces complications? Deux larges bubons, un dans chaque aine. Ils avaient les mêmes dimensions et dataient de la même époque. La peau qui les recouvrait était amincie et d'un rouge violâtre. Autour d'eux régnait une vaste zone d'empâtement, qui se perdait dans les tissus circonvoisins. Ces bubons ne présentaient pas d'homogénéité, malgré leur aspect régulièrement ovalaire ; on sentait, en effet, par la palpation, que certaines parties restaient dures, tandis que d'autres s'étaient ramollies. Il y avait dans leur épaisseur deux ou trois foyers de fluctuation. L'un de ces foyers s'était spontanément ouvert à gauche, et laissait écouler par un très-petit orifice, qui restait imperceptible et se fermait quelquefois, une abondante sérosité d'un jaune roussâtre. J'ouvris avec le bistouri les foyers qui étaient encore intacts, et il en sortit soit de la sérosité semblable à la précédente, soit du pus clair et grumeleux. Le pus et la sérosité furent inoculés séparément et avec les mêmes précautions que le pus de l'abcès préputial.

Malgré des apparences superficielles qui auraient pu en imposer pour des bubons virulents, je restai convaincu, après mon examen, que ces adénopathies étaient de nature strumeuse. Je me fondai sur les caractères suivants : 1° la lenteur de leur processus; 2° l'étendue et la profondeur de la sphère d'empâtement périphérique; 3° la multiplicité des foyers de ramollissement; 4° la nature du liquide qu'ils contenaient; 5° l'absence, au bout de cinq ou six jours de tout travail ulcératif dans la petite ouverture spontanée qui s'était faite sur l'un d'eux.

Voici donc une petite lésion accidentelle qui, entretenue, irritée et aggravée par l'action mécanique du coït, et aussi par un mauvais régime, le manque de soins de propreté et des excès de boissons que le malade avouait, a provoqué sur le prépuce la formation d'un abcès. Malgré ses airs suspects, l'affection génitale était franchement inflammatoire. Néanmoins, elle a fait naître dans les deux aines de vastes adénopathies suppurées, n'ayant pas plus de virulence que le foyer primitif.

Seulement ces complications, quoique procédant d'une cause accidentelle, ont été et sont devenues strumeuses. Le processus, après avoir débuté par une action inflammatoire commune sur la verge, s'est transformé dans la région inguinale en une action spéciale qui porte l'empreinte constitutionnelle de la scrofule. Le malade n'avait eu pourtant jusqu'à ce moment aucune manifestation ancienne ou récente de cette maladie; elle était restée chez lui latente et à l'état de prédisposition. S'en tiendra-t-elle à cette adénopathie plus ennuyeuse que grave?

Le 5 mars, j'ouvris largement l'abcès et j'excisai une partie de sa paroi antérieure. Je convertis ainsi sa cavité en une grande ulcération à jour, que je fis panser simplement avec du vin aromatique. Quant aux bubons, je prescrivis d'y faire des injections à grande eau, puis une injection de teinture d'iode chaque jour.

Le 7 mars, il était certain que les trois inoculations faites sur l'abdomen avec le pus de l'abcès et celui des bubons avaient avorté. Elles dataient de cinq jours et il ne s'est formé aucune pustule. Les piqûres étaient sèches, et la petite rougeur qui les entourait les premiers jours avait disparu.

Ainsi, mon diagnostic se trouva confirmé : c'était bien un abcès simple, inflammatoire, de cause commune, sans aucune spécificité ni virulence qui s'était développé sur le prépuce, et qui avait suscité dans les deux aines une double adénopathie de nature strumeuse.

Le 16 mars, la cavité de l'abcès préputial était à moitié comblée par des bourgeons charnus de bonne nature; la cicatrisation commençait à se faire sur les bords et on pouvait regarder la guérison comme prochaine et certaine, quoique les pansements n'eussent été faits qu'avec de la charpie légèrement humectée d'eau. Quant aux deux bubons strumeux, ils se sont affaissés, mais ils jettent encore beaucoup de sérosité sanguinolente et de pus grumeleux, et il est à craindre qu'ils ne se ferment pas de sitôt et qu'ils restent longtemps fistuleux.

— Pour bien faire saisir et mettre dans tout leur jour les analogies et les différences qui existent entre certaines lésions spécifiques des organes génitaux et celles qui sont d'origine commune et sans virulence, je vais rapporter un fait que le hasard de la clinique m'a fait observer en même temps que celui qu'on vient de lire. Tout en faisant des réserves sur la nature de la lésion, je crus d'abord qu'il s'agissait d'une folliculite et d'un abcès non spécifique du prépuce; mais le processus virulent se démasqua bien vite et ne me laissa aucun doute sur l'existence d'un petit chancre simple, compliqué de quatre petits abcès balano-préputiaux et d'un abcès de la base de la verge, tous virulents et chancreux. Au début, l'aspect de la lésion génitale était le même que dans le cas précédent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de M. le docteur Michel (de Chaumont), relative à l'origine fécale de la fièvre typhoïde (comm. des épidémies).

PRÉSENTATIONS

M. Roger, au nom de M. Barthey, présente une brochure intitulée : *Hygiène oculaire à l'école primaire.*

M. Jules Guérin, au nom de M. le docteur Abeille, présente un volume intitulé : *Traitement des maladies chroniques de l'utérus.*

RAPPORTS

M. Bouchardat au nom de la commission des eaux minérales lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Gosselin au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Broca, Colin et Gosselin, rapporteur, lit un rapport sur deux communications, l'une de MM. Proust et Terrillon, l'autre de M. Lucas-Championnière, relatives à la trépanation pour des lésions pariétales gauches du crâne ayant entraîné des phénomènes d'hémiplégie droite et d'aphasie. (Voir le Premier-Paris.)

LECTURE

Théorie de la glycémie diabétique. — M. Fleury lit un travail intitulé : théorie dynamo-chimique de la glycémie diabétique. En résumé, dit en terminant M. Fleury, la théorie, ou mieux, la doctrine que j'ai l'honneur de vous soumettre se ramène à ceci :

La pathogénie du diabète sucré (glycémie continue) relève de deux ordres de causes, l'un physiologique, l'autre chimique.

La cause physiologique, quelle que soit d'ailleurs la variété de la lésion, réside dans un trouble fonctionnel de l'innervation générale. Ce trouble se traduit par une parésie vaso-motrice, entraînant dans les capillaires un passage trop facile du sang artériel. Par suite de ce relâchement vasculaire, le conflit entre l'oxygène et le carbone n'a pas lieu, ou n'a lieu qu'imparfaitement ; l'oxydation des globules est entravée. L'oxygène non utilisé, par défaut de polarisation de son ozone, se constitue avec l'eau du sang, en peroxyde d'hydrogène (HO^2). Cette eau oxygénée au lieu de se détruire incessamment, ainsi qu'il advient à l'état normal, quand les parois capillaires n'ont rien perdu de leur énergie contractile et de leur tonicité, se fixe dans le sang et leur communique la propriété catalytique, attribuée aux ferments.

Toute lésion organique ou fonctionnelle du pneumo-gastrique entraînant une hypersthénie de cet appareil nerveux, et secondairement, une hyposthénie du sympathique et de ses filets vaso-moteurs, toute hyposthénie vasculaire, due à une lésion directe des filets nerveux sympathiques, sont aptes à empêcher les combustions intra-organiques, les oxydations des globules dans ces capillaires, à entraver la formation de l'acide carbonique et à substituer dans les veines au sang franchement veineux et brun, un sang mixte artérioveineux et charriant du peroxyde d'hydrogène.

La cause chimique de la génésie du glucose chez le diabétique, en tant qu'il s'agit de sang formé au détriment des fécules et des amylacés de la première digestion, est la mise à nu, par dédoublement, d'un principe sulfuré. Ce principe est formé dans la salive par le sulfocyanure de potassium ; dans la bile par le taurocholate de soude.

A l'état normal, le dédoublement du sulfocyanure de potassium et du taurocholate de soude, ne donne lieu qu'à une production modérée de sucre. Mais la salive, comme la bile du diabétique sécrétées au détriment d'un sang additionné d'eau oxygénée, empruntent à ce peroxyde d'hydrogène un pouvoir de conversion catalytique qui s'explique bien si l'on considère qu'à une température qui ne dépasse pas celle de l'estomac, et en contact avec les fécules, tout principe sulfuré pour qu'il soit franchement acide convertit la fécule en sucre de dextrine.

En ce qui concerne le sucre généré par les diabétiques, au détriment des substances azotées, des albuminoïdes le seul fait de la diminution des combustions et des oxydations dans les milieux intérieurs, par suite de non utilisation d'une partie de l'oxygène et du carbone, peut suffire à en fournir l'explication.

La preuve que la bile fournit des éléments de première importance pour la constitution du sucre dans l'intestin, c'est qu'on ne peut lier le canal cholédoque sans supprimer aussitôt dans le foie l'emmagasinement du glycogène.

La preuve que cet élément est le principe soufré et que ce principe soufré mis instantanément à nu en présence des féculants, acidifié par l'eau oxygénée que le sang des diabétiques passe à ses secrétions, agit sans cesse, c'est que nous voyons partout le soufre requis dans l'organisme du glycosurique pour le service de l'œuvre catalytique. (Le travail de M. Fleury est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Claude Bernard, Laboulbène et Villemin).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre de la section de pharmacie en remplacement de M. Gobley.

Les candidats portés sur la liste de présentation sont MM. Planchon, Riche, Bourgoin et Méhu.

Sur 63 votants, au premier tour de scrutin, M. Planchon obtient 54 suffrages, M. Riche 5, M. Bourgoin et M. Méhu chacun 2.

En conséquence, M. Planchon ayant réuni la majorité des suffrages est déclaré élu.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 31 mars 1877, des concours seront ouverts à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes ;

Le 3 septembre 1877, pour un emploi de chef des travaux anatomiques ;

Le 2 octobre 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement.

Le registre des inscriptions sera clos avant l'ouverture desdits concours.

— Les cours du semestre d'été commenceront au Collége de France le lundi 9 avril. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Médecine. — M. Cl. Bernard traitera de l'expérimentation physiologique les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures et demie.

M. Marey traitera de la méthode graphique dans les sciences naturelles les mardis et samedis, à deux heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. Balbiani traitera de la génération et du développement des vertèbres, les mardis et samedis, à une heure et demie.

Anatomie générale. — M. Ranvier traitera de l'histologie du système nerveux en général, à trois heures et demie.

— Le concours de l'internat en pharmacie vient de se terminer par la nomination de :

MM. 1 Thomas (Charles), 2 Kuenemann, 3 Schmidt, 4 Leidié, 5 Gaillard, 6 Morellet, 7 Durieu, 8 Serée, 9 Decaix, 10 Mailfait.

11 Nicolas, 12 Favrichon, 13 Blanc, 14 Debœuf, 15 Lachartre, 16 Sourdel, 17 Sauzéat, 18 Brossard, 19 Lafont, 20 Teulon.

21 Fourcy, 22 Bottmer, 23 Bonfait, 24 Badin, 25 Langlois, 26 Heydenreich, 27 Abadie, 28 Tourneux, 29 Decagny.

Élèves désignés par le jury, pour remplacer, *en cas de besoin*, les internes titulaires :

MM. 1 Nodet, 2 Thomas (Jean), 3 Plisson, 4 Rol, 5 Danjou, 6 Truel, 7 Esparbès, 8 Cantrelle, 9 Würlin, 10 Legrand, 11 Guédeney, 12 Blanpain, 13 Buttner, 14 Bouzigues, 15 Gamel, 16 Claverin.

— M. le docteur Charles Bernardin, qui s'était très-distingué pendant le siége de Paris, vient de succomber à l'âge de quarante-neuf ans. Fils d'un médecin qui a laissé les meilleurs souvenirs à Paris, M. le docteur Charles Bernardin est vivement regretté par les nombreux amis que lui avait créés son dévouement professionnel.

— Nous recevons la nouvelle de la mort de M. le docteur Auguste Durand (de Lunel), ancien médecin principal de première classe, officier de la Légion d'honneur, auteur de plusieurs ouvrages, entre autres d'un *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes,* très-estimé, et de plusieurs essais de physiologie et de physique générale. M. Durand (de Lunel) est décédé à Vichy, où il était retiré depuis qu'il avait cessé d'être en service actif.

— *Maladies des enfants.* — M. Bouchut commencera le cours d'été à l'hôpital des Enfants-Malades le mardi 10 avril, à huit heures et demie, et le continuera les mardis suivants.

La séance se terminera par des expériences d'ophthalmoscopie médicale à l'aide de l'éclairage oxhydrique.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences sur les affections de la peau, le mercredi 11 et samedi 14 avril 1877.

Le mercredi, à neuf heures, clinique dermatologique, salles Saint-Thomas et Saint-Léon. — Le samedi, à neuf heures, cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon). — Le lundi, à huit heures et demie, consultation externe.

— Le trimestre d'été des cours cliniques de l'asile Saint-Anne s'ouvrira le dimanche 8 avril, à neuf heures et demie du matin, et les dimanches suivants, à la même heure. M. le docteur Prosper Lucas les fera le mois d'avril; M. le docteur Dagonet, le mois de mai; M. le docteur Bouchereau, le mois de juin.

— M. le docteur Carré a recommencé ses conférences sur les maladies des yeux, à sa clinique, rue Gît-le-Cœur, 11 (près la place Saint-Michel), et les continuera les mercredis et samedis.

Examen des malades tous les jours, de deux à quatre heures.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 40. — SAMEDI 7 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 7 AVRIL 1877. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Épidémies de fièvre typhoïde.

L'enquête sur les épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné d'une manière si générale en France, dans le cours des six derniers mois, et qui ne sont pas encore complètement éteintes partout, se continue de tous côtés et est loin probablement encore d'arriver à son terme. Dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Guéneau de Mussy a présenté un mémoire de M. le docteur Aroy, chirurgien-major, sur l'épidémie qui a sévi dans la garnison du château de Brest pendant l'hiver de 1876-1877. Cette épidémie paraît avoir été particulièrement sévère ; sur trois cent soixante hommes qui composaient la garnison du château, cent vingt ont été atteints. La mortalité a été de 28 pour 100. Les deux cinquièmes des malades ont succombé dans le premier septénaire et trois d'entre eux dans les quatre premiers jours de la maladie.

M. Aroy s'est préoccupé surtout, dans l'étude de cette épidémie, des recherches étiologiques, qui sont, comme on le sait, à l'ordre du jour. Voici les faits principaux qu'il a relevés, et qui pourraient être plutôt, comme on va le voir, à l'actif des influences attribuées aux accumulations de matières fécales. Les bâtiments destinés aux troupes dans le château de Brest surplombent un rocher dont la base n'est baignée par la mer que dans les hautes marées, et en est séparée habituellement par une plage couverte d'immondices. Les vidanges du fort tombent sur ce rocher et y rencontrent, de distance en distance, des terre-pleins qui forment cuvettes, où les matières s'arrêtent, s'accumulent, et d'où leur trop-plein s'écoule en cascades jusqu'à la grève. De ces dépôts qui fermentent sous le soleil, s'exhalent des émanations fétides qui sont poussées vers la caserne quand le vent souffle de l'ouest ou du sud-ouest.

Les conditions météorologiques n'avaient présenté d'autres circonstances remarquables que la douceur de la température, l'abondance des pluies et la persistance des vents d'ouest et de sud-ouest. C'est à ces deux dernières circonstances que M. Aroy attribue une grande part d'influence accessoire ou indirecte sur la production de l'épidémie. Voici comment : d'une part, ces pluies continuelles obligeaient les hommes à rester enfermés. D'autre part, les vents d'ouest et de sud-ouest, à la persistance desquels ces pluies étaient dues, poussaient vers les casernes les exhalaisons des vidanges. Ce qui tendrait à corroborer cette interprétation, c'est que tout un segment de la ville placé sous le vent de la caserne, et situé dans la même orientation, a été également maltraité par l'épidémie.

M. Aroy termine sa communication par une remarque qui donne à ce fait sa valeur purement relative. Pendant une longue série d'années, dit-il, l'état sanitaire des troupes occupant le château de Brest est resté bon, au milieu des épidémies qui sévissaient dans la ville et dans d'autres casernes, bien que les conditions qui viennent d'être exposées fussent les mêmes. D'où il est amené à conclure très-judicieusement que ces conditions n'auraient pas suffi par elles-mêmes pour produire l'épidémie en question et qu'elles n'en ont été que des agents auxiliaires et disséminateurs ; — conclusion, ou tout au moins réserve, très-sage et à laquelle nous adhérons pleinement pour notre part.

— Nous trouvons d'autre part, dans le cahier d'avril des *Archives générales de médecine* la relation rétrospective de l'épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi (en 1873) à Courbevoie sur le 102e de ligne, par M. le docteur L. Régnier, médecin-major. Cette relation, à laquelle les circonstances actuelles donnent un intérêt tout particulier, renferme sur les caractères, les formes et la marche de la maladie, des renseignements très-détaillés et très-instructifs ; mais nous ne voulons en retenir pour le moment, que ce qui est relatif aux conditions étiologiques. Cette relation, à ce point de vue, se résume ainsi :

Une épidémie de fièvre typhoïde éclate brusquement avec une grande violence sur les hommes du 102e de ligne, sans qu'elle ait été annoncée par aucun signe précurseur dans la constitution médicale. En juillet, l'état sanitaire du régiment était très-satisfaisant. En août, trois cent quatorze hommes avaient été plus ou moins gravement atteints. L'étude des influences exercées par les conditions météorologiques, par l'eau, les aliments, les exercices, l'encombrement, montre que toutes ces conditions sont étrangères au développement de l'épidémie. Restait à étudier les influences locales ; c'est ce qu'a fait M. Régnier, et voici quelles sont les circonstances qui lui ont paru être les sources de l'infection : d'une part, la cour de la caserne, dont le sol remué à plusieurs mètres de profondeur avait été comblé avec des terres imprégnées des détritus de la caserne ; le caniveau situé devant l'un des bâtiments renfermant une boue noirâtre, provenant du mélange des eaux de savon et des eaux de cuisine ; sur plusieurs points, les fumiers augmentés de détritus de toute nature ; les détritus des

cuisines entassés et répandant des odeurs fétides ; enfin, d'autre part, les latrines à fosses mobiles dégageant pendant l'été des odeurs ammoniacales tellement violentes, qu'on ne pouvait ouvrir les fenêtres sans que l'odeur imprégnât les chambres, et donnant lieu à des infiltrations d'urine dans le sol qu'aucun désinfectant ne pouvait décentraliser, et l'égout collecteur présentant des vices de construction tels, que sur divers points les eaux de cuisine, les eaux savonneuses s'en échappaient et formaient dans le grand fossé des flaques d'eaux boueuses et fétides. Ce sont les émanations méphitiques, provenant de ces diverses sources et agissant jour et nuit, qui, dans l'opinion de M. Régnier, avaient dû largement contribuer à développer l'épidémie. Notre confrère a cru en voir la contre-preuve dans ce fait, que la désinfection du fossé par le chlorure de chaux et par la chaux vive a paru avoir pour effet immédiat, une diminution très-sensible dans le chiffre des malades ou dans la disparition des cas graves.

Nous ferons à l'égard de cette détermination étiologique, les mêmes réserves que nous avons faites à l'égard des faits constatés dans la relation de M. le docteur Aroy, et que M. Aroy a d'ailleurs si sagement faites lui-même, savoir que ce sont là des causes qui ont pu donner une impulsion et imprimer une gravité particulière à l'épidémie, mais qu'il est douteux qu'elles aient suffi pour la faire naître, d'autant que ces mêmes conditions existaient très-probablement déjà, depuis plus ou moins longtemps avant son explosion. Ces faits n'en méritent pas moins d'être pris en très-grande considération, dans la question qui nous occupe.

De la fièvre typhoïde à rechutes.

Nous avons exposé, dans la dernière Revue, les faits principaux qui ressortent de l'étude à laquelle M. A. Guyard s'est livré sur la question pratique de la rechute de la fièvre typhoïde, nous réservant de revenir sur cette question à propos d'une leçon professée sur le même sujet par M. Maurice Raynaud à l'hôpital Lariboisière.

M. Maurice Raynaud a fait porter son analyse sur un total d'une quarantaine de faits, dont une douzaine ont été observés par lui-même et les autres ont été empruntés aux observations consignées dans les travaux de M. Michel et de Murchison.

D'après l'analyse de ces faits, la durée de la première atteinte varierait entre vingt et trente-sept jours. La défervescence, comme on le sait, a lieu par une série d'oscillations quotidiennes et descendantes jusqu'à ce que la température soit revenue au chiffre normal de 37 degrés, moment où commence la convalescence, dont la durée ordinaire est de huit à quinze jours. La rechute ne diffère pas par son début et sa symptomatologie de la première atteinte de la fièvre typhoïde. Les différences ne commencent et ne deviennent sensibles que pour la marche et la durée. La marche est plus rapide, la température s'élève plus promptement à ses degrés maxima. M. Raynaud a constaté, comme caractères propres à la rechute, une tendance au dicrotisme du pouls, qui est beaucoup plus marqué que dans la première atteinte, et une hypertrophie plus considérable de la rate, enfin une plus grande confluence des taches rosées lenticulaires. Enfin, c'est surtout la plus grande rapidité des périodes et la durée totale moindre qui caractérisent la rechute, comme nous l'avons vu précédemment constaté dans le travail de M. Guyard.

On a signalé quelques cas très-exceptionnels de deuxième rechute. Il en est cité un exemple dans la clinique de Trousseau. M. Maurice Raynaud en a observé un dans son service. — En voici la relation abrégée. C'est ce fait surtout qui nous a paru plus particulièrement intéressant dans la leçon de M. Raynaud.

Une jeune fille, âgée de vingt ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 16 juillet, au huitième jour environ d'une fièvre typhoïde, qui suit son cours normal. Elle entre en convalescence le 6 août. Du 12 au 16, il se fait une première rechute bien caractérisée, et dont les symptômes n'ont pas été moins nettement accusés que dans la première atteinte. Nouvelle convalescence, quand, le 1er septembre, au moment où tout semblait annoncer une prompte guérison, une deuxième rechute survient, avec élévation de la température, épistaxis, douleur de tête, ballonnement du ventre, taches lenticulaires quelques jours après, et l'état s'aggravant les jours suivants, la malade meurt le 19 septembre.

Ce dernier fait, déjà très-curieux par lui-même, fournit un élément important pour la solution de la question de savoir si, dans la rechute de la fièvre typhoïde, il se fait une nouvelle évolution des plaques de Peyer, comme il se fait une évolution nouvelle de tout l'ensemble symptomatique de la maladie. Cette reproduction de la lésion intestinale a été contestée, mais aujourd'hui elle est admise généralement d'après des observations concluantes. M. Raynaud a eu l'occasion d'en constater la réalité pour les deux rechutes dans le fait que nous venons de rapporter. L'autopsie lui a révélé, en effet, trois sortes de lésions : 1° des plaques manifestement récentes, datant des derniers jours ; 2° des plaques cicatrisées, qui étaient évidemment le fait de la première atteinte, et 3° enfin, des plaques d'une date intermédiaire, qui remontaient à la deuxième évolution. Il a constaté, en outre, l'existence d'une plaque en voie de cicatrisation, au milieu de laquelle on voyait une ulcération récente ; ce qui semblerait prouver que l'évolution de la lésion et sa cicatrisation ultérieure n'empêchent nullement une nouvelle évolution *in situ*, la cicatrisation déjà ancienne et l'ulcération récente ne s'excluant pas l'une l'autre, comme on l'avait cru jusque-là. D'où cette conclusion : qu'il y a rechute non-seulement quant aux symptômes, mais rechute également quant à la lésion, en un mot, qu'il s'agit bien dans les rechutes d'une nouvelle évolution tant interne qu'externe de la même maladie.

M. Maurice Raynaud pousse plus loin les déductions de ce fait, et il se demande si ces cas de rechute dans une maladie unanimement regardée, à bon droit, comme le type des fièvres continues, au lieu d'être considérés comme des accidents extraordinaires et insolites de la fièvre typhoïde, ne devraient pas plutôt donner l'idée d'une maladie très-voisine sans doute, mais autre, en réalité, que notre fièvre typhoïde commune ; en d'autres termes, si l'on n'a pas eu affaire dans ces circonstances, non à des rechutes de la fièvre typhoïde, mais à des cas de *fièvre typhoïde à rechutes*, ou à ce genre d'affection très-rare chez nous, mais beaucoup plus commune en Angleterre et en Allemagne, où elle a reçu les noms spéciaux de *relapsing fever* et de *recurriende fieber*? M. Raynaud n'accepte pas cette dernière interprétation, et il se fonde en cela sur les différences fondamentales qui séparent le *relapsing fever* de la fièvre typhoïde, malgré les analogies qui les rattachent en réalité à un grand groupe commun. Pour lui, ces cas de fièvre typhoïde à rechute, qui semblent se multiplier depuis quelque temps autour de nous, et que nos devanciers n'avaient point signalés parce qu'ils ne s'étaient pas produits sous leurs yeux, ne doivent pas être détachés de notre fièvre typhoïde, ils n'en seraient qu'une de ces modifications, qu'un de ces changements d'allure que l'on voit survenir de loin en loin dans les caractères et dans la marche d'une maladie déterminée, sous l'influence de cons-

titutions médicales spéciales, dont on ne peut que constater les effets sans en pénétrer ni les causes ni la nature.

Drainage de l'œil.

Dans notre Revue du 3 mars, à propos d'un cas de décollement de la rétine, du service de M. Trélat à la Charité, nous avons signalé seulement en passant, comme l'un des moyens récemment préconisés pour remédier à cette grave lésion, le drainage oculaire. C'est de cette opération nouvelle que nous désirons entretenir un instant aujourd'hui nos lecteurs.

Dans un relevé statistique des opérations pratiquées par M. le docteur de Wecker, pendant l'année 1875, publié en 1876 par son chef de clinique M. Masselon, nous lisons, sous le titre d'appendice, ce qui suit : « L'emploi de l'anse à filtration est un nouveau mode de traitement que M. de Vecker a récemment mis en usage dans les cas où il était indiqué d'obtenir une filtration lente de liquide à travers les membranes enveloppantes de l'œil (hydrophthalmie, staphylôme, décollement de la rétine, glaucome, etc)... Les résultats obtenus jusqu'à présent à la clinique nous paraissent de nature à faire supposer que ce moyen opératoire est appelé à jouer un certain rôle dans la chirurgie oculaire. » Ce passage avait déjà frappé notre attention, mais n'ayant pas devers nous de faits à citer, nous nous étions abstenu d'en parler. L'occasion nous en est fournie aujourd'hui par le travail de l'une des élèves les plus assidues de M. de Wecker, Mme Stéphane Ribard, travail qui a pour titre : *Du drainage de l'œil dans les différentes affections de cet organe et particulièrement dans le décollement de la rétine* (1). Ce sujet et ce titre nous ont d'autant plus séduit que la *Gazette des Hôpitaux*, ainsi que ses plus anciens lecteurs peuvent s'en souvenir, n'a pas été pour peu, au moins comme promotrice, dans le succès et le retentissement qu'a eu dès son origine la méthode générale du drainage chirurgical.

Ayant plus particulièrement dirigé ses études du côté des maladies des femmes et des enfants, Mme Ribard n'a pas tardé à reconnaître quelle part importante revenait à l'organe de la vision dans la pathologie infantile, d'où l'assiduité avec laquelle elle s'est mise à étudier les maladies des yeux, et les observations qu'elle a été à même de faire à la clinique de M. de Wecker sur le sujet qui nous occupe. Nous allons emprunter à son travail la description du procédé et l'exposé de quelques-unes des applications dont elle a été témoin.

Disons d'abord un mot des indications qui ont conduit à la conception de cette opération.

Partant des notions acquises sur le mécanisme de la filtration des liquides de l'œil à l'état anormal, M. de Wecker est arrivé à démontrer que l'iridectomie appliquée heureusement au groupe d'affections de l'œil caractérisées par une augmentation de tension dans la pression intra-oculaire, agit surtout par l'établissement d'une cicatrice à filtration permettant l'écoulement de l'humeur aqueuse. Mais comme l'iridectomie ne suffit pas toujours à atteindre ce but, notamment dans certains cas où il y a indication de provoquer seulement une filtration de liquide et de s'opposer à son renouvellement, comme dans les décollements de la rétine, par exemple, cet habile oculiste a imaginé pour ce cas particulier d'appliquer à l'œil le *drainage*, méthode qui paraît avoir, entre autres avantages, celui de s'appliquer sur tel point que l'on désire, et précisément à l'endroit où il est indiqué d'obtenir la filtration.

Le procédé consiste dans l'introduction d'un fil d'or vierge à travers les membranes de l'œil ou de la cornée, ou à l'union de cette dernière avec les autres membranes de l'œil, ou enfin à travers la sclérotique et la choroïde seulement, s'il s'agit de vider la poche placée derrière un décollement de la rétine et de s'opposer à ce qu'elle se remplisse de nouveau (ce qui est le cas qui nous occupe ici).

L'instrument dont on se sert est un porte-fil, consistant dans une aiguille creuse, de courbure variable, au moyen de laquelle le fil est introduit dans l'œil.

Le fil d'or vierge dont on se sert a l'avantage de ne pas se laisser attaquer par les liquides.

Au moment de la ponction des membranes pour l'application du fil, l'humeur aqueuse est évacuée, si on le place dans la chambre antérieure ; la poche se vide si on fait la ponction du décollement rétinien, puis la filtration s'établit le long du fil qui, recourbé sur lui-même, prend la forme d'une anse.

L'anse à filtration, est fermée de la manière suivante : une pince à ressort, sert à réunir les deux portions du fil qui sont situées en dehors du globe ; elle est appliquée très-près de l'œil, puis on saisit les deux extrémités libres du fil avec une pince à verroux, et on lui communique un mouvement de rotation de façon à tordre le fil dans le sens vertical. Ce fil est ensuite enroulé sur lui-même, de manière à rendre les extrémités inoffensives pour la conjonctive.

L'œil paraît avoir une tolérance remarquable pour ces anses de fil d'or. Ce fil peut, en général, être conservé indéfiniment. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on s'est trouvé dans l'obligation de l'enlever, à cause des douleurs et de l'injection de l'œil. Aucun accident ne paraît avoir été constaté jusqu'ici dans les applications déjà nombreuses qui ont été faites de ce procédé.

Pour nous en tenir à l'objet seul qui nous intéresse en ce moment, l'application du drainage à la cure du décollement de la rétine, voici, d'après Mme Ribard, quels seraient les avantages que présente l'anse à fil d'or : évacuation du liquide accumulé, puis, filtration lente à mesure qu'il se reproduit ; réapplication de la rétine à la choroïde ; enfin recouvrement des fonctions.

Non-seulement l'anse à filtration, d'après le témoignage de Mme Ribard, a donné des résultats excellents et inespérés dans les décollements récents de la rétine ; mais les observations qu'elle a été à même de faire, la portent à espérer qu'on en pourra tirer encore de sérieux avantages dans les décollements anciens, c'est sur l'état de conservation des éléments rétiniens, démontrée par l'anatomie pathologique, qu'elle se fonde, pour admettre les chances de succès que pourra avoir l'opération dans ces conditons.

Sur sept cas de décollement de la rétine, traités par l'anse à filtration, qui sont rapportés dans ce travail, il en est deux où cette application a eu pour résultat immédiat une diminution passagère de la vision ; dans les cinq autres l'amélioration de la vision a été plus ou moins considérable et persistante.

Dr Brochin.

REVUE DE LA PRESSE

De la trépanation dans les inflammations profondes des os. — On a bien signalé l'incision des parties molles qui recouvrent les os, comme un moyen souvent efficace pour faire disparaître les douleurs intolérables, dont s'accompagnent les abcès osseux, on a bien vu même Langenbeck (de Berlin), employer avec succès la gouge et le maillet pour donner issue à une collection purulente qui s'était formée dans l'épaisseur du tibia, mais on n'avait jamais songé à pratiquer la trépanation dans les cas d'inflammations osseuses pro-

(1) Brochure in-8°, 1876, chez Asselin.

fondes. M. le docteur Laffan, de Cashel, (Irlande) aurait cependant, à plusieurs reprises, obtenu d'excellents résultats de cette pratique. A cet égard, l'un des cas les plus remarquables, est celui dont il adresse la relation à M. le docteur Fort.

Dans cette observation, il s'agit d'un homme de quarante ans, robuste, chez qui des douleurs extrêmement vives dans l'extrémité inférieure du fémur, un amaigrissement rapide, faisaient supposer, malgré l'absence de tout signe extérieur, l'existence d'une collection purulente. Les moyens ordinaires de traitement ayant échoué, l'application d'une couronne de trépan fut décidée. L'instrument pénétra dans le condyle externe en ligne parallèle à la rotule, mais au-dessus du point de réflexion de la membrane synoviale sur les cotés du fémur, on tailla librement dans les parties molles et l'instrument pénétra dans l'os. Le pus sortit alors par la plaie en quantité abondante, et à peine le foyer était-il évacué, que toute douleur avait disparu. — (*Paris méd.*)

Troubles de la sensibilité cutanée, dans un cas d'intoxication mercurielle. — La plupart des intoxications chroniques, s'accompagnent souvent de troubles de la sensibilité plus ou moins complète. Seul, l'empoisonnement par le mercure semblait s'écarter de la règle, car aucune observation d'anesthésie mercurielle, à notre connaissance du moins, n'a été publiée. Le cas suivant, observé dans le service de M. Frémy à l'Hôtel-Dieu, témoignerait cependant, qu'il pourrait ne pas toujours en être ainsi.

Un ouvrier miroitier, présentant des signes caractéristiques de l'intoxication mercurielle, aurait en effet présenté une diminution et même, en certaines régions du corps, une abolition complète de la sensibilité de la peau au toucher, à la douleur, à la température.

En effet, d'après M. Jean, interne du service et auteur de l'observation, l'anesthésie existait plus ou moins complète dans toute la moitié droite du corps et occupait certaines régions à gauche, telles que la partie interne et postérieure de la jambe et la moitié inférieure de la face antérieure de la cuisse de ce côté. D'autre part, la sensibilité à la chaleur était nulle aux deux jambes, à la cuisse droite, à la moitié droite du tronc, au bras et à l'avant-bras droit. Enfin, de l'analgésie existait dans les points où la sensibilité tactile et thermométrique était à peu près intacte.

Enfin les muqueuses et les organes des sens participaient aussi à cette sorte d'hémi-anesthésie droite. La langue, le palais, le pharynx, dit M. Jean, étaient insensibles au toucher ; le goût lui-même était très-diminué ; l'odorat était très-émoussé ; la conjonctive oculaire, complétement insensible à droite ; de ce côté encore, la vue était moins distincte et la pupille plus dilatée. Enfin, l'ouïe était conservée, mais le malade se plaignait d'élancements dans l'oreille droite.

Ces phénomènes, dont on ne saurait tirer aucune conclusion avant que de nouveaux faits aient été observés, auraient disparu après quelques jours de traitement par l'iodure de potassium et les bains sulfureux. — (*France méd.*).

Empoisonnement par la strychnine. — Les empoisonnements par la strychnine sont chose assez rare. Un cas de ce genre veint d'être observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Lancereaux.

Chez un garçon de pharmacie qui, après avoir par mégarde, avalé une pincée de 20 centigrammes environ de poudre de strychnine, fut pris de phénomènes convulsifs, qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. Celles-ci avaient le caractère de convulsions cloniques, revenant toutes les douze ou quinze secondes, avec des rémissions de deux ou trois minutes au plus. Elles s'accompagnaient de crampes dans les jambes, de céphalalgie, d'un sentiment de constriction au niveau de la poitrine. Les pupilles étaient dilatées ; le pouls à 100 environ.

On essaya de faire prendre au malade, de l'hydrate de chloral, mais il existait une contraction du pharynx telle que la déglutition était impossible ; enfin, malgré des injections réitérées de chlorhydrate de morphine, les machoires se contractèrent, les pupilles se dilatèrent de plus en plus et le cœur cessa de battre. La flagellation, la respiration artificielle furent impuissantes à ramener la vie.

L'autopsie ne présenta rien de particulier. Comme dans tous les cas de ce genre, on constata seulement une congestion considérable des divers organes : la moelle, le foie, les reins, les muqueuses de l'intestin, de la vessie, de l'estomac. Seule, l'analyse chimique aurait été plus concluante, car elle aurait montré très-nettement la présence de la strychnine dans les matières recueillies dans la cavité stomacale. — (*France méd.*)

Disposition anormale de l'hymen. — Un exemple très-remarquable de conformation de l'hymen, aurait été observé à l'hôpital de Lourcine ; chez une jeune fille qui, à la suite de nombreux et stériles efforts de coït, avait contracté un écoulement vulvo-vaginal, pour lequel elle était entrée dans le service de M. le docteur Cornil.

Au lieu de présenter une seule ouverture circulaire et médiane, l'hymen était divisé en deux orifices secondaires latéraux, par une bride médiane verticale. Celle-ci partant du bord inférieur de cette membrane au niveau de la fourchette et allant s'insérer en haut à son bord supérieur au-dessus de l'orifice uréthral, était suffisamment résistante pour rendre impossible toute tentative de coït.

La vulve examinée après l'excision de cette colonne membraneuse montrait en effet, que l'hymen était parfaitement conservé et intact, sans trace de déchirures. Enfin, la composition anatomique de cette bride charnue, constituée par une partie centrale fibro-vasculaire, recouverte d'une membrane muqueuse analogue à celle de la tunique qui revêt la face interne du vagin, prouvait dit M. Cornil, qu'il s'agissait bien d'une disposition anormale congénitale et non du résultat de déchirures consécutives à des tentatives de viol. — (*Journ. des con. méd.*)

Abcès périnéphrique consécutif à une blennorrhagie. — On n'a jamais cité la blennorrhagie parmi les causes susceptibles de déterminer les abcès périnéphriques, et Trousseau qui a résumé, dans ses leçons cliniques, les observations connues jusqu'en 1864, n'en fait nullement mention. M. le docteur Laforge en aurait cependant observé un exemple chez un jeune homme qui, à la suite d'excès vénériens dans le cours d'une gonorrhée, fut atteint de rétention d'urine absolue. Cet accident disparut bientôt après des cathétérismes répétés et l'application d'un traitement antiphlogistique, mais trois semaines après le début de son affection, il fut pris d'un état fébrile considérable et présenta une tuméfaction assez notable dans la région lombaire droite. On diagnostiqua l'existence d'un abcès, et une large incision donna issue à une abondante quantité de pus.

D'après M. Laforge, la cause de cet abcès serait due à la propagation de l'inflammation de l'urèthre et de la vessie au tissu cellulaire péritonéal, jusqu'à la région postérieure du rein, sous l'influence de diverses causes d'excitation locales, telles que la blennorrhagie, les injections irritantes, les excès vénériens, le cathétérisme répété, etc. Pour expliquer la rapidité de l'extension de l'inflammation de la vessie au rein, cet auteur incline à penser qu'elle est le fait d'une angioleucite, analogue, par exemple, à celle qui se produit à la suite de l'inflammation de la main par les abcès du creux de l'aisselle.

Quant à la localisation du foyer purulent à la région lombaire et non dans la cavité abdominale, elle tient, selon M. Laforge, à ce que les abcès périnéphriques ont leur siége en arrière du rein qui les séparent du péritoine. De ce point, le travail inflammatoire gagnant de proche en proche, arriverait ensuite jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané en dehors du carré des lombes, entre les limites du grand dorsal et du grand oblique. Quelquefois cependant en raison de la connexité du tissu cellulaire périnéphrique et de celui des fosses iliaques, le pus pourrait venir faire saillie à la région supérieure de la cuisse. Parfois encore il pourrait passer dans le petit bassin ou remonter dans la cavité pleurale ou même s'ouvrir dans le colon, dans la vessie, dans le vagin.

Enfin l'indication d'ouvrir ces abcès serait si formelle qu'il faudrait donner issue au pus, dès que l'existence de la collection purulente est reconnue, et alors même qu'elle est encore située dans l'épaisseur des tissus. — (*Rev. méd. de Toulouse.*)

Tœnia et chorée intense chez une enfant de treize ans. — M. le docteur Ed. Censier cite un cas dans lequel il aurait vu la cho-rée coïncider avec la présence d'un tœnia.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui présentait depuis quelque temps déjà des phénomènes choréiques extrêmement marqués et rebelles au traitement par le bromure de potassium, quand M. Censier remarqua dans les selles la présence de quelques anneaux de tœnia.

Après l'administration d'un vermifuge, suivie bientôt de l'expulsion du tœnia, la santé de cette enfant ne tarda pas à se rétablir, et au bout de deux mois, malgré l'intensité qu'ils avaient eue, les mouvements choréiques avaient tout à fait disparu. — (*Gaz. méd. chir. de Toulouse.*)

De l'hydrocéphalie dans les accouchements. — M. le professeur Depaul, dans une leçon faite à l'hôpital des Cliniques, trace ainsi la conduite que le chirurgien doit suivre en présence d'une femme à terme dont l'enfant est hydrocéphale.

Lorsque la tête est la première, on doit chercher à en amoindrir le volume pour en produire l'engagement, si celui-ci n'existe pas. Dans le cas contraire, on devra toujours le diminuer, en évacuant le liquide par une ponction. Celle-ci devra être faite avec un trocart très-fin, et ne pas être trop profonde afin d'éviter de blesser le cerveau. Ces précautions sont inutiles si l'enfant est mort dans la cavité utérine, ou si le volume de la tête est telle qu'il entraîne une vie misérable et de courte durée.

Lorsqu'on a affaire à une présentation pelvienne, le chirurgien devra tendre à atteindre les régions frontale et occipitale et y faire sa piqûre. Si l'enfant est mort, il évacuera le liquide par l'orbite ou la bouche.

Enfin dans les cas où la détroncation a eu lieu, et où l'on est en présence d'une tête restée dans l'utérus, M. Depaul recommande de faire fixer par les mains d'un aide les parois abdominales, ou de fixer soi-même, au moyen d'un crochet, ce corps étranger, toujours très-mobile, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à le débarrasser du liquide qu'il contient. — (*Gaz. obstétric.*)

Avantages des pansements appropriés dans le traitement de certains ulcères. — M. le docteur Panas fait remarquer que la guérison de certains ulcères semble être singulièrement hâtée par l'application de topiques appropriés. C'est ainsi que le chirurgien dit avoir vu, chez un scrofuleux, un ulcère de la face antérieure du tibia, contre lequel le pansement phéniqué, employé seul pendant plus de deux mois, avait complétement échoué, guérir en quelques jours par l'application d'un emplâtre de Vigo.

Cela tiendrait, dit-il, à ce que dans le premier cas, l'asphyxie des bourgeons charnus était entretenue par un pansement contre-indiqué, tandis que, dans le second, l'emplâtre de Vigo avait pour effet d'activer la circulation artérielle, et en même temps d'exciter légèrement les bords de la plaie.

D'après le même auteur, le chlorure de chaux produirait dans les ulcères variqueux, le même effet que l'emplâtre de Vigo dans le cas précédent. — (*France méd.*)

De la température axillaire et de la température rectale chez les nouveau-nés. — A propos d'une note de M. Parrot, dans laquelle ce professeur signale, parmi les singularités présentées par un enfant atteint de ramollissement de l'encéphale, l'existence, pendant deux jours de suite, d'une température plus basse dans le rectum que dans l'aisselle, un externe des hôpitaux de Nancy, M. A. René a entrepris des recherches sur l'état de ces deux températures chez les nouveau-nés, et voici les résultats auxquels il est arrivé.

La température du rectum a été inférieure à celle de l'aisselle 103 fois sur 140 (soit une proportion de 5/7) chez 6 enfants nés avant terme, et 122 fois sur 155 (soit une proportion de 4/5) chez 7 enfants nés à terme et bien portants.

Il n'a pas été possible à M. René de déterminer à quel moment exact la température rectale atteint et dépasse constamment la température axillaire, mais l'écart entre l'une et l'autre serait extrêmement variable. — (*Revue méd. de l'Est.*)

De l'emploi du zinc dans les usages domestiques. — Bien que les sels de zinc ne soient pas toxiques, ils jouiraient du moins, aux yeux de M. le docteur Jaillard, de propriétés émétiques telles que ce médecin proscrit l'emploi de ce métal dans les usages domestiques. Les boissons, les condiments, certains aliments, tels que le lait, le vinaigre, emprunteraient aux vases de zinc dans lesquels on les renferme une quantité de ce métal suffisante pour en rendre l'usage nuisible. Enfin l'eau elle-même acquerrait à la longue, à son contact, des propriétés malfaisantes.

Mais s'il convient de bannir le zinc des usages domestiques, lorsqu'il est employé pur, c'est surtout quand il est allié avec d'autres métaux qu'il est nécessaire de le proscrire. Dans ces cas, en effet, il constitue, dit M. Saillard, un couple voltaïque dans lequel il joue le rôle d'élément électro-positif, qui le rend beaucoup plus oxydable et plus rapidement attaquable. — (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

Singulière étiologie d'un cas d'ophthalmie purulente. — Un préjugé absurde qui, dans certains pays, attribue aux placentas encore chauds et saignants des accouchées la singulière propriété de guérir les *nœvi materni*, a failli, dit M. le docteur Brière, causer la perte de la vue chez une petite fille de cinq mois qui présentait à la partie interne de la paupière gauche, sous le sourcil, une tumeur de cette nature, de la grosseur d'une lentille. La mère de cette enfant ayant appliqué, d'après les conseils d'une sage-femme, sur la paupière atteinte de nœvus un fragment du délivre provenant d'une femme de mauvaises mœurs, il survint d'abord sur l'œil droit, puis sur celui du côté opposé, une ophthalmie purulente, qui ne disparut qu'au bout d'un mois, et non sans avoir causé les plus vives inquiétudes sur l'issue de cette grave maladie. — (*Ann. médic. de Caen et du Calvados.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux volumes intitulés : *Statistique médicale et anthropologique de l'armée des États-Unis;*

2° Une *Histoire chirurgicale de la guerre de sécession.*—M. Le Fort est chargé de faire un rapport sur ce dernier ouvrage.

PRÉSENTATIONS

M. ALBER (de Vienne), membre associé étranger, adresse un *Traité de médecine opératoire.*

M. LE DENTU dépose, de la part de M. Paquet (de Lille), et à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, différents travaux qu'il a publiés et trois observations : de *plaie des arcades palmaires superficielle et profonde,* de *hernie ombilicale étranglée,* traitée et guérie par une méthode mixte, l'incision superficielle et le taxis direct sur le sac, et de *plaie d'arme à feu.* (Commission : MM. Delens, Lannelongue, Le Dentu.)

M. LE FORT offre à la Société le deuxième et dernier volume de la 9e édition du *Traité de médecine opératoire de Malgaigne,* qu'il vient de terminer.

M. LE FORT dépose, de la part de M. Bax, l'observation d'un fait en faveur de la *lithothritie chez la femme.* — M. Paulet est chargé de faire un rapport sur ce travail.

COMMUNICATION

Kyste de l'organe de Rosenmuller. — M. GILLETTE donne lecture de la relation d'une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée au mois de janvier dernier à l'Hôpital-Temporaire, et qui a présenté quelques particularités intéressantes par rapport à la variété du kyste et à la difficulté du diagnostic. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire du ligament large droit. L'ovariotomie a été suivie de mort par péritonite, et l'autopsie a démontré que ce kyste avait pris naissance dans l'organe de Rosenmuller.

DISCUSSION

M. HOUEL a recherché ce que pouvaient devenir les kystes de l'organe de Rosenmuller, dont plusieurs spécimens sont déposés au musée Dupuytren. Il semblerait jusqu'à présent qu'ils ne peuvent acquérir un très-gros volume, étant limités dans leur développement par les limites mêmes du ligament large.

M. TERRIER ne reconnaît pas dans l'anatomie pathologique du kyste opéré par M. Gillette, d'autres caractères que ceux d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Il regrette que M. Gillette n'ait pas insisté sur la phlébite des membres inférieurs, due à une thrombose que l'on observe très-fréquemment dans le développement des kystes très-volumineux, tandis que l'ascite tient plutôt à la nature du kyste qu'à son volume.

M. POLAILLON a assisté à l'opération dont M. Gillette vient d'entretenir la Société. La tumeur était enveloppée d'une couche celluleuse qui a été incisée et disséquée. Elle n'avait pas de pédicule proprement dit et adhérait immédiatement à un gros corps charnu cylindrique qui n'était autre que l'utérus ; elle paraissait développée dans l'intérieur du ligament large, et n'avait pas, comme les kystes de l'ovaire, un pédicule formé par des vaisseaux.

M. T. ANGER a présenté, il y a trois ans, un kyste dermoïde développé dans l'épaisseur du ligament large qu'il a pu énucléer sans enlever de péritoine.

M. PANAS. Les kystes de l'organe de Rosenmuller sont ordinairement petits. Le plus gros que l'on ait observé jusqu'à ce jour, a été décrit par M. Broca et avait le volume du poing. Mais si l'on n'en a pas, jusqu'à présent, trouvé de plus volumineux, cela ne veut pas dire que le fait ne peut exister. M. Panas a communiqué à l'Académie de médecine plusieurs observations de ces kystes qu'il avait opérés. Tous étaient uniloculaires et contenaient un liquide très-peu albumineux analogue à celui des kystes hydatiques. Une simple ponction suivie d'une injection iodée a suffi pour les guérir. Le kyste décrit par M. Gillette avait tous les caractères des kystes de l'ovaire. L'ovaire a-t-il été retrouvé en tout ou en partie à l'autopsie. Dans ce cas l'observation de M. Gillette serait unique et en contradiction avec tous les faits connus.

M. GILETTE est certain que le kyste s'était développé dans le ligament large, en écartant ses feuillets. L'ovaire était plus ou moins malade et a été laissé en place.

COMMUNICATION

Du pansement alcoolique des plaies. — M. DELENS expose les résultats qu'il a obtenus de l'alcool camphré, qu'il emploie d'une manière générale sinon exclusive pour le pansement des plaies, comme le faisait Nélaton. Aucun pansement, même celui de Lister, ne donne autant de sécurité et n'atténue davantage la fièvre traumatique dans le traitement des plaies plates. Sur des ablations de sein il a toujours obtenu une cicatrisation régulière, et n'a observé comme complication qu'un seul érysipèle. Il emploie l'eau-de-vie camphrée des hôpitaux, sans jamais y ajouter d'eau et sans placer de taffetas gommé par dessus le gâteau de charpie.

M. DESPRÈS préfère aussi les vieilles méthodes de pansement. Il emploie également l'alcool, et n'a pas perdu une seule malade sur quatre-vingt-onze amputations du sein. Il n'a eu comme complication que deux érysipèles survenus chez la même femme, opérée deux fois d'un squirrhe à dix-huit mois d'intervalle. Mais il ne fait pas le pansement de Nélaton ; il fait un pansement humide un peu alcoolisé, excepté le premier où il emploie l'alcool pur qui cautérise les petits vaisseaux. Il laisse ensuite le gâteau de charpie, jusqu'à ce qu'il soit détaché par la suppuration, en l'humectant tous les jours d'eau et d'alcool camphré. Quand la plaie bourgeonne, il fait le pansement simple des hôpitaux. Nélaton avaitrenoncé à la fin de sa carrière au pansement à l'alcool pur.

M. GUYON. Le pansement à l'alcool est encore certainement celui qui est le plus généralement employé. M. Guyon a étudié ses effets qu'il a fait connaître en 1872 dans son *Traité de chirurgie clinique*. M. Del[illegible]ous a obtenu des résultats tout à fait comparables à ceux qu'il a obtenus l[illegible]ui-même dans les amputations du sein. Le pansement alcoolique est es[illegible]sentiellement antiphlogistique non-seulement pour les plaies chirurgicales, mais même pour les traumatismes accidentels. Il ne se produit pas de réaction, même lorsque les os sont atteints. La peau reste pâle, exsangue, et, sous son influence, les muscles eux-mêmes restent rétractés pendant assez longtemps. M. Guyon a classé l'alcool, comme effet physiologique, à côté de l'irrigation continue. L'alcool n'empêche pas l'inflammation, mais il la retarde considérablement. Il entraverait même la cicatrisation si on continuait trop longtemps son usage. Il est important que tous les points de la plaie soient atteints par l'alcool, ce qu'il est difficile d'obtenir si la plaie est trop anfractueuse ou si l'os est atteint. La douleur est quelquefois très-vive, mais ce n'est pas une raison qui doive faire écarter ce mode de pansement, car on peut y remédier par l'application de la glace. L'adjonction de l'eau modifie tout à fait les résultats. L'alcool doit-être employé pur, à 80 ou 90 degrés, les premiers jours pour s'opposer aux accidents des plaies, et étendu d'eau ensuite pour favoriser la cicatrisation. Ces faits ont été observés par tous les chirurgiens. M. Guyon n'a renoncé au pansement alcoolique que depuis deux ans qu'il emploie la méthode de Lister.

M. DUPLAY ne partage pas l'enthousiasme de M. Delens pour le pansement alcoolique. Les trois chirurgiens qui viennent d'exposer leur manière de faire, ont obtenu d'excellents résultats en employant des méthodes différentes. Leurs succès tiennent surtout au grand soin qu'ils mettent à faire leurs pansements. L'alcool sur les plaies cause quelquefois une douleur excessivement vive, qui peut aller jusqu'à la syncope et il a l'inconvénient de retarder la cicatrisation.

M. DESPRÈS est du même avis quant à la douleur produite par l'alcool pur. Le grand avantage de sa méthode, c'est d'éviter la réunion par première intention qui cause si souvent l'érysipèle et la mort.

M. GUYON. La propriété principale du pansement à l'alcool est de retarder les phénomènes inflammatoires et la cicatrisation. Il donne d'excellents résultats quand il peut atteindre toute la surface de la plaie. Le pansement de Lister agit d'une toute autre manière et a l'avantage d'amener des guérisons excessivement rapides. Mais, malgré ses inconvénients, le pansement à l'alcool a encore sa place, et une très-grande place dans le pansement des plaies.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M HORTELOUP présente un *myxôme de la paroi abdominale*, dont les progrès avaient déterminé deux anus contre-nature situés, l'un au niveau du cœcum, l'autre au niveau de l'iléon. Le malade a fini par succomber d'inanition.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la liste des médecins récemment nommés officiers d'Académie, le nom de M. Fauvel a été imprimé sans les initiales de prénom, ce qui peut donner lieu à une confusion. C'est M. le docteur Ch. Fauvel à qui cette distinction a été décernée.

— M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire sur les affections des membranes externes de l'œil, le lundi 9 avril, à sa clinique, 7, rue Pierre-Lescot (fontaine des Innocents), et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine. Ce cours est public est gratuit.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 10 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Landolt commencera ses conférences cliniques d'ophthalmologie le mercredi 11 avril, à une heure, 5, rue du Pont-de-Lodi, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Ce cours sera exclusivement pratique.

— M. le docteur Hillairet reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 12 avril 1877, à neuf heures du matin (salle Henri IV), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— *Cours public et gratuit de laryngoscopie et de rhinoscopie.* — Le docteur Ch. Fauvel a recommencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à midi. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond à l'aide d'un mécanisme qui permet à plusieurs assistants à la fois de voir l'image de la région explorée.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie.

— M. le docteur Pierre Bouland fera six conférences publiques sur l'orthomorphie du rachis (cyphose, lordose, scoliose, torticolis), au dispensaire de la rue Christine, n° 3. La première aura lieu le mardi 10 avril, à huit heures du soir, et les autres les mardis suivants, à la même heure.

Les démonstrations seront faites sur des sujets et sur de nombreuses pièces d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique, le lundi 9 avril, à deux heures (amphithéâtre n° 1), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : des maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale.

MM. les élèves qui désireraient être exercés au maniement de l'ophthalmoscope et à l'examen des malades sont priés de vouloir bien s'inscrire, à l'issue du cours, près du chef de clinique.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Delasiauve sur la candidature de M. Brulfert. — 2° Constitution médicale du mois de mars. Policlinique. — 3° Discussion du mémoire de M. Berrut. — 4° L'admission des malades dans les hôpitaux et le bureau central, par M. de Pietra Santa. — 5° De la fécondation artificielle, par M. Girault.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 41. — MARDI 10 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1877. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 9 avril 1877.

Une découverte très-ingénieuse vient d'être réalisée par un des médecins italiens les plus distingués, le docteur Semmola, professeur à l'université de Naples. Nous sommes heureux d'être les premiers à reproduire la nouvelle méthode de traitement du saturnisme chronique, dont la publication vient de paraître dans le fascicule de mars des *Annales de clinique du grand hôpital des incurables de Naples*.

Pour donner à nos lecteurs une idée claire de cette méthode de traitement par l'élimination du plomb de l'organisme dans les urines, sous l'action des courants continus, nous reproduirons textuellement la parole du professeur Semmola :

La nouvelle méthode que je présente au monde médical, pour traiter les malades affectés de saturnisme chronique est basée sur l'action du courant continu. Ce courant active les échanges nutritifs de l'organisme et produit, en conséquence, un mouvement de désassimilation.

J'ai pensé que, sous l'influence de ce mouvement, devrait avoir lieu l'élimination du plomb, comme de tout autre métal, hors de l'organisme, par la voie des excrétions naturelles, et principalement par les voies de l'appareil dépurateur classique, c'est-à-dire les reins. Sans doute, jusqu'ici, personne avant moi n'a eu cette idée ou n'a proposé une méthode thérapeutique pareille. Les applications faites jusqu'à présent de l'électricité au traitement de la paralysie saturnine, se rapportent seulement à l'emploi du courant induit ou faradique, dans le but d'exciter localement les muscles et les nerfs affectés. Personne n'a songé, dans ces cas ou dans d'autres formes de saturnisme, à obtenir l'élimination du plomb hors de l'organisme, qui, du reste, ne pouvait pas être espérée par cette espèce de courant.

Il est vrai qu'à une époque assez éloignée (1852), on fit grand bruit de l'idée que le docteur Vergnier émettait d'employer une espèce de bain électrique pour obtenir l'élimination du plomb et des autres métaux dans l'eau du bain ou déposé sur ses parois. C'était une espèce du bain qu'on emploie pour la galvanoplastie. Cette idée n'a rien à faire avec ma méthode; et, après tout, elle n'a été confirmée jusqu'à présent par aucune expérience sérieuse. Je me rappelle très-bien l'avoir jugée, dans mes leçons de thérapeutique, comme un traitement fantastique, tout à fait contraire aux possibilités de l'électro-chimie, de l'électro-physiologie, et des lois de l'élimination des métaux hors de l'organisme.

Je répète, encore une fois, que la méthode d'élimination que j'ai réalisée est l'effet naturel des pouvoirs physiologiques propres de l'économie vivante, activée seulement ou excitée par l'action du courant constant que j'applique sur les centres nerveux ganglionnaires et sans tenir aucun compte des régions paralysées.

Il y a six mois que j'applique cette méthode dans ma clinique à l'hôpital des Incurables. Sur six cas de forme paralytique des plus complexes, je compte six cas de guérison. En faisant pratiquer l'analyse des urines tous les jours, j'ai constaté la présence du plomb dès le second jour du traitement avec une proportion croissante en raison de la rapidité avec laquelle s'amendaient les phénomènes paralytiques, et graduellement l'on voyait reprendre la nutrition des muscles affectés, sans jamais agir localement. Après quinze ou vingt jours, j'ai vu constamment disparaître le liséré bleuâtre des gencives, et au bout de deux ou trois mois, j'ai vu guérir des paralysies rebelles sans employer aucun autre secours curatif.

Ce qui caractérise parfaitement cette méthode, c'est que non-seulement l'on voit guérir rapidement des formes paralytiques du mouvement et du sentiment, mais aussi qu'il survient, en même temps, une reconstitution de toute l'économie et une sensation de bien-être de toutes les fonctions motrices, due naturellement à l'expulsion des molécules du plomb, qui représente un hôte si nuisible!

Il n'y a donc plus de doute possible sur la méthode la plus sûre et la plus rapide qu'il faut préférer pour guérir les paralysies saturnines; et je suis heureux d'avoir pu contribuer au soulagement de cette partie de la classe ouvrière qui, malheureusement, est la victime de son métier dans la préparation de certains produits d'agrément ou de luxe et qui, en conséquence, a plus de droit au zèle de la médecine....

Nous espérons voir bientôt cette méthode appliquée partout, et nous renvoyons, pour les détails, à la première histoire clinique publiée dans le même fascicule des *Annales de clinique*, rédigée par le docteur Fazio, aide de clinique du professeur Semmola.

Nous avons dit que, jusqu'ici, on a obtenu six guérisons complètes sur six cas de saturnisme. Nous sommes heureux de voir que le savant médecin de Naples a réalisé, par un principe si simple et si ingénieux, un véritable progrès thérapeutique pour une terrible maladie de la classe ouvrière. Ce progrès fait vraiment honneur à l'Italie et au professeur Semmola, déjà si hautement apprécié dans le monde scientifique et médical. Nous avions déjà suivi avec le plus vif intérêt ses travaux si originaux sur l'albuminurie et sur le diabète. Mais depuis 1867, nous applaudissons au remarquable élan que le savant professeur de Naples a su donner aux progrès de la thérapeutique en Italie, soit par ses expériences critiques expérimentales qui, avant sa courageuse initiative, faisait trop défaut dans cette branche si importante de la médecine italienne.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'influence des impressions morales sur la production et sur la guérison de certaines paralysies.

I

Il vient d'entrer dans mon service une petite fille devenue muette et paraplégique sous l'influence de la frayeur, et comme je pense que ce qu'une impression morale peut faire, une autre impression morale peut le défaire, je vais aborder aujourd'hui la question de l'influence des impressions morales sur la production et sur la guérison des maladies.

Tout d'abord, rappelez-vous ce que vous venez de voir avec moi dans la visite de la malade, et, comme vous avez été les témoins de la guérison instantanée qui s'est produite, par la cautérisation épidermique, vous comprendrez mieux ainsi ce que j'ai à dire sur ce que, en d'autres lieux, on pourrait appeler un miracle de la science.

Obs. I. — *Paraplégie nerveuse produite par la frayeur. — Guérison instantanée par des pointes de feu appliquées le long du rachis.* — Henriette B..., âgée de douze ans, entre le 2 juillet 1876, au nº 20 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. — Cette enfant n'a jamais eu de gourme, de maladies aiguës, de convulsions. Il y a huit jours, craignant d'être frappée par son père, elle a eu une crise nerveuse d'étouffement sans perte de connaissance qui a duré vingt minutes, et, quand elle est revenue à elle, elle a conservé un embarras de parole et un bredouillement qui a duré deux jours et a disparu; le lendemain du retour à la parole, ses jambes tremblaient, elle avait de la peine à se soutenir, et vingt-quatre heures après, elle ne pouvait plus s'en servir du tout. Pas de vomissements, constipation, pas de somnolence ni de troubles visuels.

Aujourd'hui, jour de l'entrée à l'hôpital, nous voyons la malade forte, bien développée, nerveuse, pleurant et ayant de l'étouffement avec spasme du diaphragme pendant l'interrogation, point de mal à la tête ni de troubles visuels. La sensibilité tactile est partout intacte, la sensibilité reflexe un peu diminuée, elle peut remuer un peu ses jambes dans son lit, mais quand on la met debout, elle ne peut plus se tenir. Pas de rétention d'urine et la constipation a cessé, pas de dysphagie ni de paralysie du voile du palais. La respiration est normale, la matité cardiaque de 4 centimètres et les battements irréguliers avec intermittences fréquentes qui existent aussi au pouls.

Le 8 juillet, à l'aide d'un crayon de fusain allumé, je fais de nombreuses cautérisations épidermiques, le long du rachis, et à l'instant l'enfant, qui ne pouvait se tenir debout, se met à marcher seule assez facilement.

Le lendemain, elle a continué à marcher, mais comme le succès n'était pas complet, je fis une nouvelle cautérisation par le même procédé. L'enfant continua de marcher, les jours suivants, de façon à rester debout toute la journée et à descendre au jardin.

Sortie le 20 juillet 1876, guérie.

Ce fait qui peut étonner votre jeunesse, n'a rien qui surprenne mon expérience déjà ancienne. J'en ai vu d'autres tout à fait semblables qu'il convient de vous rappeler.

Il y a une quinzaine d'années, dans l'hôpital Necker, se trouvait une jeune fille hystérique atteinte de paraplégie nerveuse. M. Guillot, chef de service, pensant n'avoir affaire, dans ce cas, qu'à une paralysie par défaut d'influx nerveux, sans lésion de la substance de la moelle imagina de la guérir par la seule influence morale. Il lui annonça que pour sa guérison il fallait lui cautériser avec le fer rouge, toute la peau du dos, le long de la gouttière vertébrale. Ayant fait allumer un fourneau devant le lit et mis les cautères au feu, il les lui montra à mesure qu'ils devenaient incandescents. Il espérait ainsi frapper de terreur l'esprit de la malade. Il les lui montra enfin lorsqu'ils furent rougis à blanc, et l'ayant fait asseoir sur une chaise, il lui annonça que le moment de la cautérisation était venu. Saisissant alors un cautère froid, il le lui appliqua à diverses reprises le long du dos. Chaque contact produisit une vive douleur avec sensation de brûlure, et la malade faisant un violent effort pour se soustraire à la souffrance, se leva peu à peu et se mit à marcher. Elle était guérie. La frayeur lui avait rendu le mouvement des jambes anéanti depuis plusieurs mois.

L'année suivante, un cas semblable se présenta dans mon service de l'hopital Sainte-Eugénie chez une jeune fille de treize ans, et je voulus imiter ce que j'avais vu faire à l'hôpital Necker.

Ce furent les mêmes préparatifs et la même mise en scène, dans le but d'impressionner vivement le moral de l'enfant. Mais la malade une fois assise sur la chaise et soutenue par mes élèves, le dos mis à nu, au lieu d'un cautère rougi à blanc, je pris un cautère froid, et l'ayant appliqué sur la peau, il n'en résulta aucune perversion de la sensibilité, aucune douleur, et aucun effet. L'enfant ne bougea pas. Je pris alors le cautère rouge au feu et à mesure que je faisais des mouchetures superficielles sur les gouttières vertébrales, l'enfant agita les pieds en frottant le parquet, elle se leva avec peine, fit un pas en avant et comme je continuais les cautérisations pointillées, elle se mit à fuir soutenue par mes aides et nous allâmes ainsi jusqu'au bout de la salle. La paraplégie venait de disparaître et cette guérison subite s'est maintenue. L'observation a été publiée dans mon *Traité du nervosisme*.

J'ai cité ailleurs dans mon *Traité de pathologie générale*, l'histoire d'une dame d'Arras, retenue au lit par une paralysie des membres inférieurs, et qui, au moment où la poudrière de cette ville venait de sauter en faisant tomber avec fracas les vitres de son appartement, eut une telle frayeur qu'elle put sortir de son lit et se sauver en chemise jusque dans la campagne voisine.

Nos recueils renferment un assez grand nombre de faits de ce genre où la frayeur, la colère et d'autres impressions morales ont guéri des paralysies nerveuses. En voici un tout récent qui date de la dernière guerre et que me communique un des élèves de mon service, M. de Gislain.

Obs. II. — *Paraplégie et aphonie, suite de frayeur. — Guérison subite par un accès de colère.* — Pendant la guerre de 1870-71, un soldat fut amené à l'ambulance des Pères de Montargis, avec une paralysie des membres inférieurs et du larynx. Cette paralysie était survenue subitement à la suite d'une peur éprouvée par le passage d'un obus au-devant de sa figure. Après un séjour de plusieurs semaines, il pouvait se traîner un peu au moyen de béquilles. Quant à la voix elle n'était point revenue, lorsqu'à la suite d'une injustice qu'il prétendait avoir été commise à son détriment, il se mit dans une telle colère, pour se défendre, qu'il ouvrit la bouche pour parler et qu'il put alors articuler quelques mots. Ce fut l'origine de sa guérison, car depuis ce moment, la parole lui revint, d'abord peu distincte, puis au bout de quelques jours, elle était redevenue ce qu'elle était avant sa paralysie.

A côté de ces faits, qui sont restés dans le domaine de la science et qui s'expliquent par elle, il en est d'autres analogues dont le monde fait grand bruit et dans lesquels on fait intervenir des influences occultes, merveilleuses et surnaturelles.

Le magnétisme animal dans ses jours de vogue a aussi produit des guérisons subites de paralysies anciennes qui, pour les adeptes, sont un effet du fluide magnétique, et qui pour moi ne sont qu'une conséquence d'un violent effort d'imagination. Lorsque la renommée des merveilles du magnétisme animal eut envahi toutes les classes de la société, et que le bruit de ses prétendus miracles excitait l'enthousiasme et l'espérance des malades, on vit tous les infirmes courir chez les magnéti-

seurs en vogue. Ils ne pouvaient suffire à la besogne. L'un d'eux se fit remplacer à Buzancy, par un chêne séculaire qu'il chargea de son fluide et, il suffisait de toucher l'arbre pour être guéri. La foule accourut. Mais le nombre des infirmes fut si grand, qu'il était impossible d'arriver à toucher l'arbre, et l'on imagina de l'entourer d'une longue corde qui se prolongeait au loin dans la campagne. Il suffisait de toucher la corde qui touchait à l'arbre magnétisé et l'on était guéri. Par cette foi toute profane un grand nombre d'infirmes retrouvèrent, dit-on, la santé.

De temps à autre, il y a des gens qui, se croyant ou se disant sorciers, finissent par faire croire à la foule qu'ils sont doués du pouvoir surnaturel de guérir les maladies. Chose curieuse, ce sont les esprits forts, les sceptiques, les incrédules, qui rient de Dieu et du diable, qui font la clientèle de ces charlatans. Il y a une dizaine d'années, à Paris, un ancien zouave venant d'Algérie, nommé Jacob, fut considéré comme un de ces guérisseurs doués d'un pouvoir surnaturel, capables de faire disparaître subitement les maladies. Un maréchal de France, récemment frappé d'hémiplégie par hémorrhagie cérébrale, voulut essayer la puissance de son ancien subordonné. Il pensait que le prestige de son haut grade lui serait un auxiliaire utile pour obliger cet ancien soldat à des efforts plus grands que de coutume. Mais, soit que le zouave fût impuissant, soit qu'il ait cherché à se venger d'un chef qui n'avait pas toujours été gracieux pour ses pareils, il résolut de s'amuser. N'ayant plus rien à craindre de son irrévérence envers son ancien supérieur, il l'accueillit avec son assurance ordinaire, et, l'ayant fait tourner, il lui allongea un vigoureux coup de pied en bas du dos en lui ordonnant de marcher. Le maréchal n'en fit rien, et reconnaissant un peu tard que l'hémorrhagie cérébrale ne se guérit pas de cette manière, il rentra chez lui soutenu par ses aides de camp, assez honteux du rôle qu'il venait de jouer.

Pour qu'une paralysie guérisse ainsi subitement par effort d'imagination et sous l'influence des transports de la foi, il faut que ce soit une simple paralysie nerveuse, comme dans le miracle suivant dont j'ai été l'auteur sans le savoir.

En 1848, j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Rostan. On amena le soir, une jeune fille de dix à douze ans, subitement paralysée de la langue et des membres, par suite d'impression morale, après un attentat à la pudeur et un viol consommé sur elle, loin de Paris, à la campagne, par un paysan. Tout le monde s'intéressa à cette victime, et les soins de la médecine locale ayant échoué, chacun pensa qu'il n'y avait qu'à Paris et à l'Hôtel-Dieu où l'on pourrait trouver le grand médecin qui pourrait guérir cette paralysie. Une collecte fut faite avec peine, parmi les dames charitables du voisinage, afin de pourvoir aux frais du voyage du père et de l'enfant. Lorsque la somme fut complète, on se mit en route, et à Paris, l'enfant fut admise à l'Hôtel-Dieu dans mon service. A ma visite du soir, je la regardai à peine et la considérant comme une infirme devant encombrer le service de clinique, je déclarai qu'on ne devait pas la garder. La nuit se passa tranquillement. Mais le lendemain, l'enfant commença à parler, bientôt après à remuer bras et jambes, puis elle put sortir de son lit et marcher. Elle était guérie. Sa foi dans la science des médecins de Paris, l'avait sauvée.

Ce que la foi peut produire est également déterminé par la terreur et la colère. Ainsi, le baron de Feuchsterleben raconte qu'un malade atteint de paralysie de la langue, croyant être guéri par une opération, avait résolu de laisser faire son chirurgien. Celui-ci, avant d'opérer, avait voulu s'assurer de la température de la bouche pour constater les changements de température que pouvait produire son opération. Il mit le thermomètre sous la langue et le malade tremblant, croyant l'opération faite, se mit à parler.

J'ai cité dans ma *Pathologie générale* le fait d'une femme paralysée du bras, qui, insultée par son fils, entra dans un violent accès de colère, et comme elle était à portée suffisante, elle trouva le moyen, par un violent effort, de lui donner un soufflet de la main paralysée et elle fut guérie.

Chacun sait enfin que, sans produire une paralysie durable, la terreur et l'effroi suspendent momentanément l'influx nerveux du pneumo-gastrique et de la moelle épinière, de façon à produire, soit l'impossibilité absolue d'articuler un son ou de pousser un cri, soit la paralysie du cœur et une syncope grave, soit enfin l'incontinence urinaire et fécale et, à ce sujet, la chose est si vulgaire qu'il est inutile d'y insister.

Cet arrêt d'influx nerveux qui dure une minute, je suppose, n'en est pas moins une paralysie du larynx, du cœur ou du sphincter de l'anus. Qu'il ne dure qu'une minute ou qu'il se prolonge une heure, une semaine, etc., le phénomène est le même et sa durée n'en change pas la nature. Le courant nerveux s'arrête dans ses tubes comme fait le sang dans les siens, et c'est au médecin qu'il appartient de distinguer les cas où il n'y a qu'arrêt d'influence nerveuse de ceux dans lesquels il y a cessation d'influx consécutivement à une lésion des centres d'innervation.

Tous ces faits, dont je pourrais aisément grossir le nombre, ne sont invoqués ici, que pour vous mieux faire comprendre la guérison subite dont vous venez d'être les témoins. Vous les trouverez exposés avec détail dans mon *Traité de pathologie générale* au chapitre des *Impressions morales*. Ce qu'il m'importait aujourd'hui, c'était de vous montrer qu'il y a des paralysies nerveuses, hystériques ou autres, qui guérissent subitement sous l'influence des efforts de la foi ou des troubles nerveux de la terreur et de la colère. Je ne crois pas m'abuser en disant que la démonstration est complète.

Mais cela n'est vrai que des paralysies nerveuses qu'un trouble inconnu et peu considérable de la substance nerveuse a pu produire. Dans les cas, au contraire, où la paralysie dépend d'une vieille hémorrhagie cérébrale, d'une sclérose du cerveau ou d'un ramollissement, la maladie est incurable et le fait de la paralysie du maréchal de France aux prises avec les brutalités du zouave Jacob, en est la preuve.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Deux cas de rétention du placenta dans l'avortement de la première moitié de la grossesse. Expectation dans le premier cas ; délivrance artificielle dans le second. Guérisons.

Par le docteur Triaire (de Tours).

Obs. I. — Le 22 mars 1876, je fus appelé dans l'après-midi, à peu de distance de Tours, auprès de Mme X..., affectée, disait-on, de violentes douleurs abdominales, dont la cause paraissait inconnue. Cette dame, âgée de trente-cinq ans environ, parfaitement constituée, grande, forte, d'une belle carnation, jouit de toutes les apparences d'une bonne santé, quoiqu'elle soit atteinte de gravelle et qu'elle ne soit pas ordinairement réglée. Elle a eu, il y a cinq ans, une fausse couche. Actuellement, ses règles sont supprimées depuis près d'un an, ce qui lui est arrivé fréquemment, sans qu'il s'agit d'une grossesse. Quand elle *voit*, après ces longues suspensions, elle éprouve de douloureuses crises dysménorrhéiques, liées à l'expulsion de quelques gouttes de sang; au bout de quelques heures, ces

accidents cessent jusqu'à la prochaine crise toujours fort éloignée.

A mon arrivée auprès de son lit, on me raconte que des douleurs, survenues après une vive contrariété, durent depuis la veille au soir. Elle a perdu comme d'habitude une petite quantité de sang, et en outre une assez grande quantité d'eau. Loin de faiblir comme à l'ordinaire, ses douleurs ne font qu'augmenter d'intensité, c'est ce qui l'a surprise et l'a décidée à me faire appeler. Quoique je sois habitué chez Mme X... à ces crises de dysménorrhée, l'écoulement d'eau qui m'est signalé, l'intensité des douleurs, leur analogie avec les contractions utérines pendant le travail, me font soupçonner qu'il pourrait bien s'agir cette fois d'une grossesse ignorée par la patiente. J'explore aussitôt l'abdomen que je trouve développé comme il l'est dans une grossesse de quatre à cinq mois, et constate, pendant une douleur, la tumeur globuleuse et résistante que présente l'utérus gravide en contraction. Je pratique le toucher, et mes soupçons, déjà confirmés par l'exploration externe, deviennent une certitude absolue lorsque je trouve un fœtus de petit volume engagé à travers les orifices par les extrémités inférieures. J'annonce alors la grossesse et l'avortement imminent, ou plutôt immédiat. En effet, les douleurs se soutenant, un fœtus mâle, long de 16 à 18 centimètres, et présentant les caractères qu'offre le produit de la conception entre quatre et cinq mois est bientôt expulsé *seul* et sans perte de sang; le placenta reste dans la matrice.

Après avoir attendu vingt minutes, j'exerce avec la plus grande douceur quelques légères tractions sur le cordon. Aux premières tentatives, je sens que cette tige fort ténue et très-fragile, comme elle l'est à cette époque de la vie fœtale, va se rompre. J'abandonne alors ce moyen insuffisant d'extraction et porte le doigt sur l'orifice pour reconnaître la situation, disposé, si le placenta est engagé dans le col, à introduire deux doigts ou une pince pour l'entraîner. Cette exploration me fait renoncer à mon idée ; le délivre n'est nullement en voie d'engagement, je l'attirerais bien avec l'index ; mais je reconnais l'impossibilité de l'extraire, sans faire subir à l'utérus une violence plus ou moins grave que rien ne saurait justifier en l'état actuel des choses, puisque Mme X... ne perd pas une goutte de sang. Cet examen n'a demandé que quelques minutes et n'a nullement fatigué la patiente. Je le renouvelle au bout d'une demi-heure, après de nouvelles tentatives de traction tout aussi infructueuses que les premières, et, la situation restant la même, je m'arrête à l'expectation pure et simple. Je conseille le repos, le calme le plus absolu et une surveillance active pour mettre en garde contre l'hémorrhagie. — Le soir à dix heures, je revois la malade, elle est bien. Pas d'écoulement sanguin, pas de fièvre, pas de douleur abdominale.

23 mars, huit heures du matin. — Je trouve Mme X... dans le même état. La nuit a été assez bonne. Mais, je commence à m'inquiéter des conséquences possibles de cette rétention prolongée et prescris un traitement antiseptique, composé d'une potion à l'alcoolature d'aconit et d'injections de camomille additionnées d'hypochlorate de soude.

Quatre heures du soir. — État moins satisfaisant. La malade est abattue ; moral déprimé. Pas de fièvre ; pouls plutôt faible. Écoulement sanguin toujours insignifiant. Quelques taches seulement sur la serviette. Même prescription.

24 mars. — A huit heures du matin, je trouve la malade et sa famille excessivement alarmées. Mme X... a eu un violent frisson qui aurait duré une heure. A ce moment, la chaleur est revenue, le pouls est ample à 85. La face légèrement colorée. Langue un peu saburrale. Écoulement toujours très-faible d'un rouge jaunâtre, d'odeur forte. Je prescris 1 gramme de sulfate quinique et fais continuer le traitement.

Six heures du soir. — Il y a eu dans l'après-midi un second frisson, moins long que le premier. La famille est de plus en plus alarmée ; j'appelle en consultation le docteur Herpin, directeur de l'École de médecine de Tours. L'entrevue est fixée au lendemain. On continue les prescriptions précédentes.

25 mars. — A dix heures du matin, nous voyons Mme X... avec M. Herpin. La malade a passé une assez bonne nuit. Pouls 86, chaleur moite. Pas de douleurs au ventre. Écoulement d'un jaune pâle très-désagréablement odorant. Au toucher, on constate qu'aucune portion du placenta n'est engagée dans ce col en partie reformé. Nous tombons d'accord pour bannir toute tentative d'extraction chirurgicale et convenons que le traitement déjà institué sera continué.

Cinq heures. Même état, pas de frissons.

26 mars. Dix heures du matin. — La scène a changé complétement pendant la nuit. La malade a ressenti quelques coliques. On l'a placée sur le vase, et elle a rendu pour la première fois quelques gros caillots bientôt suivis du placenta. Elle se trouve bien. Pouls 80, pas de chaleur à la peau, pas de douleur abdominale. Le placenta volumineux est intact et frais, sauf en un point où il présente une tâche noirâtre putrescente de la largeur d'une pièce de deux francs. A partir de ce moment, Mme X... a été très-bien. Suites de la fausse couche normales. Quinze jours après, elle se levait sur une chaise longue et a été parfaitement rétablie.

Cette courte observation démontre, combien il importe dans les rétentions du placenta liées à l'avortement de la première moitié de la grossesse, de ne pas se laisser aller hâtivement à l'intervention chirurgicale. Certes, il paraît tentant, devant l'obstacle inattendu que présente la délivrance, devant les graves périls que la rétention du placenta éveille dans l'esprit, devant même les considérations particulières d'amour-propre et de réputation professionnelle, d'introduire immédiatement deux doigts ou un instrument dans l'utérus, pour tâcher de triompher de la résistance qu'offre le délivre, et compléter ainsi un avortement, qu'il va laisser inachevé. On a même conseillé, à partir du quatrième et du cinquième mois, d'introduire la main entière, dans la cavité utérine, pour tenter de décoller le placenta. Disons de suite que, même dans cette deuxième moitié de la grossesse, une semblable manœuvre est rejetée par la plupart des accoucheurs, Stoltz, entre autres, la blâme d'une façon absolue. A plus forte raison, doit-elle être proscrite dans un cas qui, comme le nôtre, se trouve sur la stricte limite des deux périodes de la gestation. Mais même en ce qui concerne l'intervention digitale ou instrumentale, la seule admissible dans cette circonstance, il est évident qu'elle ne doit être pratiquée qu'avec une extrême circonspection. Aller rechercher, en effet, un placenta, adhérent dans un utérus en gestation de quelques mois, n'est pas une petite affaire. Avec deux doigts, c'est impossible. Avec les instruments spéciaux qui ont été inventés dans ce but, pince de Levret, pince de Hohl, curette articulée de Pajot, c'est une œuvre fort difficile, fort délicate, qui échoue souvent et qui a, en outre, l'inconvénient d'exposer à blesser la surface de l'utérus. S'il n'y a pas urgence, il vaut donc mieux attendre. Le temps, en effet, triomphe fréquemment de la rétention du placenta. Le fait que je viens de rapporter, et dans lequel nous avons escompté d'avance cet heureux dénouement, en est une preuve. Le distingué confrère qui l'a observé avec moi, M. Herpin, m'a raconté l'histoire d'une rétention du placenta, s'étant prolongée un certain nombre de semaines, qu'il a observée chez une dame de sa clientèle, et qui s'est terminée, sans trouble aucun à la santé, un beau matin, par l'expulsion spontanée du délivre. M. de Soyre, publiait récemment dans les *Archives de Tocologie*, fondées par M. Depaul, un fait semblable à celui que je donne aujourd'hui. Joulin a observé chez une femme, qui avait avorté de deux jumeaux à quatre mois, une rétention de quarante jours, qui n'a été suivie d'aucun accident. J'arrête là cette nomenclature, qu'on pourrait facilement multiplier. La possibilité de faits semblables doit engager les praticiens à se défier d'une intervention qui n'est pas sans périls. Mais, est-ce à dire cependant que la réserve doive être absolue ? Non certainement, et le cas suivant, qui a donné lieu à une conduite diamétralement opposée, montre au contraire, qu'il est des circonstances où il faut savoir montrer, dans l'action, une certaine détermination.

Obs. II. — Mme X..., âgée de quarante et un ans, ayant eu un enfant il y a quinze ans, tempérament lymphatique, affectée de tumeur blanche au genou gauche, *grosse de trois mois sans le savoir*, entre au mois de septembre de cette année, dans une maison de santé et y subit un traitement approprié. Elle en sort au commencement d'octobre, avec une grande amélioration dans sa situation et se félicitant d'une guérison prochaine, lorsqu'elle est prise le 10 du même mois, d'un écoulement sanguin, d'abord peu important. Se croyant arrivée à la ménopause, comme une autre femme de cinquante-deux ans, dont j'ai donné ici même l'histoire, et s'étant expliqué ainsi sa suppression de règles : elle se préoccupe d'abord peu de ce qu'elle considère comme un incident ordinaire de sa situation. Mais l'hémorrhagie ne tarde pas à prendre des allures redoutables, et elle subit tout d'un coup dans la journée du 11, une perte d'une abondance extrême.

Au moment où, dans la soirée du même jour, j'arrive auprès d'elle, elle a déjà perdu beaucoup de sang. La face est très-pâle, les lèvres décolorées, la peau fraîche, le pouls petit et régulier. Elle se plaint de temps à autre, de douleurs assez faibles dans le ventre et les reins. L'hémorrhagie, foudroyante il y a deux heures, est maintenant suspendue, à la suite d'applications froides, qui ont été faites sur le ventre. Soupçonnant un avortement, comme dans le cas précédent, je touche la malade, et trouve, derrière un orifice, qui laisse introduire le doigt, mais qui paraît en voie de réformation, un corps mou et spongieux, qui est le placenta. Sachant déjà que la suppression de règles datait de trois mois, en l'absence des nombreux caillots expulsés depuis vingt-quatre heures, et que l'on a fait disparaître, caillots qui auraient pu me donner la preuve de l'expulsion du fœtus, je m'arrête à l'idée que la première partie de l'avortement a dû être accomplie, et que je me trouve en face d'une rétention du délivre. Je me détermine toutefois à attendre. Je prescris des compresses d'eau glacée sur le ventre et les cuisses, quelques cuillerées d'eau de vie et de bouillon glacé, pour ranimer la malade, et, au bout de deux heures, voyant que la situation restait la même, que l'hémorrhagie ne recommençait pas, je me retire, en annonçant que je reviendrai à dix heures.

Dix heures. — L'hémorrhagie, suspendue pendant quatre heures, vient de se renouveler. La malade, plus décolorée que jamais, a des syncopes, des tintements d'oreille, des baillements ; la peau est froide, le pouls très-faible. Il y a des douleurs insignifiantes ; l'orifice est dans le même état. On sent toujours le placenta derrière lui, mais il ne s'engage pas. Je pratique immédiatement le tamponnement et fais donner à la malade une cuillerée à café de rhum toutes les dix minutes, jusqu'à ce que cet état soit un peu dissipé. La famille la croit désespérée et lui fait prendre ses dernières dispositions.

12 octobre. — La nuit s'est passée ainsi, sans que le sang vienne rougir le tampon. Mais le matin, celui-ci est devenu intolérable, et Mme X... demande instamment à en être débarrassée; partie pour la satisfaire, partie aussi pour me rendre compte de la situation, je l'enlève, et je constate aussitôt, que derrière l'orifice, un peu plus dilaté et plus ferme, vient faire saillie un des bords du délivre non engagé, mais désormais plus accessible. Je me résous immédiatement à tenter de mettre fin à une situation des plus périlleuses pour la malade, en tâchant d'entraîner au dehors avec une pince à polype, la partie accessible. Le doigt de la main droite étant introduit dans la cavité utérine et appuyé sur le bord placentaire, j'introduis sur lui avec la main gauche la pince de Levret, que j'ouvre quand elle est arrivée dans la matrice, de façon à saisir profondément et solidement le délivre. Avant d'exercer aucune traction, je ferme lentement et progressivement, mais très-étroitement les mors, pour m'assurer que je ne saisis pas la paroi utérine, puis je tire en bas, selon l'axe du détroit. Le délivre se déchire, et j'en extrais la moitié environ. Je recommence la même manœuvre deux fois de suite et je parviens ainsi à extraire par portions l'annexe complet dont je reconnais l'intégrité en réunissant les fragments pour le reconstituer. L'opération accomplie avec douceur a demandé une demi-heure, sans que l'hémorrhagie se soit reproduite, et sans qu'il y ait eu pour la femme, déjà au dernier degré de l'affaiblissement, mais courageuse, et soutenue par la pensée de la délivrance prochaine, un trop grand surcroît de fatigues.

Les suites ont été longues, à cause de l'extrême anémie où était tombée la malade, mais simples et dépourvues de tout accident. Aujourd'hui, elle est complétement remise.

Je crois, que dans les conditions que je viens de signaler, j'étais autorisé à me départir de la règle générale que j'ai posée plus haut. Il s'agit ici, en effet, d'une femme, douée d'une mauvaise constitution, épuisée par une longue et violente hémorrhagie, incapable de résister à de nouveaux accidents et qui aurait pu succomber, si la délivrance eût été retardée. Il est vrai, que le tamponnement avait suspendu l'hémorrhagie. Mais pouvais-je laisser indéfiniment en place un tampon mal supporté? L'hémorrhagie ne se serait-elle pas reproduite? L'expulsion du délivre aurait-elle eu lieu, et dans le cas contraire, comment cette femme aurait-elle supporté les accidents ultérieurs? Je n'ai pas pensé que je pusse l'exposer à toutes ces éventualités; l'intervention a, du reste, été justifiée par le succès. Aussi, sans paraître en contradiction avec les réflexions que m'ont inspirées ma première observation, il me semble qu'on ne peut conclure de ce dernier fait, que si l'intervention instrumentale, en dehors des circonstances, où l'on n'a qu'à entraîner le délivre engagé dans l'orifice, ne doit être admise qu'avec beaucoup de réserves, et proscrite dans la plupart des cas, elle offre cependant des indications. Ces indications se rencontrent dans les circonstances où la vie de la femme peut paraître menacée, et où l'état de l'orifice et la situation du délivre par rapport à lui, permettent d'introduire le doigt ou l'instrument sans violenter le col.

EXAMEN DES MALADIES DE L'OREILLE

AU POINT DE VUE DU SERVICE MILITAIRE

Par M. Gaujot, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce.

Nous détachons d'une très-intéressante étude publiée dans le « Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires », le chapitre de la simulation.

Simulation des maladies de l'oreille.

Diverses substances, du miel : des sucs d'herbes à teinte verdâtre, du suif rance mêlé d'assa-fœtida, du fromage décomposé, etc., ont été quelquefois introduites dans le conduit auditif, en vue de simuler une otorrhée. Une pareille supercherie sera aisément découverte à l'odeur propre, à la couleur et à la consistance des matières employées, dont les caractères diffèrent sensiblement de la matière purulente. Il suffirait, d'ailleurs, pour faire cesser toute hésitation, de nettoyer l'oreille à l'aide de la solution de carbonate de soude et de la pince-curette armée de coton, pour constater l'intégrité du tégument du conduit auditif et de la surface du tympan. Il en serait de même si la substance introduite était du pus de provenance étrangère.

Un pois, un fragment de moelle de sureau, une boulette de papier ou de mie de pain et d'autres corps analogues ont été enfoncés dans le conduit auditif, pour faire croire à la présence d'un polype, à une obstruction du canal, et expliquer une surdité simulée. Les manœuvres de ce genre seront bientôt déjouées par l'examen à l'otoscope. En même temps qu'il fera constater l'état normal des tissus en avant et autour du corps étranger, cet examen permettra de reconnaître la mobilité et la nature de la substance introduite. Il facilitera, en outre, son extraction immédiate.

Divers agents irritants, de véritables corps étrangers, peuvent aussi être introduits dans l'oreille intentionnellement, dans le but de provoquer ou d'entretenir un écoulement purulent, susceptible de devenir un motif d'exemption ou d'exclusion de l'armée. Les altérations développées par ces tentatives n'en constituent pas moins une maladie réelle, dont il ne reste plus qu'à apprécier les conséquences au point de vue du service militaire, en raison de leur gravité propre et en dehors de leur origine suspecte. Légères et cura-

bles, elles n'empêcheront pas l'homme de servir; graves et incurables, elles devront entraîner son renvoi. La preuve d'une intervention provocatrice préméditée est souvent trop difficile à acquérir, pour être recherchée avec avantage, au point de vue de la répression. Du reste, quand les désordres déterminés sont sérieux, ils apportent avec eux une punition suffisante de la mauvaise action commise.

La surdité prétextée sans maladie apparente de l'oreille, est d'autant plus facile à feindre, qu'elle n'exige, pour être soutenue, qu'une résolution tenace. Il faut dire pourtant, que la simulation entière, c'est-à-dire l'imitation de toutes pièces d'une surdité complète, d'emblée, devient de plus en plus rare. Ordinairement, les hommes qui allèguent une surdité prononcée ont en réalité l'ouïe dure par suite d'une légère altération de l'oreille, connue d'eux ou développée à leur insu. Seulement, au lieu de déclarer le degré exact de l'imperfection fonctionnelle dont ils sont atteints, ils l'exagèrent considérablement, de manière à faire d'une minime incommodité une infirmité de nature à les dispenser du service militaire. Ils simulent donc; mais leur simulation n'est que l'exagération d'une disposition dont le point de départ est plus ou moins fondé.

Les moyens propres à faire reconnaître la surdité simulée sont les suivants. — L'attitude et la physionomie du sujet observé fourniront d'abord un premier indice. Tandis que le véritable sourd, dont l'intelligence n'est pas amoindrie, offre ordinairement dans les traits, dans l'expression du visage et des yeux, une sorte d'attention interrogatoire, à l'aide de laquelle il cherche à saisir, par le mouvement des lèvres, le sens des paroles qui lui sont adressées ; le faux sourd, au contraire, se détourne, baisse les yeux, évite les regards de l'explorateur, fait semblant de ne pas comprendre qu'on s'adresse à lui et prétend, le plus souvent, n'entendre absolument rien, si haut et de si près qu'on lui parle. L'oblige-t-on à prêter attention et à tendre l'oreille, il prend un air hébété et répond invariablement : « Je vois bien que vous me parlez , mais je n'entends pas ce que vous dites. »

On ne négligera pas de tenir compte des renseignements qui pourront être obtenus sur les antécédents morbides et la condition professionnelle de l'homme examiné. On saura ainsi depuis quand et comment la surdité est survenue, et si la profession exercée est de celles qui impliquent la nécessité d'une ouïe normale.

On cherchera, par surprise, à mettre en défaut la vigilance du sujet suspect, en provoquant de sa part quelque acte involontaire qui témoigne qu'il a entendu. Pendant que son attention est détournée ou occupée ailleurs, on tâche de l'exciter par un bruit quelconque ou une demande inattendue. Tous les moyens de surprise ne peuvent être indiqués ni même prévus. Ils naissent des circonstances. Les plus simples sont souvent les plus efficaces. — Un des meilleurs consiste à adresser une question, en commençant à voix haute et en baissant progressivement le ton. Le simulateur, qui croit devoir faire répéter chaque parole avant de laisser voir qu'il a compris répond souvent à la question reproduite à voix ordinaire, alors qu'il semblait n'avoir pas entendu la même question énoncée précédemment sur un ton plus élevé. — Un autre procédé, qui manque rarement son effet, consiste à lancer inopinément une interpellation vive, mais sans élever la voix, en proférant quelques menaces ou seulement des paroles désobligeantes. Si l'interpellation ne provoque pas une réponse démonstrative, elle a au moins pour résultat de faire apparaître sur la physionomie du simulateur, soit la pâleur de la crainte, soit la rougeur de l'émotion contenue.

Les divers moyens d'investigation susénoncés suffisent ordinairement pour avoir raison d'un simulateur peu résolu. Ils restent impuissants devant les volontés plus fermes. Contre ces dernières, ils peuvent encore fournir les éléments d'une présomption; mais ils ne sauraient à eux seuls fonder une conviction. L'unique voie susceptible de conduire alors à une solution positive est de procéder à l'examen complet des différentes parties de l'oreille, par tous les procédés d'exploration indiqués.

Deux alternatives peuvent ressortir de cet examen : 1° il existe dans quelque point de l'oreille externe, de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne une altération morbide plus ou moins prononcée; 2° l'oreille est exempte, dans ses parties accessibles, de toute disposition anormale.

1° Dans le premier cas, si l'altération constatée, qu'elle soit récente ou ancienne, est légère, curable ou peu importante ; si, par son siège et ses caractères connus, elle n'est pas de nature à occasionner une gêne de l'audition aussi considérable que celle qui est accusée, l'homme devra être déclaré apte au service, sans tenir compte de sa surdité exagérée. D'ailleurs, il suffit souvent des manœuvres nécessaires à l'examen de l'oreille et à la constatation de l'acuïté auditive, pour troubler l'exagérateur, pour lui communiquer l'assurance que l'on est en mesure d'apprécier exactement le degré de son audition, et pour l'amener ainsi à se départir séance tenante de sa prétendue surdité.

Lorsque, au contraire, les altérations découvertes par l'exploration otoscopique sont un peu plus développées, et que, par leur siége sur la membrane du tympan, dans la caisse ou le labyrinthe, elles sont susceptibles d'entraîner une gêne sensible de l'audition, l'appréciation de la part d'exagération apportée par l'homme dans la surdité qu'il accuse devient fort difficile, sinon impossible. Elle réclame, dans ce cas, une observation prolongée et expérimentée, à laquelle il ne peut être procédé avec fruit que dans un hôpital, après l'admission sous réserve du sujet suspect. C'est pourquoi la résolution à prendre à son égard devra être ajournée, jusqu'à ce qu'un examen suivi ait mis en mesure de se prononcer. Mais il faut reconnaître que les éléments de la solution cherchée ne ressortent pas toujours clairement de cet examen ultérieur, même lorsqu'il est pratiqué dans toutes les conditions désirables. Il arrive quelquefois, en effet, que malgré une étude attentive du sujet et l'application de tous les moyens d'investigation connus, le problème reste insoluble. Dans ces cas équivoques, pour peu que la lésion anatomique soit appréciable, il faut trancher la question en admettant la surdité comme suffisante pour être incompatible avec le service militaire; attendu que, dans le doute, mieux vaut se tromper en faveur de l'intéressé que de commettre l'erreur contraire. En agissant ainsi, on sera guidé par cette considération que le trouble fonctionnel de l'audition n'est pas toujours en rapport avec l'altération apparente de l'organe, et qu'il peut en être ainsi, à la rigueur, dans le cas particulier soumis à l'examen.

2° Les sourds de la seconde catégorie, chez lesquels l'examen ne révèle aucune lésion appréciable, sont moins embarrassants. Après les avoir soumis à l'exploration otoscopique, on s'enquiert avec soin de leurs antécédents morbides; on recherche s'il existe ou non des signes subjectifs caractéristiques de la lésion de l'oreille interne, et l'on procède à l'expérience du diapason, exécutée comme il a été dit plus haut. Des résultats donnés par cette dernière épreuve dépendent en grande partie les conclusions à tirer de l'ensemble de l'examen.

Parmi les sourds en question, il en est qui, tout en prétendant n'entendre que la voix haute, avouent cependant percevoir les vibrations du diapason comme à l'état normal. D'autres, contrairement aux conditions physiologiques de l'expérience, disent ne percevoir les vibrations du diapason que dans l'oreille laissée ouverte, lorsqu'on bouche l'une et l'autre oreille alternativement. Les uns et les autres, si l'intégrité anatomique des oreilles a été bien constatée, s'ils sont dépourvus de tout antécédent morbide, s'ils n'accusent aucun signe subjectif, et surtout s'ils allèguent que la surdité est survenue brusquement, sans cause connue, depuis quelque temps seulement, avant ou après l'incorporation, peuvent être hardiment déclarés simulateurs et traités comme tels. D'autres, enfin, craignant de se compromettre, répondent négativement à toutes les investigations et prétendent ne pas ressentir les vibrations du diapason, pas plus d'un côté que de l'autre, aussi bien pendant que les oreilles sont fermées que lorsqu'elles sont ouvertes. Ceux-ci sont encore des simulateurs, puisqu'ils répondent aux questions adressées sur un ton élevé, et qu'ils devraient être aussi inaptes à percevoir la parole à voix haute que les vibrations sonores transmises directement, si, comme semblerait l'indiquer l'épreuve du diapason, le nerf acoustique était effectivement paralysé.

Reste donc la catégorie des sourds qui disent n'entendre absolument rien, ni les bruits, ni les sons de la voix, ni les vibrations du diapason. Ici, les commémoratifs donneront le moyen de reconnaître la surdité véritable de la surdité feinte. En se reportant aux causes probables de la surdité nerveuse, sans lésion apparente des organes de transmission de l'oreille, on verra qu'elles ont pour origine, soit

une lésion traumatique, fracture directe ou indirecte, contusion, commotion de la région, soit une lésion organique du rocher, soit une affection des méninges ou de l'encéphale, soit enfin, des troubles de l'innervation auditive dus à quelque maladie générale, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, anémie, etc. Encore faut-il remarquer que la plupart des lésions traumatiques et des affections du cerveau localisent leurs effets à un seul côté, et que la surdité complète bilatérale succède plus particulièrement à la commotion, à la méningite et aux maladies générales. Enfin, on n'oubliera pas que les cas de surdité par atrophie nerveuse, sans aucune altération appréciable des organes de transmission, doivent être considérés comme exceptionnels. Si donc les commémoratifs établissent nettement les conditions dans lesquelles la surdité est survenue, si surtout ils sont attestés par un certificat dûment légalisé et signé par plusieurs notables de la localité habitée par l'intéressé; la surdité absolue d'une ou des deux oreilles, avec insensibilité constatée aux vibrations du diapason, devra être tenue pour véritable, malgré l'intégrité apparente des organes accessibles, et entraîner l'incapacité de servir. Mais, si les commémoratifs font défaut, ou s'ils sont indûment attestés, si, en un mot, l'homme qui accuse une surdité complète, avec intégrité des organes auditifs, et qui prétend ne pas entendre le diapason, ne peut alléguer aucune maladie antérieure ou présente, il devra être considéré comme suspect et gardé en observation jusqu'à amendement.

Une veuve de médecin, ayant quatre enfants, est plongée dans la plus profonde misère. Notre très-honoré confrère, M. le docteur A. Piéchaud, 3, boulevard du Palais (Paris), recevra avec reconnaissance tout ce que ses confrères voudront bien lui adresser pour venir à l'aide de cette cruelle situation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Avis. — MM. les étudiants sont priés de déposer leur feuille d'inscription la veille du jour où ils doivent prendre leur inscription. Cette formalité est indispensable pour la préparation des dossiers.

— Un concours pour un emploi d'agrégé s'ouvrira à l'École du Val-de-Grâce, le 1er juin 1877. Cet emploi se rapporte à l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les pharmaciens aides-majors de première classe et les pharmaciens majors des deux classes, qui désireront participer à ce concours, devront adresser à M. le ministre de la guerre une demande qui, sous peine de rejet, sera appuyée de l'avis motivé de leurs chefs de service. Cette demande devra parvenir au ministre par la voie hiérarchique, avant le 1er mai prochain, terme de rigueur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roudil, ancien médecin militaire.

— M. le docteur E. Vidal, reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis le lundi 9 avril et les continuera les lundis et vendredis suivants :

Le lundi à neuf heures, visite des malades ; à dix heures, leçon sur l'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique des affections cutanées (Salle Saint-Jean).

Le vendredi à neuf heures, visite des malades et conférence clinique.

— M. le docteur Verrier commencera son cours public et gratuit sur l'art des accouchements, le lundi 9 avril, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Il traitera dans ce semestre *de la version* et *du forceps* comme complément des accouchements difficiles ou dangereux. Les leçons auront lieu tous les lundis et vendredis à la même heure.

— M. Benjamin Anger, agrégé, commencera un cours libre de pathologie externe le mardi 10 avril, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure (sujet du cours : maladies des os et des articulations, anévrysmes, tumeurs, etc.)

— Le docteur Reliquet commencera son cours, sur les opérations des voies urinaires le vendredi 13 avril à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Badal commencera ses leçons sur la *cataracte* le samedi 14 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Cours complet en seize leçons.

Examen des malades, exercices d'optométrie et d'ophthalmoscopie tous les jours, de midi à deux heures, à la Clinique, 83, rue Lacondamine.

— M. le docteur Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques le lundi 16 avril, à neuf heures du matin, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 42. — JEUDI 12 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 12 AVRIL 1877. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lectures et de communications, que l'on pourrait appeler séance des vacances de Pâques ou séance des correspondants. C'est, en effet, suivant l'usage, à des lectures et à des communications de professeurs, médecins ou chirurgiens des grandes villes, en vacances, et pour la plupart correspondants de l'Académie, ou destinés à le devenir, que sont consacrées en grande partie les deux séances qui suivent la semaine pascale.

Mardi dernier, c'était M. de Fleury (de Bordeaux) qui entretenait l'Académie de sa théorie dynamo-chimique de la glycérine diabétique. Hier, MM. Willemin (de Vichy), Lanelongue (de Bordeaux), Chassagny et Gromier (de Lyon), sont venus exposer les résultats de leurs études ou de leurs observations sur divers points de science ou de pratique : M. Willemin, dans un mémoire bien écrit, et qui nous a paru renfermer des idées judicieuses et des observations délicates, a développé une théorie physiologique du sommeil, naturel ou provoqué. M. Lanelongue a lu une observation extrêmement intéressante, relative à un nouveau cas de gastro-stomie qui vient s'ajouter à celle de M. Verneuil pour donner une nouvelle confirmation aux conceptions et aux prévisions de M. Sédillot, et qui met en même temps en relief quelques nouvelles indications utiles au point de vue du procédé opératoire. M. Chassagny, dont on connaît les nombreuses et ingénieuses inventions, a exposé en quelques mots tout un système de compression et d'immobilisation méthodique par l'air ou par l'eau, qui a reçu déjà d'heureuses applications et qui paraît de nature à remplir utilement de très-nombreuses applications dans la pratique journalière de la chirurgie. Enfin, M. Émile Gromier, professeur à l'École de médecine de Lyon, faute de temps, a dû se borner à déposer sur le bureau de l'Académie un mémoire sur l'empoisonnement aigu et chronique par l'hydrogène arsénié.

Cette séance, bien remplie comme on le voit, a été complétée par l'élection d'un correspondant. Sur une liste contenant des noms tous également connus dans la science, celui de M. Denucé, après trois tours de scrutin, a obtenu la préférence et le savant professeur de Bordeaux a été proclamé élu.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De l'influence des impressions morales sur la production et sur la guérison de certaines paralysies (1).

II

Quelle est la cause des paralysies nerveuses ou hystériques qu'une impression morale peut guérir subitement ? Il n'est pas inutile de le rechercher. Sans prétendre découvrir l'origine de ces paralysies et sans affirmer quoi que ce soit à ce sujet, il est permis, ne fût-ce que sous forme d'hypothèse, de formuler quelques idées que justifient les phénomènes connus de l'action nerveuse.

Vous savez avec quelle rapidité se meuvent les impressions nerveuses, la volonté et la pensée, dans les tubes nerveux. Helmholtz a trouvé que le courant nerveux était de 26 à 27 mètres par seconde, fait reconnu à peu de chose près, vrai par d'autres physiologistes. C'est un courant analogue au courant électrique, dans les fils d'un télégraphe ou dans les tubes vasculaires, mais ici la vitesse n'est que de 9 à 10 mètres par seconde.

Que dans les tubes nerveux il y ait un courant réel d'émission ou simplement une ondulation dans la myéline, peu importe. Influx nerveux, courant nerveux, ondulation nerveuse, toutes ces dénominations indiquent que dans les tubes nerveux court un agent qui porte et rapporte au centre commun les impressions et les volitions qui en résultent. Un traumatisme anéantit tout. La section ou la compression des nerfs arrêtent au passage la matière nerveuse, s'il y a un courant nerveux ; ou l'ondulation de la substance des nerfs, s'il n'y a qu'une ondulation. Ce que produit un traumatisme ne peut-il se faire spontanément ? Imprudent qui le nierait, puisque nous voyons les paralysies sensorielles et motrices naître et guérir subitement sous l'influence des impressions morales. Mais alors, quel est le désordre produit dans la substance nerveuse ? Est-ce une obstruction réelle arrêtant le cours du fluide nerveux et pouvant disparaître comme disparaît un obstacle vasculaire artériel ou veineux ? Est-ce un trouble local hyperémique ou ischémique de la circulation d'un point limité des centres nerveux ? C'est possible, mais jusqu'à présent, nulle découverte

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 avril.

anatomique n'autorise à le dire. Ce qu'il y a de certain, c'est que la lésion est bien peu de chose, puisqu'elle a échappé à toutes les recherches et qu'elle peut disparaître en quelques minutes sans laisser de traces et en permettant la guérison des malades. Sa disparition instantanée est la preuve de son extrême petitesse et de son peu d'importance matérielle. On se demande comment des paralysies aussi étendues peuvent n'avoir pas de causes appréciables, et on ne peut s'empêcher de regarder, comme bien futiles, les prétentions de ceux qui ont la suffisance de se croire capables de localiser les lésions cérébrales, d'après le siége et la nature des troubles nerveux fonctionnels. Le clinicien n'a pas de ces illusions de laboratoire, et quand on a vu beaucoup de malades comme ceux dont je parle aujourd'hui, on devient moins crédule en fait de localisation anatomique. C'est du reste, là, le grand avantage de l'observation à l'hôpital, sur les études de vivisection. L'une s'alimente de vérités que les autres ne pourront jamais connaître et si vous devez être médecins, n'oubliez pas que vous n'avez d'autre laboratoire que l'hôpital.

La jeune fille qui fait le sujet de cette leçon, vous présente des troubles d'innervation, sur la nature desquels on ne peut rien préciser. C'est une peur qui l'a subitement rendue muette et paraplégique. D'après le début et la marche des accidents, d'après l'absence de lésions ophthalmoscopiques, j'ai pensé qu'il n'y avait aucune désorganisation du cerveau et de la moelle, et qu'on pouvait supposer, qu'une obstruction des conduits nerveux, entraînant l'arrêt de l'influence nerveuse, était la cause du mal. Il m'a semblé que ce cas était propice à l'emploi d'une médication toute morale et, que c'était l'occasion de montrer comment une maladie, provoquée par la terreur, pouvait être guérie par une autre impression de terreur.

Vous m'avez vu faire. Après avoir constaté la paraplégie et m'être rendu compte de sa cause, qui ne m'a pas semblé être de nature organique ayant altéré la moelle, j'ai annoncé assez haut pour effrayer la malade, que la brûlure au fer rouge le long du dos, devait la guérir. J'ai décrit devant elle, les fourneaux, les charbons ardents, le fer rougi au feu, la douleur de l'application et la guérison immédiate. Je lui ai montré le nouveau cautère au charbon enflammé dont je voulais me servir, et je l'ai laissée jusqu'au lendemain sous l'influence de cette pensée qui pouvait, en l'effrayant, préparer sa guérison. L'enfant avait une peur excessive, c'est ce que je désirais. Aussi le lendemain, pleurait-elle abondamment à notre approche et quand il fallut la lever pour la porter sur la chaise d'opération.

Je pris alors le bâton de fusain enflammé, et fis de nombreuses cautérisations superficielles et légères le long du dos, de façon à ne brûler que l'épiderme, sans faire d'escharres ni de plaies. C'est l'*ustion épidermique*. Chaque pointe de feu était un stimulant de cris et de larmes, mais au bout de quelques secondes, pour échapper à ces cautérisations, l'enfant se levait, en s'appuyant sur le bras d'aides placés à ses côtés, et elle cherchait à fuir. Je n'en demandais pas davantage, j'accélérai les cautérisations, et bientôt l'enfant put se soutenir et marcher. Elle revint ainsi à son lit et put y remonter soutenue par les deux élèves. Le mouvement était revenu dans les deux membres inférieurs, et si leur agilité n'était pas très-considérable, elle était suffisante, pour montrer l'effet avantageux de la médication perturbatrice employée. Restait à savoir, si la guérison persisterait. Eh bien, elle a persisté. Le lendemain et les jours suivants, pendant huit jours, l'enfant a pu marcher facilement et descendre au jardin. Au bout de ce temps, les membres se sont un peu affaiblis et la marche devenait plus difficile. J'ai fait alors une nouvelle cautérisation ponctuée, qui a produit une nouvelle amélioration, et c'est dans cet état que l'enfant est sortie de l'hôpital. Elle a été emmenée par les parents qui ne voulurent pas payer les frais de séjour exigés par l'administration et je ne l'ai pas revue.

Quoi qu'il en soit, le fait, s'il n'est pas complet, n'est pas moins intéressant, et il montre ce que l'on peut produire avec mon procédé d'*ustion épidermique* dans les paraplégies nerveuses.

A côté de cette malade, se trouvent deux autres enfants, également paraplégiques, et l'une d'elles aphonique. Ces enfants voyant le succès obtenu sur leur compagne en furent très-vivement impressionnées, mais d'une façon différente. L'une fut terrifiée par les cris de l'enfant que je cautérisais en craignant que je ne lui en fisse autant, car je venais de le lui proposer. L'autre qui était malade depuis longtemps et qui désirait guérir, espérant que ce qui avait réussi chez sa voisine lui serait d'un secours aussi efficace, voulut être traitée comme elle par la *cautérisatton épidermique*.

Dans le premier cas, la paraplégie était survenue subitement sans cause appréciable et, il suffit de la menace d'une cautérisation par le feu et de la frayeur produite par la pensée de cette opération pour la guérir. Voici son observation :

Obs. III. — *Paralysie spinale. — Épilepsie spinale. — Petite hémorrhagie cérébrale.* — B..., six ans ; entrée le 2 juin 1876 ; cette enfant n'ayant jamais fait de maladie grave, jouait au ballon, elle voulut le ramasser et s'affaissa sur elle-même. Elle s'est relevée péniblement et est allée tomber quelques pas plus loin. Puis, trois jours après, elle tombait, ne pouvant se tenir sur le côté droit, avec un peu de contracture dans la jambe droite et le bras droit, sans perte de connaissance et riant avec les enfants qui l'entouraient. Cette crise durait quelques minutes et se reproduisait plusieurs fois par jour. Puis, au bout d'un mois, les crises venaient la nuit plus que le jour, quelquefois avec un cri aigu, perte de connaissance. Rougeur vultueuse du visage sans asphyxie, parfois de l'écume à la bouche, mouvements convulsifs des muscles de la tête et des membres. Ces crises duraient quelques minutes et l'une d'elles a duré un quart d'heure. Elle n'a jamais eu de maux de tête, pas de vomissements, pas de constipation, mais peu à peu la motilité s'est affaiblie et aujourd'hui elle ne peut plus se tenir, bien qu'elle essaie de marcher quand on la tient sous les bras. Dans cet état, c'est le côté droit qui semble le plus faible, et il y a dans la main un léger tremblement.

L'enfant essaie de se servir de ses mains, mais elle ne peut tenir les objets et ne peut manger seule. L'intelligence n'a jamais été troublée et reste parfaitement nette. Cette nuit, l'enfant qui n'avait pas eu de crises convulsives dans la journée, en a eu cinq pendant le sommeil, caractérisées par la perte de connaissance, renversement de la tête en arrière, mouvements convulsifs de la face et des membres avec un peu d'écume à la bouche et une fois émission involontaire d'urine.

Le 7 juin, pendant le sommeil, cette enfant a encore eu une dizaine de crises convulsives.

9. Six convulsions pendant la nuit.

12. Cinq convulsions pendant la nuit. Le kousso a été donné sans succès. Bromure de potassium, 4 grammes.

14. Six convulsions. Bromure de potassium, 4 grammes.

17. Les crises qui n'avait eu lieu que pendant le sommeil, viennent maintenant dans l'état de veille. Bromure de potassium, 4 grammes.

19. Les crises, de plus en plus nombreuses, se montrent maintenant nuit et jour.

Bromure de potassium, 4 grammes.

25. Même état, même prescription.

28. L'enfant semble affaibli, analgésique, dans un état de stupeur considérable dû au bromure de potassium, et ayant toujours des convulsions qui sont presque continues. On cesse le bromure de potas-

sium et on le remplace par de la liqueur d'Hoffmann, 2 grammes.

30. L'enfant semble se réveiller et les convulsions ont disparu, continuation de la liqueur d'Hoffmann.

8 juillet. L'enfant est tout à fait réveillé, les convulsions ne sont point revenues, mais la paralysie est la même.

Aujourd'hui, comme il y avait dans la salle une paraplégie à laquelle on faisait des cautérisations ignées du dos pour la faire marcher, et qui poussait des cris capables de l'effrayer, parce qu'elle croyait que son tour allait venir, elle réussit à remuer un peu les jambes, on ne la cautérisa pas, et cependant le lendemain elle remuait davantage.

10. Elle marche seule dans la salle.

25. L'enfant marche très-facilement et n'a plus de convulsions, elle mange très-bien et sa santé est très-bonne.

Le 2 août, elle sort guérie.

Dans ce cas, il a suffi d'une émotion vive, produite par la frayeur d'une opération douloureuse pour amener la guérison. C'est un fait semblable à celui que cite le baron Feuchsterleben, dans son hygiène de l'âme, et qui est relatif à un monsieur qui, guérit d'une paralysie de la langue, au moment ou avant de l'opérer, on lui avait mis un thermomètre dans la bouche.

Chez l'autre enfant, la paralysie était la suite d'une maladie aiguë, probablement d'une angine traitée à domicile. Elle était déjà depuis assez longtemps à l'hôpital. Rien n'avait réussi et je cédai à ses instances. Bien lui arriva, car elle a guéri.

Voici d'abord son observation :

Obs. IV. — *Aphonie. — Paraplégie.* — D..., quatorze ans et demi, entrée le 27 mars 1876, mal formée, presque toujours malade, toussant tous les hivers. Cette année-ci, tousse depuis plusieurs mois, à la suite d'une angine mal caractérisée, paralysie du voile du palais, extinction de voix depuis cinq semaines. Enfant pâle, anémique, pas beaucoup d'appétit, digère bien et n'a pas souvent de diarrhée. Souffre souvent du côté gauche de la poitrine, tousse souvent, rejette des matières catarrhales, mais pas de sang. Cœur : matité de 4 centimètres carrés, pas d'impulsion, il existe à la pointe en dehors, un bruit de piaulement au deuxième temps. Résonnance sous-claviculaire bonne des deux côtés et en arrière, murmure vésiculaire, s'entend partout, un peu affaibli en arrière, et même dans les grandes inspirations aucun râle ; la toux un peu voilée ; voix éteint e ; pas de fièvre.

8 avril. L'enfant, qui pouvait à peine se tenir, mais qui avait pu venir à pied dans la salle, perd de plus en plus la faculté motrice des membres inférieurs. Sensibilité tactile conservée, sensibilité reflexe abolie.

6 juin. État de l'enfant a peu près le même ; toujours aphonie, tousse un peu, rejette des mucositéss pumeuses filantes et glaireuses. Paralysie des membre sinférieurs un peu plus considérable et s'étend aux membres abdominaux et intercostaux inférieurs. Le mouvement des bras persiste ; vigueur de la main douloureuse. Le mouvement respiratoire est plus grand en haut qu'en bas. Dans les membres inférieurs, douleurs lancinantes aiguës qui existent également dans les bras.

Le murmure vésiculaire est partout très-faible.

Cœur. Bruit de piaulement au laryngoscope. Cordes vocales immobiles pâles ; mais il n'y a pas d'ulcération, pas d'appétit, pas de vomissements et pas de fièvre.

Ici, ce n'est pas comme chez la première malade, dont j'ai raconté l'histoire, une impression morale de terreur, aidée de la cautérisation épidermique qui a produit la guérison. C'est l'impression occasionnée par la douleur, car l'enfant n'était nullement effrayée et demandait elle-même la cautérisation.

Quoi qu'il en soit, ces cautérisations ont eu un bon effet. Sous leur influence, les mouvements des membres inférieurs sont peu à peu revenus, et aujourd'hui, ils sont ce qu'ils étaient jadis. L'enfant est toute la journée debout, elle marche facilement et aide les infirmiers dans les soins à donner aux autres enfants.

C'est un très-beau résultat, sur lequel il n'y avait pas beaucoup à compter, et je crois qu'il est utile de le remarquer, car il montre toute l'excellence des cautérisations épidermiques dans le traitement des paraplégies.

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Cas rare de hernie inguinale droite interstitielle étranglée derrière le testicule arrêté à l'anneau. Opération. Mort.

(Observation recueillie par M. Brun, interne du service.)

Louis B..., âgé de vingt-trois ans, exerçant la profession de garçon de laboratoire, entre le 10 mars 1877, dans le service de M. Després, salle Cochin, lit n° 9.

C'est un homme assez robuste en apparence, qui n'a fait jusqu'à ce jour aucune maladie, mais dont les testicules ne sont jamais descendus dans les bourses ; en outre, il n'était pas rare que de temps à autre, et principalement à la suite d'un effort, une petite tumeur apparut dans l'aine droite, au-dessus du testicule arrêté dans l'aine ; elle s'accompagnait alors de douleurs de ventre qui cessaient en même temps que disparaissait la tumeur, lorsque, pendant un certain temps, le malade était resté couché sur le ventre.

Le jeudi 8 mars, à huit heures et demie du matin, après un effort, la tumeur inguinale se montre comme d'habitude et s'accompagne de coliques ; elle ne disparaît qu'à une heure et demie.

Pendant toute la journée, le malade est tranquille, et à minuit, il se couche parfaitement bien portant. A minuit et demie, il est réveillé par des coliques violentes et par des nausées auxquelles ne tardent pas à succéder des vomissements alimentaires. Ces vomissements et ces coliques persistent durant toute la nuit, et la tumeur de l'aine droite, qui s'est montrée au moment de leur apparition, ne disparaît pas.

Pendant toute la journée de vendredi, le malade vomit absolument tout ce qu'il avale, il souffre beaucoup du ventre, et depuis la veille au matin il n'a rendu ni gaz, ni matières par l'anus.

Vendredi soir, les accidents augmentant au lieu de s'amender, un médecin est consulté, qui pratique le taxis sur la tumeur inguinale pendant environ un quart d'heure, malgré des efforts *énergiques*, la tumeur n'ayant pas dimiuué, il conseille au malade d'entrer à l'hôpital Cochin.

Le samedi matin, au moment de son admission, B... présente un état général déjà grave, et rappelant en tous points les descriptions du choléra herniaire. Les traits sont tirés, les pommettes violacées, les extrémités froides ; la respiration est courte et fréquente ; le pouls, qui a conservé toute sa force, bat 108 fois par minute ; la température est à 36°5. Le ventre n'est que peu ballonné, à peine douloureux à la pression ; depuis le début des accidents, il n'a été rendu ni gaz ni matières par l'anus. Enfin, dans la nuit du vendredi au samedi, il y a eu deux vomissements bilieux jaunâtres.

État local. — Dans la région inguinale droite, existe une tumeur allongée dans le sens du cordon, présentant à peu près le volume d'un œuf, et au niveau de laquelle la peau a conservé sa coloration normale. Cette tumeur est molle, fluctuante, irréductible, peu douloureuse, si on la comprime seule, sans la repousser vers les parties profondes. En arrière et un peu au-dessus de cette tumeur, on rencontre un plateau dur, aplati, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau duquel l'application seule du doigt développe une très-vive douleur.

Les bourses, rétractées vers la racine de la verge, ne contiennent rien qui ressemble aux testicules.

En présence des caractères de cette tumeur inguinale, et principalement du siége de la douleur. M. Després porte le diagnostic suivant : la tumeur, molle et fluctuante, qui attire tout d'abord l'attention, doit être formée par le testicule, contenu dans une tunique

vaginale remplie de liquide ; la masse, dure et douloureuse, qui est située en arrière et en dehors en un point correspondant à l'orifice interne du trajet inguinal, est une hernie intestinale étranglée dans le canal inguinal par un collet de sac très-serré. Les symptômes généraux doivent tout naturellement être attribués à l'étranglement de cette hernie.

L'opération est pratiquée immédiatement à la cinquantième heure après le début de l'étranglement. En incisant couche par couche, on arrive tout d'abord sur une tumeur fluctuante qui, ponctionnée, donne issue à un liquide citrin, c'est la tunique vaginale. Elle contient le testicule, qui est mis à nu par une incision. Une incision est faite sur l'anneau inguinal externe et l'aponévrose du grand oblique, dont on voit nettement les fibres nacrées, et l'on tombe sur l'intestin, qui est situé dans le trajet inguinal distendu. Ce sac, qui n'est autre que la tunique vaginale, contient une anse d'intestin de 14 centimètres environ de longueur; et cet intestin, violemment contus, sans doute par les efforts de taxis, présente dans ses parois de nombreuses taches ecchymotiques; il est violacé sans présenter, du reste, en aucun point, la coloration feuille morte de la gangrène. L'étranglement est formé par le collet du sac, qui a pris absolument la forme d'un anneau cicatriciel dont le calibre peut être évalué à peu près à la grosseur d'une plume d'oie. Il est situé très-haut, en un point qui correspond à l'orifice interne du trajet inguinal, aussi est-on obligé, pour l'attirer au dehors, d'inciser les plans musculaires de l'abdomen dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Le collet étant dès lors facilement accessible, on pratique à son niveau trois débridements successifs, un premier en haut et en dehors, un deuxième directement en haut. Avant de réduire l'intestin, on le lave avec de l'eau chaude, et immédiatement on voit se produire des mouvements vermiculaires dans ses parois. Après sa réduction, un liquide sirupeux jaune clair, provenant de la cavité péritonéale s'écoule par la plaie.

Traitement. — Pansement à plat, maintenu par un bandage en T.

Badigeonnage sur le ventre avec de la teinture d'iode.

Trois pilules d'opium de 5 centigrammes.

Immédiatement après l'opération, la température s'élève à 37°3.

10 mars soir. — Le malade se sent un peu mieux. Le ventre est beaucoup moins douloureux ; le faciès, toujours le même, paraît un peu moins altéré. Quelques nausées, mais pas de vomissements. Température 38°1.

Badigeonnage sur le ventre avec de la teinture d'iode.

11 mars matin. — Le malade n'a presque pas dormi de la nuit. Il se plaint de quelques douleurs de ventre, il a rendu des gaz par l'anus en assez grande quantité et a uriné seul. Pas de vomissements. T. 38°6. P. 120.

Un bouillon, trois pilules d'opium. Badigeonnage avec de la teinture d'iode.

11 mars soir. — La journée a été assez calme, mais le malade, qui a reçu quelques visites, est un peu fatigué. T. 40°. P. 124.

12 mars matin. — Sommeil tranquille pendant la plus grande partie de la nuit. Les gaz sont rendus facilement, mais depuis hier soir le ventre est douloureux. A neuf heures et demie, vomissement vert porracé abondant. Ventre dur, peu ballonné. Faciès péritonéal. T. 38°4. Pouls fort à 104.

Vésicatoire recouvrant tout l'abdomen. Trois pilules d'opium.

12 mars soir. — Pas de vomissement durant la journée. Quelques nausées. Douleurs de ventre moins marquées que le matin. T. 38°8. P. 112.

13 mars matin. — Coliques pendant toute la nuit. A huit heures et demie, vomissement moins abondant que la veille. Ventre douloureux, surtout à gauche et en bas, peu ballonné. La plaie est pâle et ne suppure que très-peu. T. 39°2. P. 110.

Deux pilules d'opium. Un lavement.

13 mars soir. — T. 38°4. P. 104.

14 mars matin. — A la suite du lavement administré hier, selle assez abondante.

Un vomissement porracé à sept heures. Même état du ventre et de la plaie. T. 37°9. P. 102.

14 mars soir. — T. 38°6. P. 104.

15 mars. — Délire pendant la plus grande partie de la nuit; le malade cherche à défaire son pansement. Le faciès est beaucoup plus altéré que la veille. La langue est sèche, les yeux excavés. Deux vomissements pendant la nuit. T. 39°1. P. 120.

1 gramme de sulfate de quinine.

15 mars soir. — 38°8. P. 112.

16 mars matin. — Le malade a été calme pendant toute la journée d'hier. Il a vomi à une heure, puis à huit heures du soir. Pendant la nuit, il a cherché à descendre de son lit et n'a cessé de parler à tort et à travers. La langue est sèche, fuligineuse, la soif très-vive, le ventre très-peu ballonné. La plaie, blafarde, ne suppure qu'à peine.

T. 38°5.. — Le pouls qui, jusqu'à huit heures du soir, avait conservé sa force, est à 140.

1 gramme de sulfate de quinine. Un lavement.

16 mars soir. — Le délire a persisté pendant toute la journée. Le malade vomit tout ce qu'il prend.

Le pouls est à peine perceptible à 140. T. 40°.

Mort à sept heures du soir.

Autopsie. — Elle a été pratiquée trente-six heures après la mort. Le cerveau, les poumons, le cœur sont absolument sains.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les lésions d'une péritonite généralisée. Les anses intestinales sont accolées les unes aux autres par des fausses membranes infiltrées de pus en quelques points seulement. L'anse, qui était étranglée, a conservé à peu près la position qu'elle avait occupée après la réduction ; elle est dans la fosse iliaque droite. Elle présente une coloration violacée, noirâtre, sillonnée de stries transversales vasculaires; elle a conservé toute sa résistance. Au niveau du point étranglé, qui correspond à peu près à la partie moyenne de l'intestin grêle, il n'existe pas trace d'ulcération ni du côté de la tunique séreuse ni du côté de la muqueuse. Quant à la partie du tube digestif située au-dessous de l'étranglement, elle est modérément dilatée par les gaz, ce qui prouve bien que l'étranglement avait été complétement levé.

Les autres organes abdominaux, foie, rate et reins, ne présentent pas trace d'altération. Le testicule du côté gauche est immédiatement appliqué sur l'orifice interne du canal inguinal, qui semble un peu élargi.

Les réflexions que suggère cette observation, en dehors de la rareté même du fait, sont les suivantes : il paraît certain que la péritonite existait au moment où l'opération a été pratiquée. Mais, l'état général grave du malade, le délire et tout un cortége de symptômes qui avaient le caractère d'un état typhoïde, doivent être rapportés à une intoxication fécale, si l'on peut ainsi dire, que Bretonneau avait signalée, et qui est révélée par le choléra herniaire. Enfin, il est positif que, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, le taxis qui avait été complétement inutile n'avait servi qu'à contusionner l'intestin, et à rendre beaucoup plus grave le pronostic de la kélotomie.

SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur FAURE.

Un enfant nouveau-né est confié à une nourrice : l'enfant, la nourrice, les père et mère, sont parfaitement sains, on ne voit rien chez eux qui puisse donner à craindre l'apparition d'une maladie contagieuse.

Cependant, deux, trois ou quatre mois après, des symptômes de syphilis, généralement méconnus d'abord, se montrent chez la nourrice, l'enfant, la mère ou le père ; tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre en premier, puis tout le monde est infecté. La nourrice se prétend sûre d'elle-même et elle accuse l'enfant de lui avoir transmis un mal qu'il tient de ses parents ; ceux-ci, affirment de leur côté, que ce ne peut être que la nourrice qui l'a donné à l'enfant, et qu'ils l'ont gagné de lui sans défiance, dans leurs caresses de chaque jour.

La nourrice demande des dommages et intérêts, les parents dans leur conviction d'être les victimes et non les auteurs du malheur, seraient plutôt disposés à réclamer qu'à accorder une indemnité. Un procès s'engage, et c'est alors que surgit un problème d'une difficulté extraordinaire : quelle est l'origine vraie du mal ?

Dans ces conditions terribles, où l'honneur et l'argent sont également en jeu, toute considération personnelle se rattachant au caractère des individus est effacée, et la femme la plus respectable est tenue de se prêter à des investigations ignominieuses, qui ne sont réservées d'ordinaire qu'aux prostituées, trop heureuse encore, si n'étant alors que soupçonnée, on ne la traite pas déjà, dans la forme, en coupable.

La marche des symptômes de la syphilis, offre sans doute une certaine régularité, les transformations se succèdent avec des périodes connues. Mais ces périodes ne sont pas identiques chez tous les malades ; il y a des considérations de résistance propre, de tempérament, d'hygiène, de santé générale, de genre de vie, qui rendent tout variable d'individu à individu et en raison desquelles il est toujours dangereux de conclure de l'un à l'autre.

Il y a enfin une cause d'erreurs insurmontable dans la multiplicité des cas, où la vérole peut s'introduire chez les gens, à leur insu, en dehors de toute cohabitation vicieuse.

Ils savent aussi que cette régularité n'est que relative d'individu à individu, et qu'elle ne s'impose pas dans les mêmes délais, à la collectivité ; qu'il y a ici des questions de résistance propre, de tempérament, de santé générale, de genre de vie, d'hygiène, etc., qui rendent les résultats variables de sujets à sujets, et qu'il est, en somme, singulièrement épineux, dans la plupart des cas, de se prononcer d'une manière absolue pour l'affirmative ou pour la négative.

Le hasard a mis sous mes yeux un fait qui pourrait servir d'explication à beaucoup d'autres.

Il y a quelques jours, j'entrai, tout à fait par hasard, dans une maison où l'on venait d'apporter un enfant de trois ou quatre jours. Une nourrice qui se trouvait sans nourrisson, lui avait donné le sein, immédiatement, pour se soulager du trop plein de lait.

Au moment où je me retirai, cette femme me dit, sans avoir l'air d'ailleurs d'y attacher une grande importance :

« Regardez donc M. le docteur, ce petit, il a l'air malade : »

Or voici quel était l'état de ce nouveau-né :

1° Cachexie des plus prononcées ; 2° émaciation des membres et du tronc, développement considérable et dûreté du ventre ; 3° teinte jaune de la peau qui se détachait par écailles ; 4° tâches cuivrées, profuses sur le tronc ; 5° suppuration grave des sertissures onguéales à tous les doigts et à tous les orteils ; 6° plaque muqueuse très-caractérisée bordant toute la narine droite ; 7° jetage muco-purulent très-abondant par le nez ; 8° chapelet ganglionnaire au cou.

Les précautions nécessaires furent prises : mais supposons que les choses se fussent passées autrement. Après ce nourrisson, cette femme en prenait un autre, puis un, ou plusieurs autres, comme font beaucoup de nourrices. Un jour, à quelque temps de là, la nourrice, pour avoir reçu dans quelques plis des mamelons, un peu de la secrétion qui s'écoulait en si grande abondance du nez de l'enfant, les autres nourrissons, pour en avoir ramassé avec leurs lèvres en têtant, tout ce monde enfin, nourrice et nourrisson était infecté, envahi par la syphilis, et les parents ensuite, pour avoir embrassé leur bébé. Où en aurait-on été chercher l'origine ?

Ceci semblera une hypothèse fantaisiste; mais il s'est produit des faits de ce genre tout aussi imprévus. Tout le monde connaît cette observation si instructive, où un médecin de Lyon, montre, non-seulement une famille, mais une société toute entière, de gens vivant en relation journalière d'intimité, des amis, des frères, des sœurs, des parents de tous les âges, atteints d'accidents syphilitiques des plus graves, par suite du retour dans la famille, d'un jeune homme, portant à la lèvre un bouton qu'il prenait pour un simple bobo et qui n'était autre qu'un chancre. On n'a pas davantage oublié ce fait que rapportait Trousseau, d'un grand nombre de nouveau-nés israélites de toutes les classes, qui se trouvèrent presque en même temps, atteints d'accidents syphilitiques, sans qu'on sût comment, jusqu'au moment où Trousseau, avec cet esprit d'investigation vraiment enragé qui s'emparait de lui dans certaines circonstances, eut l'idée d'examiner l'instrument dont se servait l'opérateur chargé de la circoncision et de le remplacer par un neuf.

HYDROLOGIE

Les eaux d'Aulus.

par M. le docteur Besné.

A la suite de nos désastres de 1870, un grand mouvement se fit en France en faveur de nos eaux minérales. On s'aperçut alors que la mode seule avait mis en vogue un grand nombre d'eaux minérales étrangères et que, sur notre sol même, coulaient bien des sources précieuses que leur rapprochement seul avait fait dédaigner. Il fut alors bien facile, et nos lecteurs peuvent se reporter aux leçons de M. Gubler, que la *Gazette* a publiées à cette époque, de faire un tableau montrant jusqu'à l'évidence que nous pouvions cesser très-utilement de payer ce nouveau tribut à l'étranger. Un seul genre d'eaux semblait manquer, le groupe des *laxatives*, quand on apprit avec satisfaction que, dans le département de l'Ariége, il existait dans l'arrondissement de Saint-Girons, un petit village, nommé Aulus, dont les eaux étaient franchement laxatives.

Situées dans un beau vallon des Pyrénées centrales, étaient-elles donc des nouvelles venues? Non, en aucune façon. Elles étaient connues du temps des Romains ; les fouilles récentes ont fait retrouver les traces de travaux d'art et de nombreuses médailles d'empereurs romains. Mais il nous faut arriver à 1823 pour voir l'une de ses sources prendre le nom d'un malade guéri (Darmagnac). Les analyses se succèdent bientôt en 1847 (Pinaud et Filhol), en 1859 (O. Henry), en 1863 et 1873 (Garrigou). En 1852 et 1854, l'approbation de l'Académie leur avait été accordée.

Trois sources connues sous le nom de Darmagnac, Bacque et Trois-Césars sourdent sur la rive gauche du Garbet, à 200 mètres de cette rivière, au bas d'une montagne, et sont conduites, après un très-bon captage, dans des grottes spéciales.

Les eaux d'Aulus ont une température de 20 degrés, douces, limpides, incolores; leur goût laisse une saveur légère, difficile à caractériser, mais agréable, ce qui les a fait adopter comme boisson de table.

Les sulfates de chaux, de soude, de magnésie, les chlorures de sodium, de calcium, de magnésium, l'oxyde de fer et le chrome sont les éléments minéralisateurs de cette eau. M. Garrigou, dans une analyse plus récente, a constaté, dans les eaux d'Aulus, douze substances non encore signalées.

Lorsque les eaux d'Aulus commencèrent à être conseillées, on s'en servit d'abord contre la syphilis. Borde-Pagés les considérait « comme un moyen éliminateur et dépuratif des plus puissants contre cette affection, principalement dans les cas rebelles et compliqués. » Ricord exprimait de son côté son opinion de la manière suivante : « Je prescris souvent les eaux d'Aulus, et je considère la source Bacque comme très-efficace dans la goutte, la gravelle, les rhumatismes, la constipation, etc.

Quant à la source Darmagnac, elle m'a rendu spécialement des

services comme complément du traitement des maladies de la peau, scrofule, syphilis. »

Les eaux d'Aulus justifient donc les éloges que leur ont accordés les hydrologues, et l'on comprend que, sur la proposition de M. A. Chevallier, de l'Académie de médecine, la section d'hygiène de l'exposition du Palais de l'Industrie (1875), ait décerné les premières médailles aux eaux d'Aulus. « Nous avons voulu, comme le dit le savant président de cette section, tenir grand compte de l'efficacité hautement reconnue de ces eaux, de la faveur qu'elles ont rencontrée dans le public, et des efforts incessants qui ont été tentés pour les vulgariser. » En 1873, les eaux d'Aulus ont été fréquentées par 2,000 personnes, par 3,000 en 1875, et par plus de 4,000 en 1876. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais, pour la saison de 1875 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Luton (de Reims), qui adresse, pour le concours du prix Godart (année courante), son ouvrage sur les injections sous-cutanées;

2° Un travail manuscrit intitulé : *De la glycosurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic* (prix de l'Académie);

3° Un pli cacheté déposé par M. Jules Duval, pharmacien à Paris (accepté);

4° Une notice de M. Benjamin Anger, candidat pour la section de médecine opératoire, sur ses titres et travaux scientifiques;

5° Une lettre de M. Warlomont, président de l'Académie de médecine de Bruxelles, qui prie l'Académie de Paris de vouloir bien s'associer à une manifestation en l'honneur de M. le professeur Van Beneden, à Louvain.

M. le Président annonce que MM. Seux (de Marseille), Willemin (de Vichy) et Burdel (de Vierzon), membres correspondants, assistent à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. Barthez présente, au nom de M. le docteur Brochin, l'article *Coqueluche*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*;

M. Jules Guérin, au nom de M. Louis Figuier, le vingtième volume de *l'Année scientifique industrielle*;

M. Devilliers, 1° au nom de M. le docteur Maurin, président de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, un travail manuscrit intitulé : *La Population française, son avenir*; — 2° Au nom de M. Calvy (de Toulon), la relation de trois cas de rage humaine.

M. Barth, au nom de M. Cazenave de la Roche, un volume ayant pour titre : *Traité pratique des Eaux-Bonnes.*

M. Larrey présente les *Bulletins de l'Association scientifique de France* (années 1876-1877).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Courty (de Montpellier);

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Azam (de Bordeaux), Bourguet (d'Aix), Denucé (de Bordeaux), Hergott (de Nancy) et Notta (de Lisieux).

Au premier tour de scrutin, M. Courty obtient 24 suffrages, M. Denucé 20, M. Hergott 18 et M. Notta 5.

Au second tour, M. Denucé obtient 33 suffrages, M. Courty 26 et M. Hergott 11.

Au troisième tour, M. Denucé obtient 45 suffrages.

En conséquence, M. Denucé est proclamé élu.

LECTURES

Du sommeil. — M. Willemin, membre correspondant à Vichy, donne lecture d'une note, sur la physiologie du sommeil, dont voici les conclusions :

Le sommeil physiologique est une loi de l'activité nerveuse cérébrale, la loi de la périodicité fonctionnelle.

Cette loi a sa raison d'être dans la nécessité de réparer les éléments organiques, qui sont incessamment usés par l'activité fonctionnelle et dont la réparation suffisante ne peut se faire pendant la continuité d'action de l'organe.

Les conditions physiques où se trouvent les cellules encéphaliques après une période d'activité, modifient l'innervation vaso-motrice : les vaisseaux cérébraux se contractent ; l'afflux du sang diminuant, l'activité fonctionnelle du cerveau est suspendue : on s'endort et la réparation des éléments nerveux s'opère.

Pour le réveil, l'incitation apportée au cerveau par l'un quelconque des nerfs sensitifs, ou le fait même de la réparation de cet organe, fait rentrer en fonction les cellules nerveuses ; ce phénomène entraîne aussitôt la dilatation vasculaire, et l'activité fonctionnelle du cerveau recommence.

Dans le sommeil produit par les anesthésiques, le défaut d'excitabilité du cerveau est encore la cause du phénomène, seulement ce n'est plus en raison de l'usure de ses cellules, c'est par suite d'une action spéciale, physico-chimique de l'agent toxique sur ces éléments; par un effet reflexe, les vaisseaux se resserrent et le sang n'arrive plus en quantité suffisante pour exciter l'activité cérébrale.

Le sommeil magnétique ne dépend plus d'une modification physico-chimique de la cellule encéphalique, mais d'une action reflexe, s'exerçant depuis l'œil sur les centres nerveux des vaso-moteurs. Le spasme vaso-moteur peut être général, et alors se manifeste l'hypnotisme complet avec ou sans accidents cataleptiques (abolition entière de sensibilité, quand les centres sensitifs sont privés de sang, paralysie circonscrite quand l'ischémie est partielle).

Gastro-stomie. — M. Lanelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, donne lecture d'une note sur un cas de gastro-stomie. Voici l'observation et les conclusions :

Un homme de cinquante-neuf ans, sans antécédents héréditaires et bien portant jusque-là, fut pris tout-à-coup de gêne de la déglutition qui alla s'aggravant progressivement, au point qu'à son entrée à l'hôpital Saint-André, six mois après le début du mal, quelques cuillerées de lait pouvaient à peine être avalées. On constata vers le milieu de la portion thoracique de l'œsophage un obstacle très-résistant et absolument infranchissable. L'amaigrissement était extrême, mais il n'y avait pas de teinte cachectique; tous les autres organes étaient sains. Il ne restait qu'une suprême ressource, *ultima ratio*, pour empêcher le malade de mourir d'inanition, la gastro-stomie.

Elle fut pratiquée avec toutes les précautions opératoires recommandées par M. le professeur Verneuil, dans son intéressante communication à l'Académie de médecine, le 31 octobre 1876.

Les suites de l'opération furent très-simples; il n'y eut ni douleurs ni accidents inflammatoires. L'alimentation se faisait régulièrement par la fistule qui laissait pourtant échapper une notable quantité de liquides, lorsque survinrent des accidents thoraciques qui emportèrent le malade au vingt-sixième jour de l'opération.

A l'autopsie, on constata que la lésion première de l'œsophage (épithélioma) avait déterminé une perforation bronchique d'où étaient résultés les phénomènes asphyxiques qui avaient entraîné la mort. Mais l'estomac était solidement adhérent à la paroi abdominale, la fistule gastrique était bien constituée, le succès opératoire était complet. . . . . . .

Conclusions. — 1° La gastro-stomie est une opération rationnelle, fondée sur l'histoire des plaies et des fistules gastriques créées expérimentalement chez les animaux ou produites accidentellement chez l'homme.

2° Elle est indiquée toutes les fois que l'aphagie rend imminente la mort par inanition.

3° Le manuel opératoire doit être exactement conforme aux règles indiquées par M. le professeur Verneuil, et dont l'un des traits principaux consiste à n'ouvrir l'estomac qu'après l'avoir solidement fixé à la paroi abdominale par l'application minutieuse de nombreux points de suture, afin d'éviter tout épanchement immédiat ou consécutif dans la cavité péritonéale.

Quelques modifications de détail pourraient y être apportées. Elles consisteraient :

4° A ne pas dépasser en bas, dans l'incision des téguments, le niveau du bord inférieur du huitième cartilage costal gauche pour arriver plus directement sur la paroi antérieure de l'estomac qui est toujours ratatiné et remonté vers le diaphragme, par suite d'une longue abstinence chez les malades justiciables de la gastro-stomie.

5° A ouvrir la paroi antérieure dans le voisinage de la petite courbure, afin que les liquides secrétés ou injectés, trouvant dans un point déclive un espace suffisant où ils pourront s'accumuler, ne s'écoulent pas à l'extérieur.

6° A n'appliquer sur les bords de l'orifice gastrique ni pinces hémostatiques ni fils fixateurs de la sonde laissée à demeure. Ces moyens exposent à la déchirure et à la mortification, d'où résulte un agrandissement ultérieur de la fistule qui facilite l'issue des liquides. — (Comm. : MM. Richet et Verneuil.)

De la compression. — M. CHASSAGNY (de Lyon), décrit une méthode de compression et d'immobilisation méthodique par l'air ou par l'eau. D'une manière générale, cette compression est le résultat du gonflement d'un sac de caoutchouc, à parois très-minces, qui, distendu par une injection d'eau ou d'air, est retenu au dehors par une enveloppe inextensible, qui lui permet de réagir par sa face opposée sur la région qu'il s'agit de comprimer. Les dispositions à prendre varient nécessairement suivant les régions; mais elles peuvent toutes être comprises dans deux grandes divisions: dans la première, on a pour but de comprimer une surface limitée, le sein, une tumeur, un sac anévrysmal, le trajet d'une artère. Dans la seconde, on se propose d'exercer une compression circulaire sur le tronc, sur un membre dans sa continuité, sur une articulation, etc.

M. Chassagny met sous les yeux des membres de l'Académie, les divers appareils qu'il a imaginés pour remplir ces différentes indications (comm. MM. Blot, Legouest, et Le Fort).

Empoisonnement par l'hydrogène arsénié. — M. ÉMILE GROSMIER, professeur à l'école de médecine de Lyon, communique un mémoire sur l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Chauffard, Régnault et Hillairet.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il y a trois mois à peine nous avions le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un confrère distingué, M. Regnauld, qui avait succombé en quelques heures aux cruelles atteintes d'un croup contracté auprès d'un enfant ; il y a quelques semaines, un autre praticien fort estimé, le docteur Émile Dubois, tombait à son tour victime de son dévouement professionnel ; il s'agissait cette fois d'un érysipèle gangréneux, également contracté auprès d'un malade. Il y a quelques jours, c'était un jeune confrère, le docteur Mérandon, que venait d'enlever en très-peu de temps une angine diphthéritique, qu'il avait de même contractée auprès d'un de ses malades. Enfin, hier nous avions la douleur d'assister aux obsèques d'un confrère distingué, estimé et aimé de tous ceux qui le connaissaient, le docteur Cintrat, qui, à la suite d'une trachéotomie qu'il avait pratiquée sur un enfant du bureau de bienfaisance, atteint du croup, présenta lui-même les premiers symptômes de cette terrible affection et succomba après quatre jours d'atroces souffrances. Simple, modeste, dévoué à tous les siens, à ses amis et à ses malades, qui tous l'estimaient et l'affectionnaient ; le docteur Cintrat était un esprit très-ingénieux, qui a doté l'arsenal chirurgical de plusieurs instruments fort appréciés par les chirurgiens, plus particulièrement pour l'ovariotomie. Après avoir courageusement lutté contre les difficultés de la profession pendant plus de vingt ans, Cintrat, à force de travail et de dévouement, avait fini par acquérir une situation avantageuse, lorsqu'il y a deux ans il fut fortement éprouvé par la perte d'un fils de dix ans. Depuis ce temps, il eut la douleur de voir succomber autour de lui plusieurs membres de sa famille. Ces deuils successifs l'avaient singulièrement affecté. Il laisse une veuve et trois enfants.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de minéralogie.* — M. des Cloizeaux, commencera ce cours le vendredi 13 avril 1877, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mercredis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres.

Des conférences seront faites le jeudi, dans la galerie ou dans l'amphithéâtre. Nous ferons connaître l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 43. — SAMEDI 14 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 14 AVRIL 1877. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Localisations cérébrales. Fonctions des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

Dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine où M. Gosselin a lu son rapport sur les communications de MM. Proust, Terrillon et Lucas-Championnière, nous n'avons fait que signaler ce rapport, nous réservant d'y revenir après en avoir pris dûment connaissance et nous être ainsi mis à même d'en présenter à nos lecteurs une analyse suffisamment explicite. Ce rapport renferme, en effet, deux questions d'un grand intérêt, étroitement liées l'une à l'autre, mais qui, malgré cette intime connexité, nous ont paru pouvoir être scindées avec avantage, pour bien établir et bien faire comprendre quelle est la manière de voir de M. Gosselin sur chacun de ces deux points qui sont destinés à devenir le texte de discussions et d'études nouvelles : le premier relatif à la théorie des localisations cérébrales; le deuxième aux indications du trépan.

On lira certainement avec intérêt l'appréciation critique qu'en a faite M. Gosselin.

L'éminent professeur reconnaît que MM. Proust et Terrillon ont été fondés à attribuer le succès qu'ils ont obtenu chez leur malade, à l'aide du trépan, à ce que l'ablation des fragments enfoncés avait fait disparaître la lésion produite par ces fragments sur les portions de substance corticale qui, d'après les recherches nouvelles de MM. Fritsch, Hitzig, Ferrier, confirmées par celles de MM. Carville, Duret et Charcot, sont des centres moteurs pour le membre supérieur et la face, et à ce qu'en même temps l'opération avait débarrassé la troisième circonvolution frontale gauche, celle dans laquelle M. Broca a localisé la faculté du langage articulé. Ce qu'ils n'ont pu démontrer par la vérification anatomique, le malade ayant heureusement survécu, ils l'ont démontré d'une façon indirecte par les expériences dont on retrouvera la relation dans l'analyse précitée de leur travail. M. Gosselin n'émet aucun doute à cet égard : leur malade, dit-il, avait bien certainement la fracture avec enfoncement au niveau des circonvolutions frontales signalées comme centres moteurs, et il admet sans hésiter que ce fait vient à l'appui des opinions physiologiques nouvelles. Le fait de M. Lucas-Championnière est dans le même cas. M. Gosselin en a observé un troisième, à peu près en même temps que MM. Proust et Terrillon communiquaient le leur, et qui vient également à l'appui de ces opinions. C'est celui d'un jeune homme de dix-huit ans amené à l'hôpital de la Charité pour une plaie de tête accompagnée de fracture avec enfoncement du pariétal gauche. Il y avait paralysie du membre supérieur et du membre inférieur avec des phénomènes de commotion légère. Il appliqua le trépan immédiatement et enleva trois pièces osseuses, dont une au moins avait ouvert la dure-mère et blessé directement le cerveau. L'opéré succomba le troisième jour, ce qui ne surprendra pas quand on apprendra qu'il existait une large et profonde déchirure du cerveau, laquelle avait été le point de départ d'une méningo-encéphalite suraiguë. Cette grave lésion, qui se trouvait au niveau même du sillon de Rolando, intéressait tout à la fois la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante et celle de la circonvolution pariétale ascendante. L'absence d'hémiplégie faciale et d'aphasie s'expliquait dans ce cas par la situation très-élevée des lésions sur les deux circonvolutions.

Toutefois, en avançant que ces faits paraissent confirmer la doctrine des localisations de centres moteurs dans la substance grise, M. Gosselin ne prétend pas dire qu'ils jugent cette question d'une manière absolue et entière. Il n'ignore pas les réserves qui ont été faites à cet égard par quelques physiologistes. Mais, ajoute-t-il, quelles que soient les divergences et les obscurités que présente encore ce sujet, il est disposé néanmoins à reconnaître que les dernières investigations soit chirurgicales, soit médicales, sur l'homme malade, constituent un élément important pour sa démonstration. Il est certain pour les cliniciens qu'il y a dans le cerveau, au voisinage du sillon de Rolando, des points dont les lésions occasionnent une paralysie ou des contractures limitées à l'un des membres opposés, à la face et aux organes de la phonation.

Mais si ces faits, et en particulier celui de MM. Proust et Terrillon, ont de l'importance au point de vue de la physiologie, ils laissent aux yeux de M. Gosselin, sur le point de vue de la pathologie, un point incertain qu'il lui paraît bon de faire ressortir; c'est celui qui a trait à la détermination de la lésion qui, chez le blessé, a occasionné les paralysies. Les expériences physiologiques de MM. Hitzig et Ferrier, les observations de méningite tuberculeuse, faites par M. Landouzy, révèlent les unes et les autres comme effet de l'irritation soit provoquée, soit spontanée, non des paralysies, mais des convulsions ou des contractures. Pourquoi ici des convulsions, pourquoi là des

paralysies? C'est là une obscurité, que M. Gosselin n'entend point mettre sur le compte des observateurs, mais sur la nature même du sujet.

« En pathologie cérébrale, dit M. Gosselin, nous ne déterminons pas rigoureusement les lésions qui, occupant un même point de l'encéphale, produisent tantôt la surexcitation des mouvements, et trop souvent nous sommes obligés de nous en tenir sur ce point à des hypothèses approximatives. En pathologie chirurgicale, encore plus qu'en pathologie médicale, nous sommes incapables de décider, d'après les symptômes fonctionnels, si la lésion traumatique en présence de laquelle nous sommes ou croyons être est superficielle ou profonde, si c'est une déchirure ou si ce n'est qu'un aplatissement, si la méningite que nous redoutons empruntera sa gravité à la lésion seulement, ou si elle ne l'empruntera pas aux conditions nouvelles qui résultent de l'ouverture du crâne. »

Cette remarque de M. Gosselin, était destinée à en préparer une autre, celle de l'opportunité de l'opération du trépan et du choix du point sur lequel il doit être appliqué. « Nos auteurs, dit-il, — et ceci s'applique également à MM. Proust et Terrillon et à M. Lucas-Championnère, — s'applaudissent d'avoir pratiqué l'opération du trépan, et nous croyons, en effet, qu'ils ont sagement agi. Mais pourtant ils ne savent pas exactement à quoi ils ont remédié, et ils ne peuvent pas être certains que la lésion du cerveau qui produisait la paralysie n'aurait pas pu disparaître spontanément... »

Quelles sont, à défaut de ces notions précises, les indications et les contre-indications du trépan? C'est ce qui fait l'objet de la deuxième partie du rapport.

Des indications du trépan dans les plaies de tête avec fracture et enfoncement des fragments.

Ce qui guide surtout les chirurgiens pour l'indication du trépan, pour celle du trépan préventif aussi bien que pour celle du trépan curatif, c'est l'existence d'une plaie avec fracture et enfoncement. A la voûte du crâne sans doute, si cette blessure existe au niveau du pariétal, et si avec elle coïncident les troubles fonctionnels qu'il est permis d'attribuer à une lésion des centres corticaux, c'est une raison de plus pour se décider. Mais si, la fracture existant encore au pariétal, les symptômes paralytiques ou convulsifs n'existent pas, et que le malade ait tout simplement une perte de connaissance prolongée, ou quelques contractures ou du délire, la présence de la plaie et de la fracture enfoncée sont des indications formelles et suffisantes. Il en est de même si la blessure, se trouvant au niveau du frontal ou de l'occipital, nous constatons encore l'enfoncement à travers la plaie.

Le trépan est indiqué et indiqué de bonne heure dans tous les cas de ce genre, d'abord parce qu'il ne peut pas nuire. Ce qui pourrait être grave, en effet, c'est une solution de continuité pénétrante du crâne; mais cette solution de continuité existe par le fait même de la fracture exposée. Bien que le trépan l'agrandisse, il n'augmente pas sensiblement pour cela les chances de méningite due au contact de l'air avec le cerveau; directement si la dure-mère est ouverte, indirectement si la dure-mère est restée fermée. En revanche, le trépan est utile de trois façons : d'abord, il permet l'issue d'un épanchement de sang entre la dure-mère et les os, épanchement qui, s'il séjournait sous ces derniers, pourrait s'altérer au contact de l'air et devenir le point de départ d'une septicémie grave ou d'une propagation phlegmasique vers le cerveau ; en outre, il permet de débarrasser le cerveau de pièces osseuses, dépendant soit des deux tables, soit de la table interne seulement, pièces qui peuvent le comprimer, l'aplatir et même le déchirer et l'exposer à une encéphalite, d'autant plus dangereuse que la communication avec l'air extérieur tend déjà singulièrement à l'aggraver. Enfin, en ouvrant une issue suffisante au pus qui aura grande tendance à se former ultérieurement, le trépan diminue encore les chances de septicémie et de méningite par propagation.

On le voit, pour M. Gosselin ce n'est pas seulement parce qu'il libère le cerveau que le trépan a son utilité; c'est pour des motifs autres qui ne sont pas indiqués par les troubles fonctionnels des centres corticaux, et qui sont tout aussi puissants, à ses yeux, quand la blessure correspond au frontal et à l'occipital, où il n'y a pas de centres moteurs, que lorsqu'elle correspond au pariétal où ces centres se rencontrent.

On comprend, en outre, que dans ces cas de fracture avec enfoncement, on n'a pas besoin, pour déterminer le lieu d'application, des mensurations crânio-cérébrales et de la recherche de la ligne de Rolando, la situation même de la plaie devant toujours servir de guide.

N'existerait-il pas cependant quelques variétés de lésion traumatique du crâne pour lesquelles les indications physiologiques pourraient être utiles? M. Gosselin ne le pense pas, et en voici la raison : supposant qu'un blessé immédiatement ou peu de jours après un coup ou une chute sur la tête, vienne à présenter, sans avoir aucune plaie et sans aucune apparence de fracture, une parésie du membre supérieur, ou une hémiplégie faciale ou une aphasie, en un mot, l'un des symptômes fonctionnels en rapport avec les centres moteurs de Ferrier, on n'est pas certain qu'il y ait une lésion des circonvolutions voisines du sillon de Rolando, ces mêmes symptômes peuvent être produits par d'autres lésions que celle de l'écorce grise, par des lésions de la couche optique et du corps strié, par exemple (ce qui est vrai pour la paralysie du bras ou l'hémiplégie faciale, mais très-contestable au moins, sinon tout à fait inexact, pour l'aphasie, ferons-nous remarquer en passant), et, d'autre part, poursuit M. Gosselin, l'ouverture du crâne, inutile dans cette dernière hypothèse, pouvant, en outre, être dangereuse en établissant, là où il n'en existait pas, une solution de continuité qui ne ferait qu'aggraver la situation, soit en favorisant le développement d'une méningo-encéphalite, ou en y ajoutant, si elle existe déjà la fâcheuse influence de l'exposition à l'air, soit en donnant lieu à la septicémie et à l'ostéomyélite putride.

M. Gosselin oppose les mêmes motifs à l'application du trépan pour les cas de fractures avec enfoncement sans plaies. Dans deux cas de ce genre où la fracture avec enfoncement très-appréciable correspondant au pariétal, il n'y avait ni hémiplégie, ni aphasie, et les deux blessés ont guéri. Si, dans un cas semblable, ajoute-t-il, je constatais l'une des hémiplégies en question, je ne trépanerais pas, parce que la méningo-encéphalite, dans ce cas, est toujours moins menaçante pour la vie que dans ceux où il y a plaie et exposition à l'air, et je ne suis pas convaincu que la guérison des paralysies soit impossible.

Enfin, dans les cas bien plus délicats encore, de fractures de la table interne, dont le diagnostic offre d'ailleurs des difficultés extrêmes, qu'elles soient ou non accompagnées de plaie, M. Gosselin ne voit que deux conditions, qui pourraient justifier l'application du trépan, ce serait ou le cas de lésion au niveau du pariétal ou le développement ultérieur d'un ensemble de symptômes susceptibles de faire présumer la formation d'un foyer purulent entre les os et la dure-mère. A part cet deux circonstances, il est d'avis de l'abstention.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

I

ANÉVRYSME AXILLAIRE.

L'anévrysme est moins rare dans l'aisselle que dans le cou; cela résulte probablement de la fréquence comparative des coups et des blessures dans cette région. Mais les rapports de l'artère avec la capsule de l'articulation scapulo-humérale ne sont pas aussi directs que ceux de la poplitée avec la capsule articulaire du genou. Il en résulte que les entorses et les blessures, si fréquentes dans le voisinage de l'épaule, affectent moins souvent l'axillaire que cela n'a lieu pour l'artère poplitée au genou.

Je commencerai la discussion du traitement chirurgical de ces anévrysmes en vous montrant quatre figures qui font voir, je crois, des formes de cette affection susceptibles d'être traitées différemment.

Examinons d'abord le cas de Liston, n° 1695 de notre collection. J'ai reproduit le dessin de Liston dans son travail original (*Edimb. med. and Surg. Journ.*, 1827, v. XXVII). La figure montre la tumeur énorme qui remplit l'aisselle et s'étend dans la fosse sous-scapulaire. Le sac s'est rompu en un point, et forme là un long appendice en doigt de gant, passant sous le bras et dont une partie est coupée ou déchirée. Les parois du grand sac font corps avec les muscles de l'aisselle et renferment, perdus dans leur substance, les nerfs du plexus axillaire, et la veine axillaire. On voit les deux ligatures sur la sous-clavière; en passant la ligature inférieure, Liston blessa le sac; mais l'hémorrhagie due à cet accident s'arrêta quand on eut serré la ligature supérieure. Le malade mourut d'hémorrhagie le quatorzième jour après l'opération; cette hémorrhagie provenait, en partie du moins, de la blessure du sac comme l'indique la description de l'observation dans laquelle il est dit : « la tumeur s'affaissa notablement après l'issue du sang; » mais l'état des parties n'est pas indiqué d'une manière suffisamment exacte pour prouver exactement quelle pouvait être la provenance du sang. De ce fait que la ligature supérieure avait coupé l'artère et que « à aucun des points de *déligation*, il n'y avait grande apparence d'un travail de réparation » je conclus que l'ulcération de la ligature supérieure causa l'hémorrhagie par le bout central de l'artère et que la ligature inférieure produisit l'hémorrhagie par le sac.

Dans un cas semblable y a-t-il quelqu'espoir de sauver la vie? Je répondrais que par la ligature d'Hunter il n'y en a pratiquement aucun. La compression n'est pas ici en question. L'opération de Syme n'aurait pas pu être faite, car bien que le bout supérieur de l'artère aurait à la rigueur pu être lié (non pas sans danger, et sans les plus grandes difficultés), le bout inférieur semble avoir été séparé de plusieurs pouces, au lieu d'être situé près du supérieur comme Syme nous le fait espérer, et n'aurait pas pu être trouvé. Comme il était oblitéré, cela n'aurait pas eu grande importance; mais le volume et la forme du sac auraient rendu son oblitération par un travail suppuratif fatale au patient, outre le risque d'hémorrhagie par les vaisseaux s'ouvrant dans la tumeur. Il n'y a aucun remède à de semblables cas, à mon avis, en dehors de l'amputation dans l'articulation. Après avoir lié la sous-clavière au point où fut placée la ligature supérieure, on aurait pu amputer le membre, et les restes du sac auraient été aisément retirés de la fosse sous-scapulaire, opération désespérée, il est vrai, mais qui aurait laissé quelque chance de guérison. L'extrémité du vaisseau lié aurait été bien moins exposée à devenir le siége d'une hémorrhagie secondaire après l'ablation de toutes les parties situées au-dessous, qu'après la ligature dans sa continuité. J'indiquerais donc ce cas et les cas analogues qu'on peut aisément trouver dans la littérature chirurgicale, comme exemples d'anévrysme axillaire dans lesquels les grandes opérations seules peuvent donner quelque espoir. Si le chirurgien n'est pas prêt à adopter la mesure extrême et, je dois le reconnaître, bien chanceuse, d'enlever le membre, il doit se résigner à voir mourir son malade.

D'un autre côté, des cas comme celui que représente une figure de Guy's Hospital, peuvent probablement n'exiger que la ligature de la sous-clavière. Le dessin montre le grand volume de la tumeur, l'entrée et la sortie de l'artère à chaque extrémité d'un grand sac allongé, une branche volumineuse naissant de l'artère, juste au point d'entrée, et deux autres, juste au point de sortie du sac et le plexus brachial enveloppant la tumeur de toutes parts. La compression aurait probablement échoué, non pas tant à cause du volume de la tumeur, qu'à cause des larges anastomoses grâce auxquelles la circulation se serait continuée. Les rapports du sac auraient rendu toute tentative de l'inciser, comme le propose Syme, extrêmement dangereuse, et probablement fatale, par suite de la lésion des nerfs, de la nécessité de lier les collatérales et de la lésion trop probable de la veine; mais il me semble que l'arrêt de la circulation principale obtenu par la ligature de la sous-clavière eût pu suffire à amener la guérison. Dans beaucoup de cas analogues qu'on trouve dans les recueils, bien que les pulsations aient persisté dans la tumeur pendant quelque temps, par suite, je crois, des larges branches s'ouvrant dans l'anévrysme, la coagulation n'en a pas moins marché jusqu'au point de devenir complète.

Une autre figure représente une préparation de Liston déposée au musée de University College, mais sur laquelle je ne trouve aucune note. Je l'ai choisie comme un exemple des rapports entre le sac et l'artère, dont l'existence serait générale d'après Syme, mais que je crois exceptionnelle. Je crois qu'on n'employa aucun traitement et que le malade mourut de la rupture sous cutanée du sac. Il ne me semble pas impossible qu'un chirurgien entreprenant ait pu ici, employer l'opération décrite par Syme, mais non sans risque de blesser la veine ou les nerfs à cause de leur proximité et de leur situation incertaine.

Mon dernier exemple, n'est qu'une représentation théorique mais fidèle de la préparation de M. Gay (n° 1694 A de notre musée). Elle est destinée à montrer la position ordinaire et les rapports d'un anévrysme allongé et fusiforme de l'aisselle; et si on la compare avec la belle pièce d'anévrysme axillaire, préparée sept ans après la guérison par la compression que je puis vous montrer grâce à l'obligeance du docteur Peatson de Manchester, on verra, je l'espère qu'elle correspond dans ses traits essentiels à l'état de choses ici présent. Les conditions qu'on peut constater ici, me portent à croire que l'on doit chercher à éviter s'il est possible, la ligature de la sous-clavière. Bien que l'anévrysme que vous voyez ici soit purement axillaire et qu'en conséquence il soit possible de jeter une ligature sur la sous-clavière sans avoir à redouter son contact immédiat avec le sac, et sans risque de blesser ce dernier, cependant cette ligature serait encore trop voisine du sac. Les sta-

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 avril.

tistiques et les observations que j'aurai à vous communiquer, montrent combien l'opération est dangereuse par elle-même, abstraction faite de la suppuration du sac qu'elle peut produire, tandis que je vous montrerai des cas qui prouvent amplement qu'il est possible de guérir ces anévrysmes axillaires de volume moyen par la compression.

Ces exemples montrent les principales formes d'anévrysmes axillaires et les conditions anatomiques qui les rendent propres à telle ou telle méthode de traitement. Jusqu'ici, cependant, dans ce pays du moins, le traitement des anévrysmes axillaires a été tout à fait uniforme, presque chaque cas ayant été traité par la ligature de la troisième portion de la sous-clavière. Nous n'avons qu'une faible expérience de la compression, comme des autres méthodes destinées à remplacer la ligature d'Hunter.

REVUE DE LA PRESSE

Cancer du poumon. — A la dernière séance de la *North London Medical Society*. M. Benton, de l'infirmerie de Highgate, montra parmi plusieurs pièces pathologiques intéressantes, un curieux spécimen de cancer du poumon.

Le malade avait souffert d'œdème du cou, de la face et des membres supérieurs : depuis un an, il était obligé de se coucher uniquement sur le côté droit. Le pouls était rapide et irrégulier, la température normale. L'examen physique montrait, que l'air ne pouvait entrer librement dans le poumon droit.

A l'autopsie, on trouva une petite tumeur d'un pouce de large dans le tissu sous-cutané avoisinant le mamelon. Les deux feuillets de la plèvre droite étaient adhérents dans toute leur étendue ; le tissu normal du poumon était remplacé par une masse blanche, dure et squirrheuse qui entourait la veine-cave. Le péricarde était rempli de sérosité sanguinolente, sa surface était rude et couverte de végétations. Dans l'oreillette gauche, il y avait une petite masse ossiforme de la grosseur d'un noyau de pêche. Les tumeurs du poumon et du cœur étaient cancéreuses ; celle du sein était fibreuse, le malade la portait depuis trente ans. — (*Medical examiner*, le 1er mars 1877).

Maladie de Graves. Suture des paupières pour remédier à l'exophthalmie. Chémosis sphacèle de la conjonctive. Perte complète des deux yeux ; par Williams (de Cincinnati).— Afin de remédier à une partie des inconvénients qui résultaient de l'exophthalmie chez une femme de trente-cinq ans, atteinte d'une maladie de Graves, le docteur Williams se décida à pratiquer la suture partielle des paupières, recommandée autrefois par de Graefe. Les effets furent désastreux ; peu de temps après l'opération, il se développa des deux côtés un chémosis intense, suivi de sphacèle de la conjonctive et de perte totale de vision. La malade succomba au bout de quelques mois.

L'auteur pratiqua malgré cela une opération de blépharo-phimosis, chez une autre personne, atteinte de la même affection. Au bout de de quelque temps le chémosis se montra, mais rendu plus prudent par son premier insuccès, le docteur Williams se hâta de séparer les paupières et réussit ainsi à conjurer la kératite suppurative.

L'auteur conclut de ces deux faits, que l'état d'anémie présenté par les malades atteints de goître exophthalmique est une contre-indication formelle de toute opération, destinée à remédier aux troubles visuels. — (*Compte rendu de la Société américaine d'ophthalmologie,* dixième session, 1874.)

Anévrysme poplité, guéri par la compression digitale. (Service du docteur J.-A. de Moura. — Observation recueillie par M. Domingos Alves de Mello.) Francisco P..., quarante ans, interne du service, admis à l'hôpital de la Charité de Bahia, pour une tumeur du creux poplité droit, développée sans cause connue un an avant son entrée.

Lors de son premier examen, le docteur J.-A. D. Moura put constater l'état suivant :

La tumeur est sphéroïdale, élastique, de consistance uniforme et réductible par la pression. Le membre correspondant est œdématié du genou à la face dorsale du pied ; la température au voisinage de la tumeur, est plus élevée que du côté opposé. Celle-ci est animée de battements isochrones au pouls radial ; avec le stéthoscope, on perçoit un bruit de souffle rude, plus intense à la partie médiane que partout ailleurs. Les battements deviennent moins forts, lorsque l'on comprime la fémorale à la racine du membre. On a donc bien affaire à un anévrysme poplité.

11 septembre. On commence la compression digitale, que font à tour de rôle les soixante élèves de l'hôpital (de neuf heures du matin à six heures du soir). La fémorale, a pendant tout ce temps été comprimée en divers points de son trajet.

Comme la douleur est très-vive, on donne au malade trois pilules d'opium dans la journée et trois granules de digitale pour ralentir la circulation. A la fin de la séance, les battements étaient moins nombreux et moins forts.

Le 12. On fit la compression pendant treize heures, sans résultat marqué. Ce même jour, à neuf heures du soir, on essaie d'appliquer le compresseur de Broca, mais le malade ne peut le tolérer.

Le 13. Compression digitale pendant vingt-quatre heures.

Le 14. La douleur étant moindre, le compresseur de Broca est mis en place et toléré. A dix heures du matin les battements cessent complétement ; depuis lors, alternatives d'applications de glace et de compression.

Le 21. On constate une diminution notable de la circonférence de la tumeur et la disparition de l'œdème. Pendant la compression, la température du membre descendit de 37°2 à 36°.

Le malade quitta l'hôpital le 26 octobre. — (*Gaceta medica da Bahia,* décembre, 1876.)

De la formation des infarctus hémorrhagiques, par le professeur C. Hueter. (Mémoire lu à la Société de médecine de Greiswald dans la séance du 13 janvier 1877). — L'auteur passe en revue les diverses théories émises jusqu'à ce jour sur la production d'infactus hémorrhagiques, à la suite de l'obsturation embolique d'une des branches terminales de l'artère pulmonaire ; on a cru longtemps, que les foyers d'hémorrhagie résultaient d'une rupture vasculaire arrivant au moment de l'établissement d'une circulation collatérale ; Cohnheim a émis la théorie de la diapédèse des globules rouges. Hueter a déjà attribué à une inflammation des petits rameaux artériels, la production d'infarctus : il ne croit pas que les corpuscules organiques, qui dans l'infection purulente, où les maladies infectieuses sont les agents immédiats de l'oblitération artérielle suffisent pour boucher complétement la lumière du vaisseau, Kossuchin a combattu également les idées de Cohnheim et admis à peu près complètement celle de Hueter.

Celui-ci a repris récemment l'étude de la question, et a tâché de suivre jour par jour dans le poumon des grenouilles, la production et la marche des infarctus hémorrhagiques. Il a injecté dans les veines abdominales, une solution rendue fortement septique, au moyen de détritus diphthéritiques. Au bout de vingt-quatre heures, les poumons présentent une teinte d'un bleu métallique et paraissent moins élastiques qu'a l'état normal.

A l'examen microscopique, on trouve des thromboses plus ou moins étendues dans les rameaux, de différent volume de l'artère pulmonaire ; des globules rouges extravasés dans le parenchyme, et de place en place des infarctus hémorrhagiques, il semble que le centre de chaque thrombus a été formé par un groupe de corpuscules organiques. Dans les petits rameaux vasculaires, les globules blancs concourent également à l'oblitération des petits vaisseaux, et alors il se fait en différents sens des stases capillaires. L'auteur tire de ses recherches une conclusion, relative à la production des diverses formes de pneumonie. La pneumonie fibrineuse avec hépatisation rouge, résulte de la stase dans les capillaires et de la diapédèse des globules rouges ; la pneumonie catarrhale ou hypostatique, on a affaire à une inflammation des mêmes vaisseaux. — (*Deutsche Med. Woch.* 1877, n° 5).

Dé la circulation du foie. (Cohnheim et Litten). — On a depuis longtemps admis, et cela avec raison, que l'atrophie des lobules du foie dans la cirrhose résulte de la compression des vaisseaux par le tissu conjonctif de récente formation. Il est plus difficile de déterminer quels sont au juste les vaisseaux oblitérés. On ne peut admettre que ce soient les petites ramifications de l'artère hépatique qui, dans la cirrhose augmentent de nombre et de volume. L'oblitération complète de la veine-porte observée plusieurs fois n'a jamais été accompagnée de nécrose du foie.

Les recherches de Cohnheim et Litten, ont eu surtout pour but de montrer quels sont les vaisseaux nourriciers du foie et leur origine. Ils ont injecté, pour cela, une solution faible non tonique de bleu d'aniline dans le bout central d'une artère; de cette façon, les capillaires s'injectent et forment une masse dont les détails sont faciles à saisir. Ils lient ensuite l'artère principale du foie et les voies les plus importantes, par lesquelles peut s'établir la circulation collatérale, ou mieux encore, quand ils veulent s'assurer qu'aucune ramification artérielle ne reste libre, ils injectent dans le tronc principal de l'artère, une solution concentrée de chromate de plomb, de cette manière, les seuls capillaires du foie qui restent perméables, sont ceux que fournissent les divisions ultimes de la veine-porte. L'erreur commise par Chrconszczewsky, s'explique, parce qu'il ne s'est servi que d'une quantité de liquide insuffisante dans les injections qu'il a faites. D'après Cohnheim et Litten, le réseau capillaire des lobules, est fourni tout entier par la veine porte.

Si on la lie, on s'aperçoit que les injections ne pénètrent que dans les artères interlobulaires, et dans le réseau capillaire qui s'étend entre les veines lobulaires et interlobulaires.

Dans certains acinis, on trouve les capillaires périphériques en partie oblitérés. Quelquefois les veines les plus internes et leurs capillaires sont injectées. Chrczonszczewsky en a déduit, que les veines internes reçoivent leur sang de l'artère hépatique. Il est facile de démontrer le contraire, en injectant dans ce dernier vaisseau, du chromate de plomb. Les capillaires et les veines intra-lobulaires restent remplis après l'oblitération de la veine-porte, évidemment par suite de l'abolition de la vis à tergo et de la stase du sang dans la veine cave.

L'artère hépatique ne fournit donc aux capillaires des lobules qu'indirectement, par l'intermédiaire des veines interlobulaires et par des ramifications directes très-peu nombreuses et sans importance. Lorsque la veine-porte est oblitérée, elles peuvent néanmoins suffire pour apporter au foie les matériaux nécessaires à sa nutrition, mais non à la secrétion biliaire. Lorsque l'on oblitère la veine-porte avec le chromate de plomb, on n'a point de nécrose immédiate du foie, mais presque jamais les animaux ne survivent plus de vingt-quatre heures.

Après la ligature de l'artère hépatique, les choses se passent tout autrement. Pourtant il ne faut pas expérimenter sur des chiens, parce que les voies de la circulation collatérale sont tellement nombreuses, qu'il est presque impossible de les oblitérer toutes. Mais si l'on prend un lapin et qu'on lie l'artère hépatique ou un de ses rameaux, on voit survenir rapidement une nécrose partielle ou totale du foie. Cela vient de ce que les vasa vasorum de la veine-porte lui sont fournis par l'artère hépatique lorsque celle-ci est oblitérée, elles cessent elles-mêmes de vivre et une nécrose rapide des portions correspondantes du foie suit cette oblitération.

La thrombose de la veine-porte n'est jamais suivie d'infarctus. L'atrophie des lobules dans la cirrhose, résulte comme on l'a dit, de la compression des veines et des capillaires interlobulaires. — (*Deutsche Med. Wochenschr.*)

Rupture du foie. — A la séance du 27 janvier dernier, de la Société de médecine de Vienne, le professeur Klob a rapporté un cas intéressant de rupture du foie. Voici l'observation : un homme de quarante ans est heurté par une voiture de grains, le timon le renverse et une des roues lui passe sur l'abdomen. On l'apporte à l'hôpital Rodolphe, et au moment de son entrée dans le service de l'auteur, on trouve une plaie contuse, de la largeur d'une pièce de 1 thaler au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Une esquille peut être enlevée du fond de cette plaie. Les dernières côtes sont brisées, et l'on peut constater un emphysème sous-cutané, qui s'étend de la moitié postérieure droite du thorax, jusqu'aux lombes. Rien n'annonce la lésion du foie; mais le second jour, la survenance d'un ictère et d'une péritonite y font songer. La mort arriva le onzième jour par l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouva une déchirure transversale du foie, profonde de 6 à 8 centimètres, et avec laquelle se croisaient d'autres déchirures moins longues et moins profondes. Cette solution de continuité était remplie par une sorte de magma, formé en grande partie de bile. L'auteur croit que si l'infection purulente n'eût pas emporté son malade, la formation d'un kyste hématique eût amené la guérison. — (*Wiener med. Presse*, 1877, p. 179.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Lannelongue dépose, de la part de M. Camuset, un *Manuel d'ophthalmologie* qu'il vient de publier.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. Boinet appuie les idées émises dans la dernière séance en faveur du pansement à l'alcool. C'est le pansement le plus rationnel et le plus anciennement employé, soit avec l'alcool pur ou étendu, comme Bataillé le faisait dès 1855, soit avec les teintures alcooliques, soit avec le vin comme on l'a toujours fait dans les campagnes. Tous ont pour effet d'oblitérer les petits vaisseaux qui peuvent laisser une porte ouverte à l'absorption. Le pansement de Lister ne diffère des anciens pansements que par la manière dont il est appliqué.

RAPPORT

M. Paulet fait un rapport verbal sur une observation de *lithotritie chez la femme*, déposée dans la dernière séance par M. Le Fort au nom de M. Bax (de Corbie, Somme). Il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, qui portait un calcul vésical dont la présence ne pouvait plus être supportée. L'urèthre était très-étroit, aussi la dilatation dura-t-elle quinze jours. Ce temps serait exagéré si l'opérateur n'avait eu à combattre pendant cette intervalle l'intolérance extrême de la vessie. Après six séances de lithotritie, les fragments furent expulsés sans trop de difficulté et la malade guérit.

COMMUNICATION

M. Denucé (de Bordeaux), membre correspondant, expose deux observations de *corps étrangers des voies aériennes*. Dans la première, il s'agissait d'un homme de quarante ans qui s'était endormi avec un noyau de prune dans la bouche. Le noyau tomba dans la trachée et causa immédiatement une suffocation considérable qui s'amenda bientôt un peu. M. Denucé le vit au bout de trois ou quatre jours. Le malade ne sentait plus le noyau, mais il avait encore par intervalles des suffocations violentes, surtout lorsqu'il était couché. A l'auscultation, on entendait à droite la respiration normale, à gauche, on ne la percevait qu'un peu dans la partie supérieure du poumon, mais pas dans la partie inférieure. Il y avait de ce côté une légère submatité. *On observait aussi un abaissement assez marqué de la température.*

La trachéotomie ayant été pratiquée avec le thermo-cautère, M. Denucé fit le cathétérisme de la bronche gauche où il constata la présence d'un corps dur qu'il chercha en vain à extraire avec une pince à polype laryngien. Il le saisit une fois, mais le malade fut pris de suffocation et d'hémorrhagie abondante qui firent ajourner de nouvelles explorations. Le lendemain, nouvelle tentative, même accident, qui se renouvelle encore le soir et s'aggrave considérablement la nuit. L'interne de service craignant que cette hémorrhagie ne vînt de la plaie trachéale l'obtura, mais immédiatement la suffocation augmenta et il y eût des vomissements de sang pendant lesquels le noyau fut expulsé. Malheureusement l'hémorrhagie continua et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva dans la bronche

gauche une sorte de nid formé par le séjour du corps étranger, sans aucun signe qui semblât indiquer que le sang était venu de là. Le poumon était très-congestionné, quoiqu'il surnageât encore. La mort etait due à une hémoptysie par congestion.

Dans le second cas, le corps étranger était encore un noyau de prune, mais le malade était un enfant de huit ans et le noyau s'était arrêté dans la trachée. Lorsque M. Denucé le vit, le troisième jour, il était très-oppressé, plus fatigué que le précédent malade, ce qui s'explique par la petitesse des conduits aériens à cet âge. *Il y avait emphysème du cou et de la région thoracique supérieure*, ce qui indiquait une ulcération déjà existante de la trachée. L'opération fut faite dans les mêmes conditions, mais le noyau fut expulsé pendant les efforts convulsifs qui la suivirent. Le petit malade expectorait un liquide spumeux présentant une coloration jaune très-prononcée. Après une tentative de pansement simple qui rendait la respiration difficile, le chirurgien se décida à mettre une canule. Malgré cette précaution, la dyspnée était grande et le petit malade crachait toujours du sang; le lendemain il avait une pneumonie franche qui fut traitée par les moyens ordinaires par son médecin habituel. Cinq jours après, celui-ci put sans inconvénient retirer la canule et l'enfant se rétablit parfaitement.

DISCUSSION

M. VERNEUIL désirerait que les observations de M. Denucé servissent de propagande à l'opération de la trachéotomie par le thermo-cautère, qui devient ainsi une opération très-facile et très-bénigne.

M. TILLAUX a fait une trachéotomie chez un vieillard sans une seule goutte de sang, mais dernièrement, opérant encore sur un adulte, il a été moins heureux, car il se déclara une hémorrhagie terrible. Les plexus veineux sont excessivement développés chez certains sujets.

M. DE SAINT-GERMAIN pense qu'il faut faire une grande distinction entre la trachéotomie chez l'enfant et la trachéotomie chez l'adulte. Il a fait trois fois cette opération avec le bistouri chez l'adulte : les deux premières il y eut une hémorrhagie considérable; dans le dernier cas, tout se passa bien. Après avoir vu M. Krishaber opérer avec le thermo-cautère avec une si grande facilité, il essaya lui-même sur un enfant de sept ans, dans le service de M. Labric. Il se fit dans les jours qui suivirent l'opération une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui s'étendit jusqu'à la partie postérieure de la trachée. L'enfant guérit cependant, mais il a conservé une sorte de cornage qui peut être dû au rétrécissement de la trachée. M. de Saint-Germain en est revenu à l'opération faite en un seul temps avec le bistouri. L'hémorrhagie est arrêtée dès que la canule est introduite, si l'on a soin de la choisir un peu grosse. Sur 94 opérations, il n'a eu que deux hémorrhagies inquiétantes.

M. GILLETTE a fait deux fois la trachéotomie sur des enfants de deux et quatre ans avec le thermo-cautère, avec la plus grande facilité et sans hémorrhagie dans un cas, avec une très-légère perte de sang dans un autre. L'ouverture de la trachée doit être faite avec le bistouri, car ce n'est pas elle qui peut causer une hémorrhagie, et on ne risque pas ainsi de faire une cautérisation très-profonde.

Un journal anglais, *the Lancet*, a publié une observation tout à fait analogue à celles de M. Denucé, dans laquelle, après la trachéotomie, le malade fut placé la tête en bas, ce qui détermina la sortie immédiate du noyau.

M. PAULET est partisan de l'emploi du thermo-cautère chez l'adulte, à cause des grands dangers que présente cette opération faite avec le bistouri. Il a fait récemment, avec cet instrument, une trachéotomie qu'il se proposait de faire avec le thermo-cautère, mais le cas était tellement urgent, le malade étant à ses dernières inspirations, lorsqu'il arriva auprès de lui, qu'il n'eut que le temps de prendre son bistouri de trousse et de le plonger dans la trachée. Il y avait un plexus sous-thyroïdien effrayant. La quantité de sang perdu fut énorme. Le malade ressuscita cependant, mais M. Paulet se promet d'employer toujours à l'avenir le thermo-cautère.

M. DESPRÉS se déclare aujourd'hui encore comme autrefois, adversaire des nouveaux procédés opératoires. Le cas relaté par M. Paulet pour combattre la trachéotomie par le bistouri, plaide au contraire en faveur de cette méthode. M. Desprès est l'adversaire absolu du galvano-cautère ou du thermo-cautère, avec lesquels l'opération est longue, et produit des eschares de 8 centimètres carrés, qui envahissent même la partie postérieure de la trachée. La trachéotomie est l'opération la mieux réglée de la chirurgie, à la condition que l'opérateur ne perdra pas son sang-froid. L'hémorrhagie est très-facile à combattre avec les pinces à pression.

M. VERNEUIL a fait, vu faire, ou fait faire par ses élèves neuf opérations avec le thermo-cautère chez des adultes, sans jamais voir d'eschare se produire. M. Krishaber en a fait cinq, M. Mauriac une avec le même résultat. Le malade M. Tillaux était cachectique, et, dans ce cas, la moindre blessure peut prendre ce mauvais aspect. Lorsque M. de Saint-Germain a opéré le petit malade de M. Labric, le procédé opératoire n'était pas encore connu. Le chirurgien a manœuvré avec une extraordinaire lenteur qui explique la cautérisation profonde des tissus. Le même accident est arrivé à M. Krishaber, lorsqu'il a commencé à se servir de cet instrument, mais on l'évite lorsqu'on sait le manier : les accidents arrivent à ceux qui n'ont pas d'expérience et qui ne veulent pas en acquérir. M. Krishaber croyait d'abord que le thermo-cautère exposait à des hémorrhagies secondaires, mais après avoir étudié de nouveau la question, il a reconnu que le bistouri y exposait tout autant.

M. LE FORT. Il faut faire une distinction entre la méthode elle-même qui est excellente et la manière de l'employer qui peut être défectueuse. M. Desprès conseille de ne pas ouvrir la trachée avant que tout écoulement de sang ait cessé, mais bien souvent le malade serait mort avant, dans les cas, par exemple, analogues à celui de M. Paulet. Souvent on trouve des veines en travers de la trachée. L'hémorrhagie le plus souvent est due à une congestion asphyxique et s'arrête par l'ouverture même de la trachée.

M. DE SAINT-GERMAIN a opéré en effet très-lentement dans le cas qu'il a cité. Il recommencerait volontiers en incisant les parties plus rapidement. L'opération, d'après la méthode de Trousseau, est tout à fait impraticable. M. Archambault, le meilleur élève de ce maître pour la trachéotomie, n'a jamais pu parvenir à la faire exactement d'après les règles et avec la lenteur qu'il lui avait indiquées.

M. DESPRÈS. M. Archambault est médecin et non chirurgien.

M. LE FORT fait observer que Trousseau aussi n'était que médecin.

M. TILLAUX n'est pas adversaire du thermo-cautère. Il a seulement voulu dire que son emploi ne met pas toujours à l'abri des hémorrhagies.

M. DENUCÉ répond à ses argumentateurs par une troisième observation qui date de dix-sept jours. Il a opéré un enfant de sept ans avec le thermo-cautère. L'enfant a été placé dans la position ordinaire et l'incision a été faite couche par couche. Il voyait ce qu'il faisait, aussi nettement que sur le cadavre. Après l'incision des parties molles il a eu soin, ainsi qu'il le fait toujours, de fixer la trachée avec le tenaculum de Chassaignac.

On voit quelquefois un peu d'hémorrhagie se faire après l'emploi du thermo-cautère, mais presque toujours il est facile d'en triompher. Il faut seulement diriger l'instrument dans le sens du vaisseau qui saigne et non en travers, de peur de le couper de nouveau. L'ouverture de la trachée avec le thermo-cautère est une mauvaise pratique qui expose à l'exfoliation des anneaux. Il emploie toujours le bistouri pour ce temps de l'opération. L'eschare est moins volumineuse qu'elle ne le paraît; elle couvre très-peu profondément toute l'étendue de la plaie dont la surface ne semble grande que parce qu'elle est écartée. Après la chute de l'eschare, les bourgeons charnus le ferment très-vite. En résumé les résultats obtenus jusqu'à ce jour autorisent à continuer les recherches sur l'emploi du thermo-cautère.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 avril 1877, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. le professeur Jaccoud. — *Au grade de chevalier* : M. le docteur Moreau (Joseph-Frédéric).

— Le Conseil d'Etat, dans sa séance du 23 mars dernier, a déclaré qu'il n'y avait pas incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et celles de médecin chargé de donner des soins aux indigents dans plusieurs communes, parmi lesquelles se trouve la commune qu'il représente, lorsque ce médecin a reçu sa commission du préfet et non du maire de la commune, et que l'indemnité qu'il reçoit est inscrite au bureau de bienfaisance.

— M. le docteur Suzini, médecin-major de deuxième classe, est mort à Lyon, le 29 mars dernier. M. le docteur Alix, médecin principal de deuxième classe a prononcé les derniers adieux sur la tombe de ce jeune médecin très-regretté.

— *Faculté de médecine de Paris. Cours complémentaire de chimie.* — M. Gautier, agrégé, commencera le cours le samedi 14 avril à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis, et samedis suivants à la même heure.

Le professeur fera d'abord l'étude des métaux et des combinaisons métalliques usuelles en médecine. Il traitera ensuite la chimie organique et spécialement les ammoniaques composées, les alcaloïdes, l'urée et les uréïdes, les combinaisons aromatiques (essences, camphres).

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur Baillon, empêché, sera suppléé pendant sa courte absence, par M. le docteur de Seynes, agrégé.

M. de Seynes continuera, le sujet commencé par M. le professeur Baillon.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Vulpian, commencera ce cours le samedi 14 avril 1877, à deux heures.

— *Avis.* — MM. les étudiants sont prévenus que M. le directeur de l'Assistance publique a fait parvenir au secrétariat les états constatant le stage pour le trimestre qui vient de s'écouler, et qu'ils doivent dès à présent prendre leur inscription d'avril. Ils sont priés de déposer leur feuille au secrétariat la veille du jour où ils doivent prendre leur inscription.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Coste, docteur en médecine, est nommé bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Gordon, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Cadiot (Paul-Émile), né le 4 juillet 1857 à Naudeléville (Meurthe), est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. René, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Le Monnier, docteur ès sciences de Nancy (chaire nouvelle).

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Debrun, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Bellamy, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Batandier, pharmacien de première classe, est chargé du cours d'histoire naturelle et de matière médicale, en remplacement de M. Descamps, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Ratel, pharmacien de deuxième classe, préparateur des cours de chimie, est nommé chef des travaux chimiques.

M. Dussart, professeur adjoint de pathologie interne, est nommé titulaire de ladite chaire.

M. Leclercq, suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de physiologie (emploi nouveau).

M. Leprieur (Charles-Marie-Pierre-René), docteur en médecine, né à Lille le 17 novembre 1848, est institué chef des travaux anatomiques pour une période de dix années.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Hébert (Philippe-Gustave), pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux pratiques.

— M. le docteur Dally ouvrira, à l'École pratique, amphithéâtre 2, le lundi 16 avril, à quatre heures, un cours public sur les déformations de l'orthomorphie. Ce cours sera continué les lundis et vendredis suivants.

— M. le docteur G. Delfau, ancien interne des hôpitaux, a commencé son cours sur les maladies de l'appareil génital de l'homme, le mercredi 11 avril, à une heure (amphithéâtre n° 3). — Il le continuera les samedis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Berrut continue ses conférences cliniques (policlinique de chirurgie des femmes), tous les jeudis, à onze heures, rue de Bellechasse, 29.

— Le docteur Jules Simon reprendra ses leçons sur les maladies des enfants, mercredi 18 courant, à neuf heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure, à l'hôpital des Enfants-malades.

— M. Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine et au premier de fin d'année, le mercredi 18 avril, à une heure, rue de Seine, n° 70.

Les cours du troisième et du quatrième examens du doctorat seront terminés dans la quinzaine qui suivra la fermeture des consignations à la Faculté pour ces examens.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

De la capacité civile des épileptiques. — A un âge précis et fixé par la loi française, l'homme prend possession de ses droits civils et sociaux. Des libertés nouvelles lui sont conférées et de nouveaux devoirs lui incombent. A vingt et un ans, tout citoyen, à moins d'événements pathologiques ou de catastrophes pénales, jouit de ses droits civils. Cette faculté d'user de ses droits constitue la capacité civile.

Pour pouvoir jouir librement de sa capacité civile, l'homme doit être en état d'entretenir des relations avec la société, d'appliquer la somme de ses connaissances à chaque cas qui se présente, de diriger ses intérêts, de s'occuper de ses affaires, de gouverner toutes les opérations de son esprit, de délibérer et d'agir sans l'assistance d'autrui.

Cette possibilité d'orientation dans la vie diffère de la responsabilité. A seize ans, on répond de ses actes, mais on n'est capable civilement qu'à vingt et un ans. La responsabilité criminelle s'applique à des faits de l'ordre moral et la capacité civile à une extension d'attributions de l'ordre intellectuel.

Les législateurs de tous les temps et de tous les pays ont pensé avec raison que les notions les plus communes sur le bien et le mal, le juste et l'injuste, et que les principes les plus élémentaires de la morale générale, qui forment, en somme, les premières assises de la responsabilité en matière criminelle, pouvaient être acquis bien plus tôt que le discernement supérieur. La conscience précède effectivement la maturité intellectuelle. Ne voyons-nous pas tous les jours des adolescents, et même des enfants, qui pèsent avec sagesse la valeur morale d'un acte, qui s'engagent sciemment dans une série de fautes ou qui s'abstiennent avec une prudence réfléchie, alors qu'ils manquent cependant des lumières spéciales qui permettent à la vie civile de s'exercer?

Sans doute, déjà à seize ans, dans des conditions déterminées, on peut posséder une capacité restreinte à tester; sans doute, l'homme peut contracter mariage à dix-huit ans et la femme à quinze ans, mais enfin la capacité civile complète, celle qui convie à tous les devoirs, n'est acquise qu'à vingt et un ans, et ne peut se perdre que dans des circonstances prévues par la loi ou qu'à la suite de troubles de la raison. Cette dernière éventualité est la seule qui doive nous occuper ici.

A moins d'un état permanent de folie épileptique confirmée, dont les conséquences légales sont bien vite pressenties et prêtent peu à la discussion, on doit considérer comme valables les actes civils accomplis en dehors du trouble intellectuel temporaire qui précède ou qui suit l'accident comitial. Comment priverait-on, en effet, de leurs droits civils, les trente-six mille épileptiques qui vivent en liberté? L'expérience ne démontre-t-elle pas chaque jour que, malgré les vertiges, les accès incomplets ou les attaques convulsives, et malgré les égarements momentanés de l'intelligence, de la mémoire et de la conscience, qui peuvent être produits par l'une des trois grandes manifestations classiques de l'épilepsie, la raison est le plus habituellement intacte dans les intervalles de la névrose? Et ces trêves ne sont-elles pas fréquemment d'une assez longue durée? Qu'il y ait lieu de faire une étude spéciale de chaque cas particulier et de rechercher avec un soin scrupuleux quel pouvait être l'état mental du contractant, au moment de la signature de l'acte, je le reconnais et je le proclame, mais enfin, toutes les probabilités sont généralement en faveur de la validité. Gardons-nous de mettre hors la loi toute une classe déjà si déshéritée et efforçons-nous plutôt de concourir à sa réhabilitation.

La question de la capacité civile des épileptiques peut être soulevée dans une foule de cas, et elle peut donner lieu tout à coup à la difficulté la plus inattendue, mais elle se présente le plus ordinairement à l'occasion de la séquestration, de l'interdiction, du mariage, de la responsabilité civile, de la comparution en justice, des contrats, ventes ou marchés, de l'exercice de la tutelle ou de la curatelle, et enfin à propos des testaments. Chacune de ces importantes questions exige un examen particulier.

Séquestration. — La législation qui nous régit actuellement, n'a point prévu les troubles transitoires de la raison. Rien n'a été édicté pour ou contre les fugitives manifestations délirantes des convulsifs. La loi abandonne au droit commun tous les épileptiques. Elle en prive un sur dix de sa liberté, mais elle l'enferme comme aliéné, et non comme épileptique.

Selon le moment où il est observé, le même malade peut paraître calme et sain d'esprit, excité et demi-lucide, turbulent et dangereux. Arrêté menaçant et furieux sur la voie publique, camisolé dans un poste et dirigé sur l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture, il arrive en voie de réta-

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 avril 1877.

blissement ou d'aggravation, en cours d'attaques nouvelles, ou profondément déprimé, courbaturé, amnésique, hébété ou indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Que fait-on de lui ? S'il est hâtivement placé dans un établissement d'aliénés, qu'il récupère toute sa raison le lendemain ou le surlendemain, il peut obtenir rapidement sa sortie, protester contre la mesure dont il a été l'objet et intenter une action en dommages-intérêts au médecin qui l'a séquestré. S'il n'est pas placé dans un service spécial, qu'il soit rendu à la liberté et qu'il commette le soir même un assassinat dans Paris ou qu'il aille se jeter dans la Seine, et le médecin qui ne l'aura pas sequestré aura naturellement à répondre vis-à-vis de l'autorité du malencontreux certificat délivré par lui. Entre ces deux éventualités, heureusement rares, s'interposent la prudence clinique, doublée d'une sage temporisation, et l'expérience des cas analogues, basée sur un grand nombre de faits. A l'aide de ces guides si sûrs, on peut encore n'être pas tourmenté trop souvent.

Dans les asiles d'aliénés, il y a seulement quinze ou vingt ans, on conservait presque indéfiniment les épileptiques présentant des désordres intellectuels paroxystiques, avec impulsions morbides. Il était arrivé tant de malheurs, par le fait d'épileptiques en liberté, que la sortie de l'un de ces malades prenait en quelque sorte les proportions d'un événement, dont l'on reculait sans cesse l'échéance, et que, de délai en délai, on finissait presque par immobiliser les convulsifs sur place. La sécurité publique était très-respectée, mais ne mettait-on pas des intérêts privés en souffrance?

Depuis 1865 environ, la situation des épileptiques tend tous les jours à se modifier et à s'améliorer. Le convulsif appartenant à la classe aisée est de moins en moins interné : il se traite chez lui. — Alors même que, dans un certain nombre de cas, l'usage persévérant du bromure de potassium laisse [illegible] n'a plus de trouble mental, d'excitation maniaque et d'impulsions. Il n'est plus dangereux à son heure et a cessé d'être pour son entourage un sujet de dégoût, de honte et de terreur. Les familles établissent si bien la différence, qu'en parlant de lui, elles disent fréquemment et avec une sorte d'orgueil relatif : « Maintenant, il n'est plus fou. »

Le convulsif appartenant à la classe pauvre ne peut guère se faire traiter que dans un quartier d'hospice, car le bromure de potassium est un médicament cher. L'administration générale de l'Assistance publique en fait distribuer, il est vrai, par les bureaux de bienfaisance, mais l'ouvrier manque de prévoyance ou est retenu par son travail, souvent fort loin de chez lui, à l'heure de la distribution. Les irrégularités thérapeutiques rappellent alors les rechutes comitiales, et ces récidives, précipitées souvent aussi par l'ivrognerie, ne tardent pas à rendre indispensable la réintégration du malade, au bout de quelques mois ou d'un an, dans le service hospitalier qui avait précédement abrité sa souffrance. Dans quelques cas, lorsque les convulsifs ont un caractère énergique et une grande force de volonté, ils restent sobres et prennent exactement leur médicament. Ils ont parfois un si grand intérêt à dissimuler leur névrose! Je connais, pour ma part, des petits employés, des chefs-ouvriers, des gardiens de la paix, des hommes de confiance et des domestiques, dont personne ne soupçonne l'état maladif, grâce à une persévérante rigueur dans l'administration du sel bromique.

Il y a plus encore. L'enfant épileptique n'interrompt plus ses études. Dans un certain nombre d'institutions laïques ou religieuses de Paris, on veille à ce que l'élève prenne, pendant les récréations, la dose du médicament qui a été prescrite par le médecin. Dans les lycées, le renvoi du jeune malade reste la règle, dès qu'une attaque s'est produite en présence du maître et des élèves; mais la rareté des crises, sous l'influence du traitement, autorise même certains parents à garder le silence vis-à-vis des chefs d'établissements, et à leur confier, en qualité d'externes, des adolescents épileptiques. Mais l'impunité n'est pas toujours acquise.

Dans les couvents et les pensionnats de filles, la sévérité est bien moindre. Les accidents chloro-anémiques, névropathiques et hystériformes y sont assez communs, et les familles arrivent à faire accepter facilement une médication anti-épileptique plus ou moins bien déguisée.

En résumé, le nombre des épileptiques séquestrés dans les asiles d'aliénés et maisons de santé tend à diminuer notablement. Les malades se mettent de plus en plus à parcourir les sentiers de la vie normale. La cause principale de cette rénovation ressort de ce fait constaté par MM. les professeurs Regnauld et Lasègue, à savoir que l'administration générale de l'Assistance publique délivrait 3 kilogrammes de bromure de potassium, par an, en 1855, et qu'elle en a distribué 800 kilogrammes dans le cours de l'année 1875. L'avenir d'un épileptique repose tout entier sur le traitement obligé de sa névrose. Et cependant, que de malades ne reçoivent encore aucun soin!

Interdiction. — D'après l'article 489 du code civil, « le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque son état présente des intervalles lucides. » Au point de vue intellectuel, l'imbécile, c'est le pauvre qui n'a jamais rien possédé; le dément, c'est le riche qui a graduellement perdu sa fortune. L'un et l'autre sont frappés d'un état pathologique de l'entendement : le premier est enclin à mal faire ou peut servir, dans la perpétration d'un crime, de docile instrument; le second est doux, tranquille, inoffensif, et s'est insensiblement transformé en un être passif et irresponsable. Il est devenu une sorte de non-valeur.

Quant à la fureur, elle ne sera jamais une affection cérébrale ou un état : elle n'est qu'un accident du délire ou qu'un phénomène lié à une manifestation comitiale.

L'expression « état habituel » employée par le législateur a eu évidemment pour but de soustraire à la possibilité de l'interdiction les malades atteints de troubles accidentels ou passagers de la raison, et la plupart des épileptiques sont dans ce cas. Je reconnais toutefois que le mot « habituel » n'entraîne en aucune façon l'idée d'une incurabilité acquise. La meilleure preuve à en fournir, c'est que l'interdiction est une mesure essentiellellement révocable.

L'existence des intervalles lucides n'empêche pas l'interdiction. Le législateur savait trop bien les inconvénients qu'entraînait avec elle la théorie romaine des intervalles lucides; aussi a-t-il voulu prévenir toutes les difficultés, tous les embarras qu'elle faisait naître en déclarant que l'existence des intervalles lucides ne serait pas un obstacle à l'interdiction. Des jurisconsultes ont pu dire dès lors que l'interdiction doit être prononcée, non pas seulement quoique l'état de désordre intellectuel présente des intervalles lucides, mais plutôt même peut-être parce qu'il en présente.

En janvier 1841, le sieur H..., en proie à une vive surexcitation cérébrale, survenue à la suite d'une attaque d'épilepsie, se précipite par la fenêtre d'un deuxième étage. Transféré dans une maison de santé, il en sortit au bout de onze mois et reprit l'administration de ses biens. On ne tarda pas à remarquer que H... avait de nou-

veaux accès de trouble intellectuel. Un jour, il menaça sa domestique et essaya même de lui donner des coups de couteau. Un autre jour, il voulut récompenser le plus léger service par un billet de mille francs. On le vit, enfin, prendre son uniforme de garde national et aller se promener, avec sa giberne et son fusil, dans la plaine de Saint-Denis.

A la suite de ces faits, la famille demanda et obtint l'interdiction du malade. Il appela de ce jugement devant la Cour. Son avocat soutint que H... jouissait de sa raison, et que, dans tous les cas, l'épilepsie ne pouvait pas suffire pour faire prononcer l'interdiction.

La décision des premiers juges fut maintenue.

Le jugement qui précède est certainement très-sage. Néanmoins, en thèse générale, l'interdiction est une mesure trop lente, trop compliquée, trop solennelle, trop onéreuse et trop humiliante. Elle est rarement applicable à l'épilepsie, excepté à la folie épileptique confirmée.

La question de la responsabilité des aliénés ou des épileptiques interdits a été très-rarement portée devant les tribunaux. Lorsqu'on vient à la soulever, il importe de ne pas omettre la citation du fait suivant, qui s'est passé en Corse :

Lanfranchi avait, depuis son enfance, des attaques d'épilepsie. En 1825, un de ses voisins entre dans sa maison dans un état complet d'ivresse, et menace de frapper la mère de Lanfranchi : celui-ci saisit un couteau, avec lequel il tue l'assaillant. Poursuivi pour meurtre, Lanfranchi est acquitté par la cour de justice, sur le motif que, bien qu'il pût actuellement être soumis aux débats, il était en état de démence au moment de l'action; mais, considérant que Lanfranchi est, depuis son enfance, sujet à des accès de fureur et de frénésie, que, s'il était remis en liberté, il pourrait compromettre de nouveau la vie des citoyens, la Cour le met à la disposition du procureur du roi, pour qu'il y ait à provoquer son interdiction. Cet arrêt passe en force de chose jugée; depuis, le ministère public requiert l'interdiction de Lanfranchi; le conseil de famille estime qu'il n'y a pas lieu à interdire; et le tribunal de Sartène, considérant que Lanfranchi n'était pas dans un état habituel de fureur, rejette la demande en interdiction. — Appel de la part du ministère public; — il soutient que l'arrêt de la cour de justice, qui décide que Lanfranchi était dans un état habituel de démence, a acquis l'autorité de la chose jugée; que, dès lors, le tribunal était lié par cet arrêt.

La Cour, par les motifs qui ont déterminé les premiers juges, et attendu que l'arrêt de la cour de justice criminelle, en date du 25 juillet 1826, ne considère pas la chose jugée comme capable de lier les juges civils, lesquels ne peuvent se déterminer que d'après les actes et justifications faits de leur autorité; — confirme. » — (C. de Bastia, aud. solen. du 2 mai 1827.)

Que le tribunal de Sartène et que la cour de Bastia n'aient point cru devoir prononcer l'interdiction de Lanfranchi, je veux bien l'admettre jusqu'à un certain point, mais je m'en étonne cependant. Ce que je tiens principalement à faire ressortir ici, c'est que la réciprocité pourrait difficilement exister. Un individu, en effet, interdit comme étant dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, ne peut pas être réputé responsable de ses actes. Toute poursuite doit s'arrêter en face de la situation exceptionnelle que la loi crée à l'interdit, et aucune condamnation correctionnelle, ce me semble, ne peut l'atteindre.

En décembre 1875, un avoué près le tribunal civil de la Seine vint prendre mon avis à l'occasion d'une espèce, que je crois très-rare. Un sieur H..., ex-professeur de collége, employé subalterne d'une bibliothèque publique de Paris, âgé de trente-cinq ans, un peu affaibli intellectuellement, épileptique, amnésique, ayant conscience de son état, avait prié cet avoué de le faire interdire, lui déclarant qu'il n'était pas tranquille sur le compte de sa petite fortune, laquelle s'élevait à 40,000 francs environ. Il prétendait être sans parents. L'avoué, sachant que le cas n'avait pas été prévu par la loi, s'y refusa d'abord, puis m'entretint de l'affaire.

J'interrogeai longuement le sieur H..., et je délivrai ensuite une pièce médico-légale, dans laquelle j'établis que tout individu qu'il s'agit d'interdire joue le rôle de défendeur; qu'il n'y aurait pas possibilité d'appliquer les règles de cette procédure, si le défendeur était lui-même demandeur; qu'un conseil judiciaire suffirait amplement dans l'espèce, et qu'à défaut de parent recevable à provoquer la mesure conservatoire, l'initiative pouvait être prise par le ministère public.

A peu de temps de là, le sieur H... perdit sa place à la suite d'une attaque convulsive en présence de ses chefs. Il se retira en province, sans avoir été pourvu d'un conseil judiciaire. J'ignore ce qu'il est devenu depuis.

Une très-grande circonspection est imposée à tout médecin qui vient à être consulté au sujet de l'opportunité de l'interdiction d'un épileptique. Des constatations écrites sont réclamées, et l'homme de l'art rédige souvent ces pièces avec une certaine rapidité et sans leur reconnaître beaucoup d'importance. Or, les opinions médicales exprimées servent d'échafaudage aux plaidoieries, subissent à l'audience les interprétations les plus disparates et peuvent tout à coup tourner contre le malade que l'on a eu le ferme désir de protéger.

Il faut bien le dire, chaque instance introduite porte avec elle son enseignement et a, en quelque sorte, une moralité qui lui est personnelle. Avant de déférer à la sollicitation qui lui est faite et avant d'engager par écrit son opinion, le médecin doit donc rechercher si l'état mental de l'épileptique est profondément troublé; si son incapacité administrative est réelle; si des intérêts majeurs sont en jeu; si des décisions importantes doivent être prises; si la privation des droits civils n'est pas de nature à aggraver les manifestations convulsives et le désordre intellectuel; si l'humiliation de la mesure n'entraînera pas de la tristesse, du découragement et peut-être un acte de désespoir; si la famille, enfin, agit en toute loyauté dans un but avouable, utile et protecteur, ou bien, si elle ne met pas son apparente sollicitude au service de combinaisons occultes, de malsaines convoitises et de tentatives spoliatrices. Le médecin doit également songer à la possibilité d'une demi-mesure souvent suffisante, au conseil judiciaire. Il doit, en dernière analyse, formuler un avis très-net, en son honneur et conscience, ne jamais abandonner son malade au hasard suspect des transactions d'hommes d'affaires et lutter du côté du plus faible. Si l'épileptique ne pouvait plus compter sur l'indépendance éclairée et sur le dévouement affectueux du médecin, quel appui lui resterait-il donc? Sa vie n'est d'un bout à l'autre qu'un inégal combat. Soyons toujours les fidèles courtisans du malheur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 avril 1877 (1). — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du cuivre. — M. Laborde présente l'observation que nous avons rapportée dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui nous a été

(1) Dans notre compte rendu de la dernière séance de la Société de biologie (voy. nº 36 du 27 mars 1877, p. 285), après une communication de M. Cuffer sur *l'action des matières extractives de l'urine sur le nombre*, *la forme et la capacité respiratoire des globules rouges du sang*, nous faisions dire à M. Rabuteau que « les résultats obtenus par M. Cuffer confirment de tous points les expériences qu'il a pratiquées, lui-même, il y a plusieurs an-

été communiquée par M. le docteur Dubert (de Pont-du-Château (voyez le numéro du 31 mars 1877) et fait passer sous les yeux de la Société l'échantillon qui nous avait été envoyé par notre estimable confrère.

M. GALIPPE dit qu'il serait utile de vérifier si cet alcool ne contient pas d'autres substances, par exemple des alcools composés.

M. RABUTEAU fait observer que la présence d'une certaine quantité de cuivre dans l'alcool peut devenir le point de départ de nombreux accidents si cet alcool est employé dans le coupage des vins.

M. LABORDE, à l'occasion du procès-verbal, combat les conclusions adoptées par MM. Galippe et Bochefontaine relativement aux effets locaux des injections sous-cutanées de sulfate de cuivre. Il a pu injecter des quantités considérables et produire des altérations graves de plusieurs organes, notamment du foie, des poumons, des reins, sans déterminer d'accidents sérieux au siége de l'injection. La mort ne peut donc être attribuée aux accidents locaux.

MM. GALIPPE et BOCHEFONTAINE ont continué leurs recherches sur les injections sous-cutanées de sulfate de cuivre et sont arrivées à des conclusions tout opposées à celles de M. Laborde. Il suffit de 10 à 50 centigrammes de sulfate de cuivre injectés sous la peau pour produire des lésions locales déjà assez prononcées.

Influence de l'éther bromhydrique sur la germination. — M. RABUTEAU a répété avec l'éther bromhydrique les expériences que M. Cl. Bernard a faites avec le chloroforme et l'éther sur l'influence de ces substances sur la germination; il a obtenu absolument les mêmes résultats.

Microcythémie temporaire.— M. LÉPINE, au nom de M. Germont et au sien, communique les résultats qu'il a obtenus de l'examen du sang de deux malades atteints de cancer de l'estomac. Chez ces deux malades, outre l'oliglobulie, il constata un jour que le sang contenait une forte proportion d'éléments très-petits ou microcytes, qui étaient manifestement des globules rouges de 3 à 4 millimètres. Le lendemain, ces éléments avaient presque complétement disparu; au moment de la mort, il n'y en avait plus. M. Lépine propose de désigner cet état, dont un auteur allemand a récemment publié deux exemples, sous le nom de mycrocythémie temporaire. On ne peut savoir encore s'il s'agit là de cellules jeunes ou de globules en voie de destruction; l'examen colorimétrique du sang pourra permettre de résoudre cette question.

M. HAYEM dit avoir vu fréquemment, dans ses recherches sur l'anémie, les éléments décrits sous le nom de mycrocytes. Suivant lui, il n'y a pas là un état pathologique spécial du sang; ce sont des globules rouges jeunes qui évoluent. Cet état se rencontre dans toutes les aglobulies, quelle qu'en soit la cause, pourvu qu'elles ne soient pas arrivées à un degré extrême. Le nombre de ces petits éléments est très-variable et se modifie d'un jour à l'autre, de telle sorte qu'après en avoir trouvé un très-grand nombre, on peut, après quelques jours, ne plus en rencontrer, et cela uniquement parce qu'ils ont acquis leur développement complet.

M. LÉPINE fait observer que ce qu'il y a de particulier dans ses observations, c'est la quantité considérable et la disparition rapide des microcytes, dont l'existence d'ailleurs est loin d'être constante dans les anémies.

Sarcome hématode du testicule. — M. MALASSEZ a fait, avec M. Ch. Monod, l'examen d'un sarcome hématode du testicule. Il y trouva des réseaux protoplasmatiques avec noyaux et vacuoles; lorsqu'on soumit la pièce à des agents respectant les globules rouges, on put constater l'existence de nombreuses hématies dans ces réseaux. Il y a donc entre la tumeur ainsi constituée et les différentes phases de développement des vaisseaux une remarquable analogie; aussi M. Malassez propose-t-il de l'appeler sarcome angioplastique. Les tumeurs dites à myeloplaxes ne sont peut-être que des variétés moins avancées de sarcomes angioplastiques.

nées. » Ce dernier membre de phrase doit être remplacé par celui-ci : « Confirment de tous points les idées qu'il a émises sur ce sujet il y a plusieurs années ». M. Rabuteau n'avait en effet pratiqué aucune expérience relative à cette question avant M. Cuffer.

Température locale dans les affections cutanées. — M. VIDAL, à l'aide d'aiguilles thermo-électriques, a fait de nombreuses recherches sur ce sujet, et donne la description de l'appareil dont il s'est servi; il reviendra ultérieurement sur cette question.

Tumeur de la colonne vertébrale chez un chien. — M. BOCHEFONTAINE présente la colonne vertébrale d'un chien dans laquelle se trouve une tumeur du volume d'une cerise, ayant détruit tout un disque intervertébral dans lequel elle semble avoir eu son point de départ, éburné l'os en un point et qui est venue comprimer la moelle en irritant la dure-mère, mais sans adhérer à cette membrane. La tumeur est composée de faisceaux fibreux entre lesquels on trouve des masses caséeuses et, dans l'épaisseur des travées, des cellules de cartilage. Il n'existe de tubercules dans aucun organe.

Surdité dans la néphrite albumineuse. — M. DIEULAFOY communique une note sur les altérations de l'ouïe au début ou dans le cours de la maladie de Bright. Souvent au début de l'affection, les malades présentent une surdité absolue, avec douleurs d'oreilles, bourdonnements. Ces phénomènes sont habituellement passagers, mais ils peuvent se reproduire plusieurs fois dans le cours de l'affection. M. Dieulafoy, sur douze albuminuriques qu'il a pu examiner, en a rencontré deux complétement sourds, trois atteints de demi-surdité et deux de phénomènes auriculaires moins accusés. Dans un de ces cas, M. Ladreit de Lacharrière a constaté une perforation de la membrane du tympan. Ces troubles sont probablement dus à des lésions de la caisse du tympan.

Grossesse extra-utérine, mort par urémie. — M. DUMONTPALLIER communique l'observation d'une femme qui a succombé dans son service pendant ses règles qui duraient ordinairement douze jours. Elle était dans un état d'extrême anémie; un énorme épanchement de sang s'était fait dans la cavité pelvi-péritonéale, remontant jusqu'au dessus de l'ombilic. Après quelques jours, les dangers inhérents à l'anémie avaient disparu, la malade commençait à reprendre des forces lorsque vers le vingtième jour elle fut prise de convulsions épileptiformes, avec ascension de la température jusqu'à 40,5 et mourut dans le coma.

A l'autopsie on trouva : 1° un énorme caillot pesant plus de 900 grammes, occupant toute la cavité pelvienne et la partie inférieure de la cavité abdominale; 2° au milieu de ce caillot et au voisinage de la trompe utérine droite, un petit fœtus d'au moins trois mois; 3° le pavillon de la trompe, de ce côté, dilaté et contenant très-adhérent à sa paroi interne, un placenta de la largeur d'une pièce de deux francs et contenu dans une poche rompue; 4° les deux uretères fortement comprimés et très-dilatés, de même que les calices et les bassinets. L'urine contenue dans les uretères ne contient que 3 pour 1000 d'urée et celle de la vessie 5 pour 1000. La cavité utérine ne contient pas de débris de caduque.

M. Dumontpallier insiste particulièrement sur l'abondance de l'hémorrhagie, sur sa cause par rupture d'une grossesse extra-utérine et sur la mort par urémie résultant de la compression des uretères.

M. DUGUET fait remarquer qu'il est probable que la caduque utérine a été expulsée au moment de l'hémorrhagie vaginale et que cette femme avait eu une grossesse antérieure, ce qui concorde avec cette donnée admise que toute hématocèle pelvienne, due à une grossesse extra-utérine ne survient que chez une femme ayant eu au moins une grossesse antérieure.

Du diabète sucré chez l'enfant. — M. REDON fait une communication sur ce sujet.

Le diabète sucré, dit-il, a été jusqu'ici très-peu étudié chez l'enfant, cependant à en juger par les entretiens que M. Redon a eus avec un grand nombre de médecins, cette question intéresse tous les praticiens. De ces entretiens multiples et des études auxquelles il s'est livré, il est résulté pour lui deux faits principaux :

1° On n'avait sur cette affection que des notions très-incomplètes;

2° On avait des notions erronées. M. Redon a pu réunir trente-deux observations dont six inédites, au moyen desquelles il a été possible de tracer l'histoire de la maladie.

L'étiologie, dit-il, m'a paru être à peu près la même que chez

l'adulte ; mais chez l'enfant, la parenté entre le diabète et les diathèses diverses : goutte, arthritisme, herpétisme, scrofule ou certains états nerveux : folie, convulsions, hydrocéphalie, etc., s'accuse d'une manière très-nette. Des parents atteints d'une de ces affections, peuvent donner naissance à des enfants qui sont tous diabétiques, ou les uns diabétiques, les autres porteurs d'une autre tare héréditaire.

J'ai trouvé que, quelle que soit la cause du diabète, la maladie se manifeste dans plus de la moitié des cas, dans la partie moyenne de la seconde enfance, de neuf à douze ans.

En ce qui a trait à la fréquence, j'ai été amené à conclure contre l'opinion de la grande majorité des auteurs. L'étude de deux tableaux de statistique, publiés en Angleterre, donnant le nombre d'enfants morts par le diabète, la manière fortuite dont le diabète a été découvert dans un grand nombre de mes observations, l'opinion de quelques médecins qui ont aussi fortuitement découvert cette maladie, tout cela m'a donné la certitude que le diabète de l'enfant est sinon fréquent, du moins beaucoup moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'ici ; et il me paraît absolument urgent de le rechercher, quand la maladie d'un enfant ne nous paraît pas bien déterminée ; car il doit arriver assez souvent, que des enfants meurent du diabète méconnu.

La maladie paraît d'une égale fréquence dans l'un et l'autre sexe.

L'anatomie pathologique, ne m'a révélé que des lésions peu importantes et cela paraîtra naturel quand j'aurai indiqué la terminaison.

Plusieurs des symptômes diffèrent notablement de ce qu'ils sont chez l'adulte. La polyurie paraît être un fait constant (à une observation près). La quantité d'urine est proportionnellement plus grande, ainsi que la quantité de sucre éliminé. La polyphagie existe dans plus des 4/5 des cas. L'autophagie est un symptôme précoce et qui se produit très-rapidement.

La dyspnée, qui s'observe quelquefois, n'est pas le fait du diabète, mais bien des phénomènes surajoutés : pneumonie finale, ascite.

Un fait remarquable, c'est que lorsqu'il y a des signes physiques thoraciques, ils sont en général très-peu prononcés : diminution de la sonorité, respiration obscure vers les sommets, mais pas de signes accusés de phthisie.

Une seule malade a eu des hémoptysies.

Le pouls est très-fréquent.

Un fait qui appartient presqu'à toutes les observations, c'est le changement de caractère ; l'enfant est d'abord inquiet, excitable, méchant, puis il devient triste, taciturne. Les symptômes habituellement décrits sous le nom de complications, sont moins fréquents que chez l'adulte. Cela tient probablement à la durée plus courte de la maladie. La sécheresse de la peau est un caractère extrêmement fréquent et ce symptôme, peut à lui seul dans beaucoup de cas, faire penser au diabète.

La durée est courte (de quelques mois à deux ans).

La phthisie, que l'on croyait la terminaison la plus fréquente, n'a existé que dans quatre cas sur vingt-deux morts et encore est-il bien douteux qu'elle ait été la cause de la mort.

Les enfants meurent dans le *marasme, ils s'éteignent insensiblement*, et quelquefois dans le coma. Dans trois cas la mort a eu lieu par pneumonie.

Le pronostic qui a été jusqu'ici considéré comme fatal, me paraît bien moins lugubre. D'abord sur trente-deux cas, je constate au moins dix guérisons, et quand on recherche dans quelles conditions la guérison s'est produite, on trouve que dans plusieurs cas, le traitement est intervenu aussitôt après la manifestation de la maladie.

Une observation entres autres est remarquable à ce point de vue : la mère, diabétique, attendait anxieuse, l'apparition de la maladie chez son enfant, elle apparaît un jour d'une manière très-nette. On soumit l'enfant immédiatement au régime, et au bout d'un mois il était guéri. C'est là, en effet, qu'est le salut, la seule condition qui puisse changer le pronostic : traiter le diabète aussitôt après son apparition ; et dans un grand nombre de cas, sinon toujours, on doit espérer guérir le malade. Cette guérison il est vrai, ne sera que relative, mais pourra durer indéfiniment par une bonne hygiène.

Ainsi, diabète souvent méconnu ou reconnu trop tard, traitement inefficace, mort.

En outre, diabète traité énergiquement dès le début, guérit très-souvent.

D'où la conduite à tenir, qui ouvre une large porte à l'espérance et arrachera peut-être à la mort un certain nombre d'enfants, qui auraient succombé à une maladie ignorée ou reconnue et traitée trop tard.

Le traitement est presque tout entier dans le régime et l'hygiène, comme M. Bouchardat le conseille chez l'adulte.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. BESNIER présente, au nom de M. Brochin, l'article *Constitutions médicales*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. CADET DE GASSICOURT présente une observation de fièvre typhoïde à rechute.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. Laure, médecin des hôpitaux de Lyon, une brochure intitulée : *De l'emploi de la méthode de Brand et du bain tiède dans le traitement de la fièvre typhoïde*.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Notre expérience à tous nous a donné la preuve certaine d'une innocuité *relative* de l'eau froide ;

2° La méthode de Brand n'est pourtant pas exempte de tous dangers (la pneumonie, par exemple, est un écueil contre lequel il faut se tenir en garde);

3° Les indications n'en sont pas encore connues d'une façon suffisamment précise, et on ne saurait l'appliquer indistinctement à tous les cas;

4° La méthode s'adresse spécialement aux accidents nerveux graves et aux températures extrêmes ;

5° Contrairement à ce qui a été souvent affirmé, la méthode ne prévient aucune des complications habituelles de la fièvre typhoïde ;

6° Il est des cas où le sulfate de quinine et les purgatifs légers répondant à des indications spéciales, peuvent encore rendre de grands services ;

7° La méthode de Brand, comparée au traitement par l'expectation, m'a paru abaisser la mortalité de la fièvre typhoïde et constitue, sans être un spécifique, un des moyens les plus rationnels et les plus efficaces employés dans le cours de certaines dothiénentéries ;

8° Les statistiques du traitement par les bains froids ne diffèrent pas essentiellement des résultats obtenus par les bains tièdes, et consignés dans les thèses de Barthé et de Samuel, élèves de Schutzenberger.

M. MOUTARD-MARTIN annonce à la Société la mort de M. le docteur Cazenave, médecin de l'hospice de Garches.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS

M. FERRANT termine la lecture de son mémoire sur les bains froids et l'hyperthermie. M. Ferrant, dans ce mémoire, étudie l'hyperthermie en elle-même, puis sa valeur comme indication ; analysant ensuite les effets complexes du bain froid, il conclut à l'adoption des meilleurs moyens antithermiques.

Si l'on s'en rapporte uniquement aux chiffres et aux statistiques, pour juger une question aussi complexe, on obtient les résultats les plus contradictoires, ce qui tient à la variabilité des cas que l'on compare entre eux et qui sont plus ou moins loin de se ressembler. Il en a été de même à ce point de vue pour la fièvre typhoïde que pour la pneumonie, dont chaque méthode de traitement a été tour à tour jugée la meilleure par les chiffres.

Les dernières statistiques qui ont été données semblent démontrer que la méthode mixte des indications thérapeutiques appliquée à la fièvre typhoïde donne, à peu de chose près, les mêmes résultats que la médication réfrigérante. Celle-ci, à mesure qu'on s'éloigne de ses débuts, semble donner des résultats de moins en moins remarquables.

Laissant donc de côté tous les systèmes qui voudraient usurper le nom de méthode, M. Ferrant passe à l'étude de l'hyperthermie. Il commence par développer cette opinion, déjà soutenue par M. Peter, que l'hyperthermie n'est qu'un symptôme et ne constitue pas à elle seule l'état pyrétique. Il cherche ensuite si, dans les conditions même de l'hyperthermie, telle qu'on la connaît aujourd'hui, il n'y a pas certaines lacunes, qu'il faudrait combler, ou tout au moins dont il faut se rendre compte, si l'on veut apprécier sainement la valeur de l'indication qui y ressortit, et les moyens à employer pour y satisfaire. Ici l'auteur étudie avec le plus grand soin toutes les conditions de la chaleur sensible de l'état normal et de l'hyperthermie.

L'hyperthermie constitue-t-elle une indication thérapeutique? Oui, dit M. Ferrant, quand la chaleur sensible du corps s'élève à un point voisin de celui qui est incompatible avec la persistance de son activité et de son organisation, il y a lieu d'attaquer directement ce fait physique de l'hyperthermie pour en modérer l'essor ou tout au moins en atténuer les conséquences. Certes, l'hyperthermie forme une indication thérapeutique positive; mais pour tenir chaque chose à sa place, il faut l'attaquer comme un résultat de l'évolution pathologique et non comme une cause. Il ne faut pas attribuer l'hyperpyrexie à l'hyperthermie, et M. Ferrant insiste particulièrement sur la distinction que l'on doit établir entre ces deux choses et cherche à démontrer qu'il ne suffit pas de combattre l'une pour attaquer l'autre.

Sans nier les effets singuliers qu'on a attribués à l'hyperthermie, M. Ferrant admet que ceux qu'elle est surtout capable de produire sont les accidents nerveux, en particulier les phénomènes de délire; mais rien ne prouve, suivant lui, qu'on puisse lui attribuer les altérations musculaires et les dégénérescences cardiaques qui ont été décrites et qui appartiennent à la condition même de la fièvre, plus qu'à la fièvre elle-même. En résumé, l'hyperthermie résultant des combustions organiques interstitielles, n'est que l'effet de la fièvre; en attaquant l'hyperthermie, on ne combat pas la fièvre, encore moins la maladie dont la fièvre est le symptôme. Ce qu'il faut, c'est tarir la source de cette chaleur, c'est atteindre la cause du mouvement de dénutrition exagérée dont la chaleur est la conséquence.

M. Ferrant a étudié ensuite l'action des bains froids. Il résulte des observations faites récemment par MM. Féréol, Libermann, etc., qu'après un quart d'heure de séjour d'un malade à 40 degrés dans un bain à 20 degrés, la température du bain s'élève environ de 2 degrés. Calculs faits, ce malade a perdu en un quart d'heure 1,000 calories, au lieu de 22 que perdra l'homme en santé dans le même temps, à l'air libre. Dans la transformation de ces chaleurs en force mécanique, chaque calorie représentant 425 kilogrammètres, il en résulte que ce bain froid d'un quart d'heure va soustraire au malade une chaleur représentant une puissance mécanique équivalente à 425,000 kilogrammètres. Chez les malades auxquels on a fait prendre cinquante, cent et même cent cinquante bains froids, c'est un chiffre de 50,000, 100,000 et même 150,000 calories qu'on a fait disparaître. Or l'homme en santé, dans son milieu normal, ne perd pas 2,200 calories en vingt-quatre heures. Que faudra-t-il donc que ce malade brûle de sa propre substance pour remplacer les 100,000 calories qui lui ont été soustraites!

Il y a, dit M. Ferrant, dans le cycle fébrile la phase algide ou celle du frisson fébrile, phase pénible et dangereuse, qui se retrouve dans une foule d'états pathologiques menaçants, et qui est due, comme on sait, à l'inégalité de répartition de la température à la surface et dans les parties profondes; et c'est cette même inégalité que l'on ne craint pas de provoquer chez le fébricitant à l'aide du bain froid!

Après les effets physiques du bain froid, M. Ferrant étudie les effets physiologiques, d'abord sur l'homme sain, puis sur le fébricitant. Si l'on consulte les auteurs qui se sont occupés d'hydriatrie, on est vite convaincu que la réaction est le but que l'on doit se proposer de l'usage de l'eau froide. Quand cette réaction fait défaut, il en résulte un malaise général qui précède un accès de fièvre. Après avoir fait un tableau de la sensation désagréable et même pénible qu'éprouve un homme sain brusquement plongé dans l'eau froide, M. Ferrant, arrivant au fébricitant que l'on prend dans son lit, avec une température qui dépasse 40 degrés et dont le milieu atteint presque ce chiffre et que l'on plonge brusquement dans un bain audessous de 20 degrés, se demande ce qu'il faut de courage au médecin pour prescrire et au malade pour supporter une pareille épreuve! L'auteur entre ici dans l'étude des phénomènes physiologiques qui résultent pour ce malade de cette brusque transition et s'attache à démontrer que le système de Brand supprime la réaction que semble tout d'abord devoir provoquer l'impression d'une basse température. Est-ce là une pratique sans danger? M. Ferrant répond à cette question en s'appuyant sur l'opinion des hydrologues, en particulier de Fleury, de Tartivel, de Beni-Barde, etc., et arrive à cette conclusion que les effets du bain froid non suivis de réaction, provoquent une dépression nerveuse et nutritive, une hyposthénisation proprement dite que traduit l'état algide; le bain froid ralentit les mouvements respiratoires et les battements de cœur après les avoir activés et voilà l'état que les partisans de la méthode de Brand ne craignent pas de provoquer et de maintenir chez des malades épuisés et abattus par une fièvre septique.

Après les effets physiques et les effets physiologiques du bain froid, M. Ferrant aborde les effets thérapeutiques. Il arrive à cette conclusion que l'effet thérapeutique du bain froid donné, dans la fièvre, selon le système de Brand, c'est, en définitive, l'hyposthénie et l'hyposthénie dans la fièvre typhoïde, c'est le danger.

Etant admis que l'hyperthermie peut devenir la base d'une indication thérapeutique, quels sont donc les meilleurs moyens d'y répondre? On vient de voir quels sont les inconvénients et les dangers du bain froid. Ce moyen doit donc être écarté; il faut se servir de moyens moins complexes dans leurs effets, moins violents dans leur mode d'application, moins perturbateurs, en un mot, et plus tempérants encore que réfrigérants, ces moyens sont les bains tièdes, les lotions fraîches et les lavements frais. Veut-on donner un bain qui ne provoque pas de réaction? donnez un bain de 33 degrés, prolongez en la durée et évitez tout mouvement du malade et du liquide. M. Ferrant est également très-partisan des lotions fraîches alternées au besoin avec les bains tièdes. L'un et l'autre, en effet, exercent la plus heureuse influence sur les actes de circulation et de sécrétion périphérique. Cette influence joue un rôle considérable dans le refroidissement des sujets. Les lavements froids sont aussi un très bon moyen, et qui n'offre aucune espèce de danger. Il y a, en effet, dans la fièvre typhoïde une grande utilité à rafraîchir l'intestin, à diminuer les fermentations putrides qui s'y produisent, à en calmer l'irritation sécrétoire par un lavage émollient.

Et maintenant, dit en terminant M. Ferrant, faut-il proscrire absolument l'usage des bains froids, comme illusoires dans leurs avantages, impraticables dans leurs procédés et dangereux dans leurs résultats? non certes, le bain froid demeure une ressource ultime à appliquer dans les cas exceptionnels où la chaleur reste extrême malgré l'usage des moyens ordinaires, alors que le malade paraîtra encore capable de résister au choc de l'immersion, aux fluxions sanguines et à l'hyposthénie. Mais il faut bien savoir que la réfrigération n'est qu'une indication secondaire et qui, par conséquent, ne doit passer qu'après les indications qui appartiennent aux appareils organiques et relèvent des grandes fonctions de l'organisme vivant et malade. Enfin, M. Ferrant résume les principales considérations, de son mémoire, dans les conclusions suivantes.

Conclusions. — 1° Sans vouloir mettre en doute, ni considérer comme de nulle valeur les statistiques mortuaires relatives au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, on ne saurait mettre trop de réserve dans l'appréciation des chiffres qu'elles fournissent.

2° L'hyperthermie n'est qu'un résultat de la maladie, tout au plus un des éléments de la fièvre; elle est le signe de la chaleur mise en liberté par les actes morbides et comme une foule de modifications physico chimiques peuvent la conserver latente ou la restituer à la liberté, elle n'est qu'un effet dont l'accroissement ne saurait mesurer exactement l'intensité des phénomènes pathologiques bien qu'elle leur paraisse proportionnée.

3° L'hyperthermie peut cependant atteindre l'importance que tout phénomène secondaire peut prendre dans une évolution pathologique déterminée, et devenir la source d'une indication thérapeutique. La limite où cette indication se présente est d'autant mieux déterminée que la température du malade se rapproche d'avantage de celle où nous voyons se produire de graves accidents et la mort survenir. Elle oscille entre 40 et 42 degrés.

4° Les bains froids ont pour effet physique d'enlever à la périphérie une somme considérable de chaleur (mille calories environ en un quart d'heure), quand on suit la pratique de Brand. Quant à leur effet physiologique, il font passer le sujet qui est soumis à cette épreuve par des phases d'excitation et d'épuisement nerveux, par des oscillations brusques de la circulation dans ses différents territoires et très-certainement aussi par des altérations d'activité et d'inertie nutritives qui ne sont pas sans danger. L'absence d'une réaction que l'on s'efforce d'étouffer aussitôt qu'on l'a provoquée, constitue un danger plus redoutable encore. Un certain degré d'algidité en est la conséquence nécessaire. Il en résulte que l'homme en santé en ressentirait un profond malaise souvent même un accès de fièvre; il en résulte pour le malade, d'abord un grand risque d'épuisement nerveux, ensuite les congestions viscérales, enfin et nécessairement l'hyposthénie.

5° Les bains tièdes, les lotions et les lavements frais, pourvu qu'on en répète l'usage sont, dans la grande majorité des cas, des moyens réfrigérants suffisamment efficaces et qu'on peut toujours employer sans danger.

Les bains froids ne doivent être mis en œuvre que dans les cas exceptionnels où ces derniers moyens demeurent sans effet, encore faudra-t-il agir dans la mesure difficile à apprécier où le malade paraîtra capable de les supporter. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences aura lieu, sous la présidence du vice-amiral Pâris, le lundi 23 avril.

Dans cette séance aura lieu la proclamation des prix décernés pour 1876 et des sujets de prix proposés pour les années suivantes. M. Dumas, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge historique de MM. Alexandre et Adolphe Brongniart.

— MM. Augey, médecin aide-major de première classe; Michalowicz, médecin aide-major de deuxième classe; L. Vidan, pharmacien-major de deuxième classe, viennent de donner leur démission.

— M. le docteur Martineau commencera à l'hôpital de Lourcine des conférences cliniques sur les maladies des femmes, le jeudi 19 avril, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le mardi à neuf heures, consultation et traitement externe; les mercredis et samedis à neuf heures, conférence clinique et examen des malades.

Messieurs les étudiants en médecine, admis préalablement par l'administration, recevront, pour assister à ces cours et à ces conférences, une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— M. le docteur Lailler reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences sur les affections cutanées le vendredi 21 avril, à huit heures et demie du matin, et ses leçons sur les teignes le dimanche 29 avril, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants (pavillon Saint-Mathieu).

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de paléontologie.* — M. Albert Gaudry exposera l'histoire des êtres qui ont marqué la fin des temps géologiques. Après avoir brièvement traité des fossiles du terrain tertiaire supérieur, il étudiera les restes de l'homme, des animaux et des plantes qui ont été découverts dans le terrain quaternaire.

Ce cours commencera le mercredi 18 avril 1877, à trois heures et demie, et continuera les vendredis et samedis suivants, à la même heure (amphithéâtre d'anatomie comparée).

Le lundi, à trois heures et demie, le professeur fera une conférence pratique soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Paul Fischer, aide-naturaliste au Muséum.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 45. — JEUDI 19 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 19 AVRIL 1877. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris hier la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, interrompue pendant plusieurs séances. M. Jaccoud a occupé seul la tribune jusqu'à l'heure fixée pour un comité secret. Le but de la nouvelle intervention de M. Jaccoud dans le débat était de compléter sa première argumentation, et de répondre aux observations dont elle avait été l'objet. Nous ne voudrions pas avoir l'air d'épiloguer sur les termes, surtout avec un maître de la parole, tel que M. Jaccoud. Mais il nous a semblé, en entendant les développements de la pensée de l'orateur que le mot « complément » était mis là par euphémisme et que, sous le sens qu'il comporte, la logique exigerait peut-être qu'on en lût un autre. C'est, en effet, plutôt une rectification qu'un complément de son opinion première que M. Jaccoud nous a fait entendre hier.

Ceci demande explication.

Dans son premier discours, M. Jaccoud, d'accord en cela, mais en cela seulement, avec M. Guéneau de Mussy, a soutenu avec le merveilleux talent que l'on sait la doctrine étiologique de Murchison et de Griesinger, sur l'origine fécale de la fièvre typhoïde; et avec cette abondance et cette sûreté de mémoire qui a fait et continué à faire, toutes les fois qu'il prend la parole, l'étonnement de ses auditeurs, il a énuméré et égréné un à un tous les faits connus dans la science qui militent en faveur de cette étiologie.

Nous avons fait remarquer, à cette occasion — et nous n'avons pas été seuls à faire cette remarque, — que dans l'exposé de ces faits comme dans la proposition générale qui les résume, c'était aux matières fécales en général qu'était attribuée l'action typhogène, sans qu'il fût rien spécifié, sans qu'aucune distinction ni réserve fût faite relativement à leur provenance. Nulle part, dans l'argumentation de M. Jaccoud, pas plus dans l'interprétation que dans l'exposition des faits et des conditions qui étaient de nature à éclairer sur les procédés divers de l'infection, ainsi que des circonstances capables d'en faciliter la manifestation, on ne trouve rien qui indique que ce soit à tel élément, à telle qualité ou condition spéciale des matières, plutôt qu'au fait commun de leur décomposition putride, qu'on doive attribuer la génération de la maladie.

Or le fait d'avoir omis de faire cette distinction était, à nos yeux, la lacune grave que nous avions cru devoir signaler dans le premier discours de M. Jaccoud; et nous étions d'autant plus fondé à la lui imputer, que cette distinction n'existe pas davantage dans la partie de son *Traité de pathologie* où il traite de l'étiologie du typhus abdominal.

Dans la séance d'hier, cette omission a été réparée. M. Jaccoud est venu nous dire, qu'après avoir énoncé le fait dans sa plus grande généralité, il lui restait à en indiquer les conditions, et l'une de ces conditions, la principale, c'est la provenance particulière des matières fécales, c'est la présence dans ces matières du virus typhique, de l'agent infectieux spécial qu'y ont déposé les sujets en proie à l'affection typhoïde.

Que cette déclaration ne soit, en réalité, comme l'a dit M. Jaccoud, que le développement, le complément de la proposition énoncée en termes généraux dans son premier discours, — nous n'avons pas de raison pour ne l'en croire pas sur parole —, ou qu'elle soit l'effet d'une réflexion plus mûre, d'une évolution nouvelle de son esprit, toujours est-il que nous nous félicitons aujourd'hui d'un accord dont nous avions pu jusque-là regretter l'absence. Mais pourquoi ne nous avoir pas donné cette satisfaction plus tôt?

Quant à la deuxième partie du nouveau discours de M. Jaccoud, dans laquelle il a pris à partie M. Guéneau de Mussy, bien qu'elle ait été dictée sans doute par un sentiment de justes représailles, nous ne pouvons nous empêcher de regretter l'insistance qu'il y a mise. Les querelles personnelles sont toujours de trop et toujours trop longues, quand on a devant soi si peu de temps pour élucider les questions scientifiques.

Parmi les présentations, nous signalerons le nouvel ouvrage de notre collaborateur M. le docteur Édouard Fournié : *Essai de psychologie, la bête et l'homme*. Le titre du livre par lui-même, doublé du nom de l'auteur, nous avait déjà alléchés; ce qu'en a dit M. Béclard nous a fait venir l'eau à la bouche.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Papillôme granulé de l'anus.

Nous avons au n° 41, de la salle Sainte-Vierge, un jeune homme de dix-sept ans qui est entré dans le service avec une de ces tumeurs qu'on n'a pas souvent occasion dans les hôpitaux spéciaux, de rencontrer chez les hommes. C'est une production de l'anus, du volume d'une grosse noix et formée par une série de petites tumeurs granulées et implantées par un pédicule plus ou moins large constitué par la peau saine.

Eh bien, anatomiquement, qu'est-ce que cet amas granulé formé par autant de petites tumeurs agglomérées, les unes très-rapprochées, très-serrées même, dans certains points, les autres un peu plus écartées. C'est un développement très-bizarre, très-singulier du tissu cutané, mais d'une partie seulement de ce tissu. Si, en effet, celui-ci était altéré dans sa totalité, ce serait un éléphantiasis ou bien, si la lésion était seulement limitée à certains points particuliers, nous aurions affaire à un épithélioma.

Mais il ne s'agit ici ni d'une hypertrophie générale du tégument, ni de cette production anormale qui constitue l'épithélioma. Les tumeurs multiples que nous avons sous les yeux, sont dues, en effet, à une hypertrophie des papilles du derme et ne sont autres que des papillômes; ce qui ne veut pas dire que toutes les tumeurs analogues qu'on rencontre à l'anus soient des papillômes, car on peut en trouver, à cette région, qui sont constituées par une masse uniforme il est vrai, mais qui ne sont pas moins composées des papilles hypertrophiées du derme. Tels sont les condylômes.

Par conséquent, d'après ces données, la tumeur que nous avons sous les yeux est un paquet de végétations granulées, accumulées, les unes en contact, les autres séparées par des intervalles plus ou moins considérables de peau saine.

Mais qu'est-ce encore, au point de vue clinique, au point de vue d'origine? Ceci est d'une interprétation très-difficile et que bien des médecins ont de la peine à se mettre dans l'esprit, parce qu'en effet cette affection est de l'ordre des maladies vénériennes. Elle n'est autre que le résultat du contact d'un produit vénérien, soit le liquide de la blennorrhagie, du chancre ou de ce suintement particulier de séro-pus, qui se fait à la surface des végétations granulées.

C'est, en effet, une chose qu'on ne saurait mettre en doute, bien qu'elle soit très-singulière, que l'un de ces trois produits pathologiques que je viens de vous énumérer, quand il reste en contact, pendant un certain temps, avec les tissus de certaines régions où il y a une humidité naturelle, une sécrétion de matière sébacée ou bien encore où les soins de propreté ne sont pas très-faciles à observer, il y excite la peau d'une façon particulière, surtout l'élément papillaire qui fait naître le papillôme. C'est donc vous dire que le papillôme granulé est une affection d'origine vénérienne.

Mais il ne faudrait pas croire que ces productions soient d'origine syphilitique. Il est évident que si c'est le pus chancreux infectieux qui, par son contact, a irrité la peau, les sujets qui sont atteints de ces papillômes granulés, peuvent avoir avec cela une syphilis constitutionnelle, mais ce n'est pas sous l'influence de cette dernière que cette affection se développe. Fréquemment, en effet, on rencontre des individus atteints de papillôme, qui ne présentent pas trace de syphilis constitutionnelle et qui n'en ont jamais présenté. Ce serait donc une erreur que de considérer cette affection comme une manifestation de la diathèse syphilitique.

D'ailleurs, un autre point capital qui témoigne qu'on ne saurait mettre ces productions anormales sur le compte de la syphilis. C'est que la médication mercurielle et iodée n'a aucune influence sur le papillôme. A la longue peut-être, le mercure et l'iodure de potassium peuvent bien parvenir à lui imprimer quelque modification, mais le traitement local peut seul le faire disparaître.

Le papillôme granulé se rencontre donc très-souvent chez les gens qui n'ont pas de syphilis constitutionnelle et notre malade est dans ce cas. D'ailleurs nous n'avons trouvé sur lui aucune manifestation de la syphilis, ni chancres, ni roséole, ni papules, ni plaques muqueuses, ni croûtes dans les cheveux, rien enfin, des symptômes propres à cette maladie. Peut-être nous présentera-t-il plus tard quelques-unes de ces manifestations qui témoignent de la présence dans le sang du virus spécifique, c'est possible. Toujours est-il, qu'actuellement, la tumeur dont il est porteur, ne me paraît justifiable que d'un traitement local.

Mais, me direz-vous, comment une maladie qui n'est pas syphilitique, vient-elle de cette façon? Je ne puis pas vous l'expliquer, mais cela est. Si bien, que vous pouvez être assurés, bien que quelques observateurs aient avancé une opinion contraire, quand vous rencontrerez ces végétations granulées chez un malade, qu'elles ne proviennent pas d'autre chose que du contact prolongé sur la région malade, de l'un des trois liquides que je vous ai énumérés plus haut.

Chez les femmes qui ont souvent des métrites, des vaginites intenses, ce phénomène est facile à comprendre et l'on s'explique très-bien comment, si elles ne prennent pas tous les soins de propreté désirables, si elles sont obligées de faire des marches prolongées, les liquides morbides qui s'écoulent de la vulve, peuvent arriver jusqu'à l'anus et par leur contact incessant, irriter la peau de cette région. Mais chez les hommes, chez ce malade en particulier, comment le papillôme granulé peut-il se développer dans la région où nous le trouvons ici, chez un jeune homme qui n'a ni blennorrhagie ni chancres. On peut expliquer le contact dangereux de diverses façons un peu insolites. La plus probable, la pédérastie, n'est pas susceptible de démonstration.

En quoi consiste le traitement de cette affection? Trois moyens sont à notre disposition: l'excision, la cautérisation, l'emploi de poudres desséchantes. Ces dernières, en effet, telles que la poudre d'alun, celle de sabine, etc., peuvent arriver quelquefois à faire disparaître cette affection, mais toujours après un temps très-long.

Quant aux cautérisations, elles sont ordinairement difficiles à pratiquer dans la région de l'anus. En effet, avec le fer rouge, on risque de brûler la peau voisine. Et de son côté l'acide chromique est une substance très-diffluente qui peut dépasser les limites de la région malade et se répandre plus ou moins loin sur les parties saines. J'en dirai autant de l'acide acétique concentré que de l'acide chromique. Ce sont là autant de moyens que l'on ne doit employer que chez les gens pusillanimes, que le bistouri effraye ou bien qui sont doués, les femmes surtout, d'un système nerveux tel, qu'on doit leur éviter la douleur. Dans ces cas-là, d'ailleurs, rien n'empêche de chloroformiser les malades. Mais quand on veut aller plus vite et débarrasser le plus rapidement possible les individus de leur difformité, le moyen qui donne les meilleurs résultats est certainement l'excision, et c'est celui que nous avons préféré chez ce garçon. Il consiste à saisir le mieux possible, avec des ciseaux, le pédicule de chacune des petites tumeurs qui constituent le papillôme, opération facile, quand celles-ci sont isolées les unes des autres, mais qui présente quelque difficulté quand, au contraire, les végétations sont très-serrées. Dans ce cas alors, il n'y a pas d'inconvénient à saisir deux ou trois pédicules à la fois et à les sectionner.

Cette petite opération donne lieu à un écoulement de sang assez abondant qui pourrait effrayer quelques médecins, peu habitués à manier le bistouri, et dans la pensée qu'ils ont affaire à une véritable hémorrhagie, les conduire à employer le perchlorure de fer et les caustiques. Aussi, faut-il savoir que ce sang est donné par de petits vaisseaux, et qu'une compression très-modérée avec le doigt quand l'écoulement est limité,

avec de l'amadou et des bandes quand il est plus étendu, suffit pour l'arrêter.

Cette opération n'est pas sans déterminer une douleur assez vive, mais ainsi que je vous l'ai déjà dit, rien n'empêche d'anesthésier les malades avec l'éther ou le chloroforme et de pratiquer l'excision alors qu'ils sont sous l'influence de ces agents.

Quoi qu'il en soit, il est toujours bon de faire cette opération en plusieurs séances si les végétations sont très-étendues.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Cancer du poumon.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une femme couchée au n° 5 de la salle Sainte-Adélaïde chez laquelle nous avons reconnu l'existence d'un cancer du poumon. Voici en quelques mots son observation :

La malade s'est toujours bien portée; elle n'a jamais fait de maladie sérieuse et, en particulier, elle n'est pas sujette à s'enrhumer. Elle a eu huit enfants, dont le dernier a dix-neuf ans et jouit d'une santé parfaite. Enfin, elle a cessé d'être réglée à cinquante ans, et la ménopause s'est faite d'une manière très-régulière, sans accidents d'aucune sorte.

Il y a un an, cette femme a commencé à s'apercevoir que ses forces diminuaient, en même temps qu'elle maigrissait et que sa peau prenait une coloration jaunâtre particulière. Néanmoins l'appétit restait bon et la malade continuait à bien se nourrir. Enfin, dans ces derniers temps, elle s'est mise à tousser, et à ce symptôme est venu se joindre, il y a quelques jours, avec un certain degré d'oppression, un œdème assez marqué des membres inférieurs. C'est alors qu'elle se décida à venir à l'hôpital où elle est entrée dans le service, il y a quatre ou cinq jours.

Voici, à ce moment, ce que nous avons constaté chez elle. D'abord, elle est dans un état de cachexie profonde, caractérisée par une maigreur considérable et une teinte jaune des téguments avec coloration bleuâtre des conjonctives. L'expression de la physionomie est triste, déprimée, telle qu'on la rencontre chez les gens qui présentent un état degré de cachexie très-avancé.

L'examen des poumons révèle ce qui suit. Il existe à la percussion une matité très-prononcée de toute la moitié inférieure du poumon droit, en arrière. Mais en ce point, on ne trouve à l'auscultation ni souffle, ni égophonie, et la perte de la sonorité coïncide seulement avec une diminution très-considérable du murmure respiratoire. De plus, en appliquant la main sur les deux côtés de la poitrine et en faisant parler la malade, on trouve que les vibrations thoraciques sont conservées : elles seraient cependant un peu amoindries à la base du poumon droit, mais cette différence, si elle existe, est très-difficile à apprécier, en raison de l'extrême faiblesse de la voix. Enfin, la mensuration accuse, dans la périmétrie des deux côtés de la poitrine, une différence de 1 degré à l'avantage du côté malade.

Rien à noter dans l'état des organes.

Il résulte des divers phénomènes dont la base du poumon droit est le siége que le lobe inférieur de cet organe présente une induration, une condensation du parenchyme pulmonaire très-prononcée. Quelle en est la nature ?

Evidemment on doit rejeter tout de suite l'idée d'un épanchement dans la cavité pleurale qui comprimerait le poumon et donnerait lieu à la matité que l'on perçoit à la base de cet organe, et cela, en raison d'abord de la facilité avec laquelle l'oreille, appliquée sur la poitrine, perçoit les quelques râles disséminés dans le lobe inférieur, puis de l'intégrité des vibrations thoraciques et enfin, de l'absence d'égophonie et de souffle.

En second lieu, il faut admettre que cette condensation du tissu pulmonaire est primitive, car il n'existe dans le poumon aucune trace d'affection ancienne à laquelle on puisse la rattacher, à titre de phénomène secondaire. C'est ainsi qu'on ne saurait s'arrêter à l'idée d'une pleurésie ancienne, qui aurait augmenté la densité du poumon en l'enfermant dans une coque pseudo-membraneuse inextensible. S'il en était ainsi, les adhérences qui se seraient établies entre le poumon d'une part et la plèvre auraient déterminé une déformation, un affaissement de la paroi thoracique qui n'existent pas ici. Nous ne trouvons d'ailleurs dans les antécédents de cette femme, rien qui nous permette de croire qu'elle a eu, à un moment donné, une pleurésie dont les phénomènes qu'elle présente actuellement du côté du poumon seraient la conséquence.

Si donc, comme c'est la vérité, nous avons affaire dans l'espèce à une induration du tissu pulmonaire primitive, il nous reste à en déterminer la cause. Ici, trois affections différentes peuvent être mises en ligne de compte : il s'agit, soit d'une pneumonie chronique ou d'une sclérose pulmonaire, soit d'une tuberculisation du poumon, soit enfin d'un cancer de cet organe.

J'éloigne d'abord l'idée d'une tuberculisation pulmonaire. En effet, outre que nous ne trouvons pas ici les signes de cette affection, vous savez que c'est à de très-rares exceptions près, par le sommet du poumon que débute la maladie, et que lorsque les tubercules ont envahi l'organe tout entier, c'est toujours au sommet qu'on rencontre les lésions les plus avancées.

Le diagnostic est un peu plus difficile entre la sclérose pulmonaire ou la pneumonie chronique et le cancer du poumon, attendu que les phénomènes extérieurs et notamment la douleur vive, dont celui-ci s'accompagne ordinairement, manquent absolument chez cette malade, où nous n'avons pour décider entre l'une ou l'autre de ces affections que les divers signes subjectifs qui résultent de son examen. Mais il ne saurait d'abord être question ici d'une pneumonie chronique, la malade n'ayant présenté dans ces derniers temps aucune espèce d'inflammation aiguë du poumon, dont elle en serait la conséquence ; ni davantage d'une sclérose pulmonaire, car vous savez que cette affection entraîne constamment un affaissement du côté malade, et non, comme c'est ici le cas, une augmentation de volume de cette région.

Reste alors le cancer, et nous avons à distinguer entre le primitif et le secondaire. La première opinion n'est guère admissible, car le cancer primitif du poumon est un fait extrêmement rare, tellement exceptionnel, que sur deux cent quatre-vingt-neuf cas, Marc d'Espine (de Genève) n'en a pas trouvé un seul qui ne fût consécutif à une lésion de même nature, développée dans un autre organe. Il faut donc supposer, suivant toute vraisemblance, qu'il s'agit chez cette femme d'un cancer secondaire. Où serait alors celui qui aurait été le point de départ de la maladie ? L'estomac est parfaitement sain et ne présente aucune trace de dégénérescence cancéreuse ; la palpation n'y décèle l'existence d'aucune espèce de tumeur, les digestions sont faciles, et la malade ne présente aucun de ces troubles gastriques qui caractérisent le cancer de l'estomac. De même, l'examen du reste des voies digestives et de leurs annexes, ne nous éclaire pas davantage sur l'hypothèse d'un cancer qui se serait

développé dans l'un quelconque des organes qui en font partie. Il n'y a plus que dans l'utérus que nous ayons quelque chance de trouver le corps du délit, et c'est là, que nous le rencontrons. En effet, interrogée à ce sujet, cette femme nous a déclaré que bien qu'elle ait cessé d'être réglée, cependant de temps en temps, elle perd en rose, et que le liquide qui suinte de la vulve a une odeur fétide particulière. En outre, le toucher vaginal nous permet de constater que le col de l'utérus est dur, inégal, bosselé, présentant même déjà quelques points ulcérés. En un mot, nous trouvons là tous les signes qui caractérisent l'épithélioma du col utérin.

Tels sont les principaux signes et symptômes que nous avons constatés lors de l'entrée de cette femme à l'hôpital. Depuis, la malade a continué à évoluer, sans que pourtant il en soit résulté de grandes modifications dans les divers phénomènes que je viens de vous énumérer. Seule, la dyspnée est devenue un peu plus intense, et la toux, qui jusqu'ici avait lieu sans expectoration, s'accompagne actuellement de crachats tremblottants, visqueux, très-peu aérés, couleur gelée de groseille.

Ces crachats, sans être absolument pathognomoniques, sont très-caractéristiques du cancer du poumon. Ils diffèrent totalement de ceux que l'on observe chez les gens affectés de congestion pulmonaire simple ou de tubercules en voie de ramollissement. Chez ceux-ci, en effet, ils sont plus aérés, plus rouges, plus rutilants, formés de sang mélangée à des mucosités bronchiques, quand ils sont le résultat de la congestion des veines bronchiques ou de la muqueuse; de sang pur quand ils proviennent de la rupture de ces petits anévrysmes dont les capillaires, qui rampent à la surface des parois des cavernes, sont si fréquemment le siége; enfin, les crachats de la congestion pulmonaire simple sont volumineux et colorés en un rouge beaucoup vif. Au contraire, cette expectoration visqueuse, tremblottante, semi-transparente, un peu opaque, et d'une coloration qui rappelle celle de la gelée de groseilles, appartient presque exclusivement au cancer.

Maintenant qu'il est bien établi qu'il s'agit chez cette malade d'un cancer du poumon, laissez moi appeler votre attention sur quelques particularités remarquables que cette affection vous présente.

Ici, nous avons trouvé une circonstance qui nous a été d'une assez grande utilité pour différencier la maladie dont cette femme est atteinte, de la sclérose pulmonaire. Je veux parler de l'augmentation de volume que présente le côté malade de la poitrine. Mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi, et le plus habituellement, au contraire, le côté où existe le cancer est affaissé relativement au côté opposé, quelquefois même dans une proportion assez considérable. Cela tient à ce que le cancer peut se développer sous deux formes différentes; il est disséminé ou en masse et suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre variété, il en résulte des données différentes quant à la menstruation. On conçoit en effet que, dans le premier cas, les noyaux plus ou moins nombreux qui constituent la variété diffuse, et dont la grosseur varie du volume d'un pois à celui d'une pomme, ne modifient pas sensiblement la capacité du poumon. Au contraire, quand le cancer, comme c'est ici le cas, est réuni en une seule masse occupant un point limité, circonscrit du parenchyme pulmonaire, il n'est pas difficile d'admettre qu'il résulte de cette disposition une augmentation de volume plus ou moins considérable du côté malade. Aussi, me garderai-je bien d'affirmer qu'il n'existe pas chez cette malade un certain nombre de noyaux cancéreux disséminés en quelque autre point du poumon ni même dans celui du côté opposé, précisément en raison de l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons, quel que soit le mode d'examen que l'on emploie, de reconnaître la présence de tumeurs ainsi plongées au milieu du parenchyme pulmonaire; à moins toutefois qu'elles ne donnent lieu à quelques signes de congestion spéciale. Dans ces cas, en effet, vous reconnaitrez le cancer disséminé, indirectement, par la toux, par les caractères des crachats, en un mot, par les phénomènes pulmonaires de toutes sortes, survenant chez des individus déjà affectés de cancers primitifs. Ici, c'est le cancer de l'utérus qui nous a fait découvrir celui du poumon; mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent au contraire celui-ci a pu être constaté alors que celui-là, quoique de date plus ancienne, n'est pas encore assez avancé pour qu'on puisse le découvrir.

Quant à la nature même de la masse cancéreuse ainsi localisée dans le poumon de notre malade, il semble vraisemblable d'admettre que nous avons affaire, dans l'espèce, à un encéphaloïde.

L'anatomie pathologique nous apprend, en effet, qu'il en est le plus souvent ainsi. Mais ce que nous avons surtout à nous demander au point de vue clinique c'est ce que cette tumeur va devenir. Eh bien, la maladie va progresser et le cancer comme c'est le caractère propre de l'encéphaloïde, va se ramollir à son centre. Cependant il ne se produira vraisemblablement pas de caverne à la place occupée par la tumeur, car si celle-ci par son mode d'évolution présente quelque analogie avec le tubercule, ces deux affections ne se ressemblent nullement quant à la terminaison. Une des principales raisons qui s'opposent à la formation de cavernes pulmonaires c'est qu'au lieu, comme fait le tubercule, de couper des bronches et d'évacuer son produit par les orifices béants des canalicules aériens, le cancer du poumon les englobe, obture leur lumière, se bouchant ainsi le passage à lui-même. Mais le cancer peut se propager à la surface de la plèvre, en provoquer l'inflammation et donner lieu à un épanchement séreux ou purulent, ou bien encore déterminer un pleuro-pyothorax quand, par l'ulcération des parties intermédiaires, il vient s'ouvrir dans la cavité pleurale. Enfin il est des cas dans lesquels le cancer se propageant jusqu'à la paroi thoracique peut s'étendre jusqu'aux parties superficielles et venir faire saillie à l'extérieur, sous la peau. Mais ce sont des cas assez rares et je ne crois pas que nous puissions voir un mode de terminaison semblable dans le cas qui nous occupe actuellement.

Quant à la marche que la maladie va suivre chez cette femme, il ne faudrait pas se fonder pour établir ce pronostic, sur la lenteur avec laquelle le cancer évolue jusqu'à ses derniers temps. Si, au début, le cancer du poumon ne progresse que d'une façon lente; il n'en est plus de même une fois que cette affection arrive à la période cachectique. A ce moment, en effet, les accidents s'accentuent rapidement et il suffit de quelques mois, souvent de quelques semaines, pour que la maladie passe à l'état aigu. C'est ce qui va avoir lieu chez cette femme, car les phénomènes nouveaux qu'elle présente depuis quelques jours nous attestent qu'elle est arrivée au commencement de cette période d'accélération à laquelle les malades succombent généralement au bout d'un temps très-court.

Je vous ai dit plus haut qu'il s'agissait chez cette femme d'un cancer du poumon consécutif à un cancer de l'utérus. Vous pourriez me demander sur quelles raisons je m'appuie pour avancer que celui-ci qui semble à peine commencer est antérieur à celui-là qui est au contraire parvenu déjà à une période assez avancée. A cela je vous répondrai que les choses se passent habituellement de la sorte et que le cancer du poumon n'est presque jamais primitif alors que celui de l'utérus

l'est très-fréquemment et surtout, comme c'est le cas ici, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.

Maintenant comment le cancer s'est-il propagé de l'utérus au poumon? Les raisons que j'ai à vous donner pour expliquer cette propagation ne sont pas très-satisfaisantes, et je me bornerai seulement à vous citer les théories qui ont été émises à ce sujet. On a en effet beaucoup discuté sur le mode de généralisation du cancer et on a invoqué pour résoudre la question trois mécanismes différents. Ou bien la propagation du cancer serait simplement le fait d'une diathèse, c'est-à-dire qu'un individu étant prédisposé à devenir atteint de cancer dans un de ses organes, il n'y aurait pas de motif pour qu'il ne le fût pas dans un autre. Et de fait c'est ainsi que les choses se passent dans quelques cas où l'on voit par exemple la dégénérescence cancéreuse après s'être manifestée sur l'utérus envahir successivement la mamelle, le foie, etc. Toutefois la diathèse ne se localise que quand elle y est autorisée par une raison quelconque, par le fait d'une irritation locale, exercée par les accouchements répétés pour le cancer du col de l'utérus, ou bien pour l'épithélioma de la langue par le contact prolongé de la pipe, ou toute autre cause.

A côté de ce premier mode de généralisation je vous citerai le transport par les lymphatiques, des éléments liquides ou solides qui constituent la matière cancéreuse. C'est ainsi que l'on voit le cancer de l'intestin se propager aux ganglions mésentériques, celui du poumon envahir les ganglions du médiastin, etc.

Enfin un troisième mode de transmission est celui qui a lieu par les veines. La substance cancéreuse pénétrerait dans ceux de ces vaisseaux qui traversent la région où le cancer s'est primitivement développé, et serait entraînée par le courant circulatoire jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par le premier réseau capillaire qu'elle rencontrerait sur sa route. Quelquefois cependant il pourrait arriver que la matière cancéreuse franchît sans difficulté ce premier obstacle et qu'elle continuât sa route jusqu'à ce qu'elle fût arrêtée par un autre ordre de capillaires. Mais toutes ces théories ne sont, il est vrai, que des interprétations sans consistance rigoureuse; cependant cette dernière explique très-bien comment dans le cas présent des parcelles liquides ou solides de substance cancéreuse auraient pu être entraînées de l'utérus jusque dans le poumon.

Quant au traitement il se borne ici à bien peu de chose. Tout ce que nous pouvons faire, c'est en effet d'essayer de faire dormir la malade, et de soutenir ses forces par une alimentation solide, c'est enfin de combattre les maladies intermittentes, la pneumonie, la pleurésie qu'on observe quelquefois dans le le cours du cancer du poumon, à mesure qu'elles se présenteront.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports de MM. les médecins inspecteurs de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), de Vichy (Allier), de Contrexeville (Vosges), de Bains (Vosges); de Sermaize (Marne). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Margueritte (du Havre), qui, à l'occasion d'une épidémie de variole qui règne dans cette ville, signale l'incurie des parents qui ne font pas vacciner leurs enfants. (Commission de vaccine);

2° Une lettre de remerciement de M. le docteur Denucé (de Bordeaux), récemment élu membre correspondant;

3° Une lettre de M. le docteur Lanelongue (de Bordeaux), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national;

4° Un pli cacheté déposé par M. Tamin-Despalles. (Accepté.)

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, un volume de M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'institution nationale des Sourds-Muets, intitulé : *Essai de psychologie, la bête et l'homme.*

Déjà connu par la publication de plusieurs ouvrages qui ont été remarqués, l'auteur livre aujourd'hui au public, sous le tire d'*Essai de psychologie*, la première partie d'un travail plus étendu qui aura pour titre : *Philosophie des sciences.*

Frappé du manque de précision des expressions en usage en psychologie, l'auteur cherche tout d'abord à ramener chacune d'elles à son phénomène physiologique correspondant, et le livre débute par un vocabulaire, dans lequel il s'efforce de fixer le sens précis des termes dont il fera usage.

La doctrine philosophique de l'auteur est celle de l'animisme, et de l'animisme le plus pur. Pour lui, le corps humain est un composé de matière animée par un principe de vie. « La cellule vivante; dit M. Fournié, est un composé de matière et de vie. Qu'on fabrique devant nous, dit-il, une cellule vivante, une seule, et nous rendons les armes. » Ce principe de vie est *un* et il préside à tout. Toute molécule vivante est animée, les organes sont des agrégats matériels dont les propriétés dérivent de la matière d'une part, et du principe de vie d'autre part. Ce principe c'est, ou l'âme pensante, volontaire consciente, ou l'âme formatrice, suivant les organes qu'elle anime.

D'après M. Fournié, les psychologistes ont trop souvent étudié l'âme dans un corps imaginaire, au lieu de l'étudier dans le corps réel. Le malentendu qui existe depuis longtemps entre les psychologistes et les physiologistes, provient surtout de ce que les uns et les autres n'ont pas encore trouvé le terrain sur lequel ils seront tôt ou tard amenés à s'entendre.

D'après M. Fournié, ce terrain c'est celui du langage, du langage envisagé sous son mécanisme fonctionnel et dans ses attributs psychologiques.

Si la physiologie des nerfs et de la moelle est très-avancée, on n'en saurait dire autant de la physiologie du cerveau. Tandis qu'aux impressions sensibles recueillies par la moelle et par les prolongements encéphaliques, succède le mouvement, comme la réponse inconsciente et fatale de l'excitation périphérique; dans le cerveau, l'action psychique n'est pas nécessairement la réponse de l'impression actuelle, car elle peut dériver de l'impression du souvenir. Or, et c'est sur ce point que porte particulièrement l'effort de M. Fournié, l'exercice de la pensée exigerait comme condition nécessaire, l'intervention des signes du langage tacitement répétés.

Dans l'enfance, dit M. Fournié, la volonté est absente. L'enfant a des besoins, mais il ne sait pas encore. On ne peut vouloir que quand on possède la conscience raisonnée de son activité, et la volonté n'est que la conséquence d'un raisonnement tacite exécuté à l'aide des signes du langage.

Telle est la partie fondamentale de l'œuvre de M. Fournié, aussi s'il reconnaît que le domaine des psychologistes comprend l'ensemble des manifestations de l'activité psychique, il réclame pour les physiologistes l'étude du mécanisme merveilleux qui donne naissance ou qui sert d'occasion à ces manifestations.

M. LE PRÉSIDENT, au nom de M. Megnin, vétérinaire, présente plusieurs brochures, entre autres, un précis des maladies de la peau du cheval et un travail sur les conditions de la contagion de la gale des animaux à l'homme.

M. GUBLER offre en hommage, au nom de M. le docteur Albert Robin, une thèse intitulée : *Essai d'urologie clinique, la fièvre typhoïde.*

M. CHAUFFARD présente, au nom de M. Marius Carre, une brochure intitulée : *De l'hémoptysie nerveuse.*

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. JACCOUD, avant de répondre à l'argumentation de M. Guéneau de Mussy, se propose de compléter sa première communication. Il s'était contenté jusqu'ici de chercher à prouver que les émanations des matières fécales pouvaient être une cause efficace et suffisante de la fièvre typhoïde, et avait intentionnellement laissé de côté toutes les questions secondaires. Mais, suivant la juste remarque que lui avait faite M. Pasteur au sortir de la séance, M. Jaccoud n'avait pas indiqué, dans cette première partie de son argumentation, si toutes les matières fécales indistinctement pouvaient donner lieu à la production de la fièvre typhoïde. Laissant de côté toutes les hypothèses et toutes les théories, il s'était seulement attaché à démontrer, en s'appuyant uniquement sur des faits, l'origine fécale de la fièvre typhoïde, envisagée d'une manière générale. C'est là, en effet, ce qu'il fallait établir tout d'abord. Une fois en possession de ce premier fait fondamental, une deuxième question restait à résoudre : sont-ce les matières fécales par elles-mêmes, abstraction faite de leur origine, qui sont nuisibles; ou bien ne le deviennent-elles qu'autant qu'elles contiennent le poison typhogénique? La première de ces formules est admise par Murchison : un certain nombre de faits ont été cités à l'appui de cette manière de voir. Mais si cette opinion était conforme à la réalité des faits, la fièvre typhoïde devrait exister alors en permanence dans tous les pays où la canalisation des eaux est défectueuse ou même absente; l'Irlande entière serait dépeuplée aujourd'hui par cette maladie, qui devrait surtout sévir dans certaines parties dont les habitants sont le prototype de la saleté irlandaise. Le Brésil, où l'installation des fosses d'aisance, des latrines et des égoûts est des plus défectueuses et souvent même absolument nulle, devrait également être décimée par la fièvre typhoïde. Or, il est bien certain qu'elle règne souvent dans ce pays, mais non pas comme elle y régnerait dans l'hypothèse admise par Murchison.

Que conclure de ces faits? M. Jaccoud n'hésite plus à le déclarer : non, dit-il, les matières fécales communes ne sont point typhogéniques; il leur faut quelque chose de plus; il y faut la présence du poison typhogénique lui-même. Une fois ce fait reconnu, une troisième question se pose à l'esprit de l'observateur : quelle est l'origine de ce poison, dont la présence est reconnue indispensable pour l'activité spécifiquement nocive des matières fécales? Il est une opinion admise par un certain nombre d'observateurs, c'est que, si les matières fécales contiennent ce poison, celui-ci y a été introduit d'une manière tangible, pour ainsi dire, c'est qu'à ces matières ont été mélangées les déjections d'un individu atteint de la fièvre typhoïde. Les matières fécales ne renferment donc le poison typhogénique qu'autant qu'elles l'ont reçu directement ou indirectement. Elles ne sont, en pareil cas, qu'un agent de transmission. Il faut un premier malade, ou tout au moins ses déjections.

Dans les pays où la maladie est endémique, il est toujours facile de constater la présence du poison. Mais l'observation démontre que, dans certains cas, ce premier malade fait complétement défaut. Comment alors expliquer ces faits?

M. Jaccoud a soumis à une consciencieuse analyse les 106 faits qu'il a cités dans sa première communication. Voici comment il a procédé et comment il a cru devoir grouper ces faits : 1° le rapporteur du fait affirme la présence d'un premier malade dans la localité et l'introduction des matières de ce malade dans les masses fécales communes ou dans les cours d'eau; 2° le rapporteur affirme l'absence de ce premier malade; 3° enfin, il reste silencieux sur ce point. Dans les faits du dernier groupe, il paraît y avoir quelque vraisemblance en faveur de l'absence du premier malade; mais aucune certitude ne pouvant être acquise à ce sujet, M. Jaccoud a cru devoir laisser de côté ces faits et n'en tenir aucun compte.

Voici comment se groupent ces faits : 15 fois a été constatée l'action directe des matières fécales; 74 fois l'altération de l'eau potable; 17 fois l'infection par le lait. Les faits du premier de ces groupes se divisent ainsi : présence de déjections typhogéniques dans la localité, 3 fois; absence de ces déjections, 5 fois; faits silencieux, 7; total 15. Ceux du deuxième groupe se répartissent ainsi : présence des déjections, 22 ; absence, 17; faits silencieux, 34; total 73. Ceux du troisième groupe, enfin, présence des déjections, 11; absence, 2; faits silencieux, 4 ; total 17.

En résumé, si l'on fait de ces chiffres une récapitulation d'ensemble, sur cent cinq faits (M. Jaccoud en élimine un pour des raisons particulières) on a quarante-cinq observations qui manquent de précision et qui, par conséquent, doivent être laissées de côté, restent soixante observations démonstratives, sur lesquelles trente-six fois les déjections spécifiques étaient antérieurement présentes dans la localité et vingt-quatre fois étaient très-positivement absentes. Donc la vérité est qu'après une enquête rigoureuse doivent être admis deux groupes de faits entièrement différents : l'un où les matières ne sont qu'un agent de propagation; l'autre, où elles seraient un agent de génération. Dans les trente-six premiers faits toujours il y avait eu stagnation des matières ou détérioration des conduits de vidanges ou des aqueducs.

Quant aux vingt-quatre faits dans lesquels la réalité oblige à voir dans les matières fécales le seul point de départ de la maladie, leur interprétation est hérissée de difficultés et conduit forcément dans le champ des hypothèses. D'abord ces vingt-quatre faits peuvent-ils être invoqués en faveur de l'action typhogénique des matières fécales communes? Dans une localité, à un moment donné, les matières fécales deviennent l'origine de la fièvre typhoïde. Auparavant ces matières étaient innocentes, pour quelle raison, à un moment donné, deviennent-elles nocives? Indépendamment de l'opinion de Murchison, la doctrine de M. Chauffard pourrait être invoquée pour expliquer ces faits. Mais M. Jaccoud n'admet ni l'opinion de Murchison, ni l'opinion trop exclusive qui affirme la constance du mélange des matières fécales communes avec des déjections spécifiques.

M. Jaccoud avait surtout pour but de montrer jusqu'où on pouvait aller en se restreignant dans les limites de la constatation des faits, et il croit pouvoir ainsi résumer les considérations qu'il vient de présenter :

1° Les matières fécales ne deviennent typhogéniques, qu'autant qu'elles renferment le poison typhogène ;

2° Dans la grande majorité des cas, la présence du poison résulte de l'introduction directe ou indirecte de ce poison spécifique dans les masses fécales communes, auquel cas les matières ne sont qu'un agent de transmission de la maladie ;

3° Dans d'autres circonstances, ce poison, sans qu'il y soit mélangé, prend naissance ou arrive spontanément dans les matières et celles-ci sont dès lors un agent direct d'infection.

M. Jaccoud répond ensuite à l'argumentation de M. Guéneau de Mussy : il commence par se défendre du reproche que lui a adressé son honorable collègue, d'avoir amoindri le nombre de ses observations, et par conséquent de n'avoir pas lu son travail jusqu'à la fin. En cela, dit-il, M. Guéneau de Mussy se fait tort, car tout ce qui sort de sa plume est lu avec l'intérêt que commande sa légitime autorité et sa haute compétence médicale. M. Jaccoud a seulement voulu dire que sur le point qu'il avait lui-même traité, le mémoire de M. Guéneau de Mussy ne contenait que trente-cinq observations; les vingt-trois autres observations du mémoire ne sont destinées, suivant M. Jaccoud, qu'à montrer la contagion de la fièvre typhoïde ; il n'y a donc là qu'un écart d'opinions, et non de la part de M. Jaccoud, une omission qui serait inexcusable.

Un dernier fait veut être relevé, dit en terminant M. Jaccoud, et il se défend du reproche qui lui a été fait d'avoir montré « une certaine négligence pour les faits français et une prédilection décidée pour les travaux étrangers. » Il fait observer, à cette occasion, que ses recherches ont porté sur une période de temps déterminée, comprise entre 1865 et 1875 ; or si, sur cette question comme sur beaucoup d'autres, la France a été incontestablement la plus riche de faits dans la période comprise entre 1834 et 1860; comparativement à l'étranger, elle en a été très-pauvre dans la période comprise entre 1860 et 1875. Enfin, M. Jaccoud s'applique à démontrer, à l'aide d'un grand nombre de citations, que M. Guéneau de Mussy, bien plus que lui-même, est passible du reproche d'avoir choisi de préférence, sinon des observations anglaises, au moins des observations françaises tronquées et altérées par un auteur anglais. Un grand

nombre des observations empruntées par M. Guéneau de Mussy à Murchison sont, en effet, d'origine française, et M. Guéneau de Mussy, qui n'était pas comme M. Jaccoud, limité par une période chronologique, aurait mieux fait de citer directement l'origine française de ces observations que de les rapporter tronquées et altérées par un auteur anglais.

La séance est levée à cinq heures et quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

68. Torreille. Considérations sur les effets physiologiques et l'emploi médical de l'air comprimé.
69. Ginesta. Du pansement antiseptique de Lister dans les opérations chirurgicales.
70. Baissade. De l'étiologie de la diarrhée de Cochinchine dans ses rapports avec la fièvre intermittente.
71. Roux. De la cure radicale des fistules à l'anus.
72. Lamache. De la sclérodermie.
73. Carrère. Quelques considérations sur la phthisie pulmonaire unicisme et dualisme.
74. Daniel. De l'influence du traitement antisyphilitique sur la mère et sur le produit de la gestation.
75. Belgoderc. Quelques considérations sur les tumeurs formées par la vésicule biliaire.
76. Conte. Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement par les liens élastiques.
77. Rey. De l'asthme et de ses rapports avec les diathèses.
78. Segond. Essai sur l'expectoration albumineuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sous l'inspiration de M. le docteur Duchaussoy, une école de garde-malades et d'ambulancières vient d'être fondée à la mairie du 6e arrondissement de Paris.

— M. le docteur Dezon, médecin-major de première classe, vient de prendre sa retraite.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 24 avril, à cinq heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera, en premier lieu, de l'affection calculeuse et de la lithotritie.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Becquerel, professeur, en son absence M. Édouard Becquerel, aide du cours de physique, ouvrira le cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 23 avril 1877 à midi et demie et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le professeur traitera de la lumière, de ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, atmosphériques et physiologiques.

— M. Daubrée, professeur, commencera le cours de géologie le samedi 21 avril 1877 à quatre heures et quart précises dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et parlera de la constitution des terrains stratifiés et du régime des eaux souterraines. Il étudiera la géologie de la France à l'époque tertiaire.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée ladirection des excursions géologiques qui seront annoncés ultérieurement.

— M. Ed. Bureau, professeur, commencera le cours de botanique (classification et familles naturelles) le mardi 24 avril 1877, à midi, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine.

Il passera en revue les principaux groupes de plantes de l'époque actuelle, en indiquant leurs rapports avec les formes végétales reconnues à l'état fossile. — Ce cours sera théorique et pratique.

La leçon d'ouverture du mardi 24 avril aura lieu dans le grand amphithéâtre. Il en sera de même des leçons théoriques suivantes, qui auront lieu le samedi. — Des leçons pratiques auront lieu le mardi à midi et le samedi à une heure dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 63. — Des herborisations font partie du cours. Elles auront lieu ordinairement le dimanche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Spermatorrhée, par le docteur Pouillet. — 1 vol. in-18. Prix: 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des Atrophies papillaires, par le docteur Raoult. — In-8° de 51 pages. Prix : 2 francs. — Paris, Octave Doin.

Recherches sur l'emploi du sexquibromure de fer contre la spermatorrhée, par le docteur Hecquet. — In-12. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'Opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac, par le docteur Affre. In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 46. — SAMEDI 21 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 21 AVRIL 1877. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre typhoïde compliquée de néphrite albuminurique.

M. le professeur Hardy, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a appelé l'attention sur un malade de son service atteint de fièvre typhoïde et présentant la complication d'une néphrite albuminurique. Le sujet de cette observation est un homme de vingt-quatre ans, qui, bien portant jusque-là, fut pris, du 28 au 29 mars, d'un malaise général, avec fièvre, céphalalgie. Le jour suivant, il eut une épistaxis très-abondante. Le troisième jour, à la suite de l'administration d'un purgatif, la diarrhée s'établit. Cet état s'aggravant, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où l'on constata les symptômes suivants : fièvre, température élevée, langue épaisse, recouverte d'un enduit épais, diarrhée accompagnée de coliques, douleur très-vive à la pression dans le flanc droit, enfin bouffissure marquée de la face. Rien dans la poitrine; aucun symptôme bien accusé du côté de la tête. Les urines étaient d'une couleur brun foncé, ressemblant à du bouillon; examinées à la chaleur et à l'acide nitrique, elles révélaient la présence d'une grande quantité d'albumine.

Les trois ou quatre jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même, à la douleur latérale près qui avait cédé à une application locale de sangsues; la diarrhée persistait, ainsi que la fièvre, la température s'était même élevée davantage, elle était à 39; enfin, il s'était joint aux autres symptômes, un certain degré d'hébétude sur la physionomie et l'apparition de quatre ou cinq taches rosées.

Le huitième jour de la maladie, un nouvel examen fit constater un certain degré de tuméfaction de la rate et une augmentation notable du nombre de taches. Les urines conservaient les mêmes caractères. Persistance de l'aspect de stupeur de la physionomie et de l'état fébrile.

Il n'y avait dès lors plus de doute sur la nature de l'affection à laquelle on avait affaire. Si, dans les premiers jours, l'état de bouffissure et le caractère des urines avaient pu faire penser à une néphrite albuminurique, il devenait évident que ce n'était là qu'un état secondaire, et que l'affection principale était une fièvre typhoïde dont tous les signes s'étaient successivement dessinés et les symptômes accrus, pendant que la bouffissure disparaissait et que la proportion d'albumine dans les urines diminuait. Enfin, comme dernier trait caractéristique de l'affection typhoïde, tandis que les premiers examens n'avaient rien révélé dans la poitrine, des phénomènes nouveaux s'étaient manifestés de ce côté et l'on constatait l'existence de râles sibilants et de l'étouffement. La symptomatologie de la fièvre typhoïde était complète.

Ce n'est pas le fait de l'albuminurie en lui-même qui était de nature à appeler ici l'attention. Il y a longtemps qu'il a été signalé, et depuis les recherches de M. Gubler sur ce sujet, on peut même dire que l'albuminurie fait en quelque sorte partie intégrante de la séméiologie de la fièvre typhoïde. Mais ce qu'il y a eu de particulier ici, c'est l'époque où est apparu ce phénomène, au début même de la maladie, c'est le caractère d'intensité insolite qu'il a acquise dès ce moment, et qui montrait qu'on n'avait pas affaire seulement à ce degré d'albuminurie légère habituelle, résultat d'une simple congestion rénale ou d'une néprite catarrhale, mais bien à une véritable néphrite parenchymateuse aiguë, concomitante, en un mot, à une complication; circonstance aussi rare que l'albuminurie simple est commune.

M. Hardy a rappelé, à cette occasion, le fait d'un jeune homme du même âge à peu près que ce malade, vingt-trois ans, qui présentait tous les symptômes les plus manifestes de la fièvre typhoïde avec urines albumineuses et colorées, comme dans ce cas-ci. Ce jeune homme fut pris, dans le cours de sa maladie d'accidents d'une excessive gravité : délire continu, diarrhée abondante, taches de purpura, etc., auxquels il succomba du vingt-quatre au vingt-cinquième jour. A l'autopsie, on ne trouva rien dans l'intestin grêle, mais deux ulcérations dans le cœcum, et dans les reins, notamment dans le rein droit, tous les caractères anatomo-pathologiques d'une néphrite aiguë, suppurée, de la plus grande intensité.

En remontant un peu plus haut dans ses souvenirs, M. Hardy s'est rappelé également avoir vu succomber à une lésion rénale du même genre, un homme en cours d'une fièvre typhoïde d'apparence simple et bénigne, et qui n'eût certainement pas suffi par elle-même pour amener la mort.

On comprend qu'en rapprochant ces deux faits de celui du malade qui a fait le sujet de cette conférence, on serait assez naturellement disposé à porter sur l'état de ce dernier un pronostic assez sérieux. Cependant ce pronostic serait atténué en mettant en parallèle des deux cas qui viennent d'être cités, deux cas de fièvre typhoïde compliquée de néphrite, dont l'un a été observé par M. Hardy lui-même et l'autre par M. Robin.

Espérons que le malade actuel fera un troisième exemple de guérison.

Le traitement présente, dans ces circonstances, une indication particulière, celle de l'emploi des ventouses scarifiées ou des sangsues sur la région lombaire et de l'usage du lait préférablement à celui du bouillon. C'est à cette indication qu'on s'est conformé chez ce malade. A peine est-il besoin d'ajouter que l'usage de la médication réfrigérante doit être rigoureusement exclu.

Des kystes hydatiques du foie et de leur traitement.

Dans l'une de nos revues cliniques du mois dernier, nous entretenions nos lecteurs de deux cas de kyste hydatique du foie observés simultanément à l'hôpital de la Charité. Cette question des kystes hydatiques du foie et de leur traitement, bien qu'elle ait été beaucoup étudiée dans ces dernières années, n'en mérite pas moins encore un grand intérêt. Un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Magnant, ayant eu l'occasion de suivre simultanément trois malades atteints de cette grave affection, dans le service de M. Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine, a saisi cette occasion pour se livrer, sous le double point de vue du diagnostic et du traitement, à de nouvelles recherches cliniques dont il nous a paru utile de mettre les résultats sous les yeux de nos lecteurs.

Des trois malades observés par M. Magnant, le premier a guéri à la suite d'une seule ponction faite avec l'aspirateur de M. Potain. Le deuxième a succombé après avoir été soumis au même traitement. La troisième (une femme), qui avait été opérée quinze ans auparavant par le procédé de Récamier, vint mourir dans le service, des suites d'une phthisie pulmonaire, et l'autopsie permit de retrouver les traces d'un kyste parfaitement guéri. Dans ces trois cas le diagnostic avait été facile. Enfin M. Magnant a eu encore l'occasion, depuis, d'observer un quatrième cas dans lequel le diagnostic resta quelque temps incertain.

Sans nous attarder aux considérations relatives au diagnostic sur lequel la *Gazette* a déjà publié de nombreuses recherches, nous irons droit à celles qui concernent le traitement, et du traitement lui-même nous ne prendrons que ce qui a trait aux moyens chirurgicaux, les seuls reconnus efficaces.

Avant d'aborder l'étude du choix à faire entre les diverses méthodes chirurgicales proposées, il n'était pas possible de passer, sans s'y arrêter, devant cette question préalable qui se dresse toujours en face du médecin au moment de l'action : Faut-il intervenir ? et quand convient-il de le faire ?

L'utilité de l'intervention est décidée par la connaissance seule de ce fait que les sujets atteints de ces kystes hydatiques sont incessamment menacés de complications ou d'accidents plus ou moins graves et que la durée moyenne d'existence, lorsque la maladie est livrée à elle-même, est généralement très-courte, comme l'attestent les statistiques.

Quant au moment d'intervenir, il est subordonné à deux conditions, savoir : éviter, en opérant trop tôt, c'est-à-dire, dès que l'existence du kyste est constatée, de faire courir les chances, toujours sérieuses en définitive de l'opération, à des individus qui, abandonnés à eux-mêmes, pourraient avoir encore de longues années devant eux ; mais éviter aussi, en attendant trop longtemps, de s'exposer à se voir devancer par les accidents graves, qui sont trop souvent la suite et la fin naturelle de la maladie livrée à elle-même. Ce qui revient à dire, qu'il convient de temporiser tant que le kyste a une marche lente et qu'il n'a encore aucun ralentissement sur l'économie ; d'agir, au contraire, dès que l'on voit la tumeur s'accroître rapidement et des troubles fonctionnels accuser ce retentissement fâcheux.

Voici les conclusions auxquelles M. Magnant a été conduit par l'analyse de ces observations et qui résument son intéressante étude.

Le traitement chirurgical est seul efficace, et il est commandé toutes les fois que le kyste hydatique est assez développé pour amener des troubles sérieux. Agir trop tôt serait compromettre inutilement la vie, aucun procédé opératoire n'étant absolument exempt de dangers. Agir trop tard, serait s'exposer à être devancé par les accidents ou tout au moins à se placer dans de mauvaises conditions au point de vue du résultat.

Il ne devient nécessaire de provoquer des adhérences, que lorsqu'on veut pratiquer une large ouverture, soit avec un très-gros trocart, soit avec le bistouri.

La ponction doit toujours être évacuatrice, et on doit s'efforcer d'évacuer le plus possible du contenu du kyste. On n'emploira la ponction exploratrice, que dans les cas où on serait décidé à recourir à une large ouverture. On devra encore s'efforcer d'évacuer par cette ponction la plus grande partie du liquide, et on devra la faire non plus en bas, mais en haut du kyste.

La ponction capillaire avec aspiration, est préférable à la ponction avec le trocart fin, parce qu'elle met le kyste à l'abri du contact de l'air.

La ponction capillaire, ne peut le plus souvent, amener la guérison que des kystes uniloculaires. Toutefois, cette opération étant très-bénigne, pourra être essayée une fois, à moins que le kyste n'ait suppuré.

Mais si cette ponction reste sans effet, ou si le kyste a suppuré, il faut recourir à un traitement plus radical, lequel consistera dans une ouverture plus ou moins large de la tumeur.

La ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure ne nécessitant pas la formation préalable d'adhérences, est une excellente opération, tout à la fois rapide et aussi souvent innocente que la ponction capillaire. Enfin la sonde à demeure amenant la formation d'adhérences, permettra plus tard, si besoin en est, d'ouvrir plus largement encore la tumeur.

Comme moyen d'obtenir les adhérences, celui auquel M. Magnant donne la préférence, est l'emploi des caustiques. Il laisse le choix pour le procédé entre ceux de Dolbeau, de Demarquay, de M. Richet, qu'il considère tous comme supérieurs à celui de Récamier.

Enfin, il propose de compléter cette opération par la sonde à demeure et l'aspiration.

Deux nouveaux cas de lésion traumatique de la région pariétale gauche du crâne suivie d'aphasie.

Nous recevons de M. le docteur Mouronval (de Miraumont), la relation des deux faits suivants, qui malgré leur concision et quelques lacunes regrettables sans doute, ne nous ont pas moins paru intéressantes au point de vue de la question des localisations cérébrales étudiée aujourd'hui avec tant d'ardeur.

« Deux observations pratiques de lésions cérébrales et qui toutes deux donnèrent lieu à des accidents aphasiques, nous écrit notre confrère, se sont présentées depuis un an dans ma clientèle, Je me fais un devoir de vous les adresser.

Obs. I. — Le 23 avril 1876, Gaston C... (de Miraumont), âgé de vingt-deux ans, d'une forte corpulence et d'un tempérament sanguin, reçut sur le pariétal gauche un violent coup de canne plombée qui le laissa sans connaissance pendant quelques ins-

tants. Remis de cette commotion, il retourna chez lui, cachant sa défaite à ses parents. Mais trente-six heures après on remarque qu'il a saigné du nez et qu'il est pâle. Pressé de questions, il avoue ce qui s'est passé l'avant-veille au soir et qu'il est désireux de consulter un médecin d'Amiens afin que l'on ignore dans la localité qu'il a été battu. Chemin faisant, sa sœur qui l'accompagnait remarque qu'il bredouille en parlant et qu'il cherche ses réponses. Arrivé à Amiens, il ne peut plus expliquer au médecin qu'il consulte ce qui lui est arrivé, il répond invariablement à toutes les questions : « Oui; tout, tout. » A son retour, le soir, je suis appelé près de lui. J'ai remarqué un peu au-dessus et en arrière de l'oreille gauche une lésion de cinq centimètres de longueur qui intéressait toute l'épaisseur du cuir chevelu, le crâne ne présentait pas d'enfoncement ni de félure appréciables au toucher, il n'y avait pas de délire : le blessé répondait à toutes les questions par les mêmes mots, et n'en a jamais prononcé d'autres pendant les cinq jours que je l'ai soigné.

L'autopsie, qui a été réclamée par la justice, a été faite vingt-quatre heures après la mort ; elle a permis de constater une fracture du pariétal gauche de 6 centimètres de longueur, une déchirure des méninges et une hémorrhagie considérable entre les méninges et le cerveau, comprimant cet organe dans toute la partie recouverte par le pariétal.

« Obs. II. — François P... (de Grandcourt), âgé de cinquante ans, reçoit, dans la soirée du 1er avril courant, un coup de bâton qui s'étend de l'arcade sourcillière gauche jusqu'au-dessus de l'oreille du même côté. Appelé vingt-quatre heures après à donner des soins au blessé, je constate une contusion sans lésion du cuir chevelu, avec enfoncement du crâne sur une étendue de 3 centimètres du temporal et même longueur du pariétal; de plus, il était facile de constater de la crépitation. Trente-six heures après l'accident, ses réponses ont commencé à s'embrouiller, et quoique l'intelligence ne fût pas abolie, il ne trouvait plus de mots pour répondre. Cet état a duré environ trente-six heures, le temps nécessaire pour que les nombreuses émissions sanguines locales aient fait disparaître l'épanchement du sang qui existait au-dessous du cuir chevelu.

Aujourd'hui, quinzième jour après l'accident, le blessé est en voie de guérison et a recouvré toute sa mémoire. »

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 avril 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Quelques points de physiologie pathologique de l'attaque d'épilepsie. — M. Magnan a eu l'occasion d'indiquer dans une communication précédente les modifications circulatoires du fond de l'œil, des méninges et de l'encéphale pendant l'attaque d'épilepsie.

De nouvelles recherches permettent de déterminer d'une manière plus précise, non-seulement les troubles circulatoires et cardiaques, mais encore leurs rapports avec les convulsions des muscles de la vie de relation. Il est bon de rappeler, avant de passer à l'étude de ces faits, que l'attaque toxique produite chez l'animal par l'essence d'absinthe ressemble de tout point, en tant que syndrome, à l'attaque d'épilepsie essentielle; elle se présente, en effet, avec les mêmes caractères, à savoir : perte subite de connaissance, chute, convulsions toniques suivies de convulsions cloniques, morsure de la langue, évacuations involontaires, stertor et hébétude consécutive. On peut donc, en envisageant simplement les symptômes épileptiques, conclure de ce qui se produit chez l'animal à ce que l'on observe sur l'homme.

Une première expérience, faite avec mon collègue et ami M. Jolyet, permet de se rendre compte de la tension artérielle et des battements cardiaques. Un chien étant fixé sur une table, l'artère fémorale droite mise en rapport avec le kymographion de Ludwig, j'injecte 20 centigrammes d'essence d'absinthe dans la veine fémorale gauche, et au bout de trois minutes il survient une attaque d'épilepsie. L'appareil enregistreur fait constater pendant le stade tonique une élévation de la tension artérielle, une fréquence plus grande des battements du cœur, puis un ralentissement de ces battements tellement considérable qu'une révolution cardiaque, systole et diastole, s'accomplit dans un temps six à huit fois plus long qu'à l'état normal. Puis, à la fin de l'attaque, le pouls et le cœur reprennent leur rhythme habituel avec toutefois un peu plus de fréquence et de force pendant quelques minutes.

Si l'on sectionne les pneumo-gastriques, le cœur, affranchi de toute influence nerveuse centrale, reste indépendant pendant toute la durée de l'attaque. Les battements, devenus plus fréquents par la section des pneumogastriques, ne varient plus. Le tracé de l'appareil enregistreur offre les grandes courbes isochrones avec les mouvements respiratoires et les petites ondulations isochrones avec les battements cardiaques, pendant la durée de l'attaque, lorsque les parois thoraciques s'immobilisent, les grandes courbes du tracé disparaissent, celui-ci devient presque droit, mais conserve toujours les ondulations qui répondent au pouls. Les troubles du cœur pendant l'attaque d'épilepsie sont donc sous la dépendance du bulbe et cessent de se produire quand la section nerveuse interrompt toute communication.

Voilà pour les phénomènes circulatoires, état du cœur et tension du sang, dont les changements peuvent déjà, par l'examen direct des convulsions, être mis en rapport avec les différents temps de l'attaque épileptique.

Mais il était nécessaire de déterminer d'une manière précise ces rapports, j'ai eu recours pour cela au polygraphe de M. Marey, en mettant à contribution l'obligeance éclairée de M. le docteur Franck.

Sur un chien griffon, âgé d'un an, du poids de 13 kilogrammes, une injection de 25 centigrammes d'essence d'absinthe dans la veine fémorale droite provoque une attaque au bout de deux minutes; un tube rempli d'une solution de bicarbonate de soude pour empêcher la coagulation du sang, adapté à la carotide droite, est mis en rapport avec un manomètre et l'un des leviers inscripteurs; celui-ci enregistre ainsi la tension carotidienne et les pulsations ou les battements cardiaques dont elles sont la représentation. Le second levier en communication avec la patte postérieure gauche restée libre, inscrit tous les mouvements convulsifs avec leurs caractères particuliers. Les deux leviers entrent en jeu simultanément et traduisent fidèlement aux différents temps de l'attaque les désordres circulatoires et les troubles de la motilité.

L'examen des tracés permet de suivre parallèlement la marche de ces deux ordres de phénomènes. Tout d'abord, pendant la période tonique qui, dans cette expérience, dure six secondes, on voit la tension carotidienne faire équilibre à une colonne mercurielle qui, de 14, s'élève à 17 centimètres. En même temps, les battements cardiaques deviennent plus fréquents, les ondulations sont plus courtes, plus basses et indiquent un certain état de tétanisation du cœur, dont les mouvements systoliques et diastoliques sont devenus plus rapides et plus courts, le cœur restant en partie contracté pendant toute la période tonique.

Le second tracé, placé parallèlement au-dessus, donne simultanément, pendant cette première période, la contraction tétanique des muscles de la vie de relation; les mouvements sont si nombreux et si rapides que la ligne, finement dentelée, paraît droite; les secousses musculaires s'agrandissent, s'allongent peu à peu, et les convulsions deviennent cloniques; le tracé offre alors des lignes saillantes perpendiculaires au tracé, de plus en plus étendues, comme, du reste, les convulsions cloniques, jusqu'à la fin de cette période, d'une

durée environ de trente secondes, et qui est suivie du repos complet, de la résolution de tout le corps, que le tracé indique par une ligne droite régulière.

Pendant la période clonique, on voit sur l'autre tracé la pression carotidienne s'abaisser; de 17 elle descend à 7 centimètres, puis elle se relève de niveau pour atteindre 15, et redescendre à la fin à 14, qui équivaut à la pression normale. En outre de la pression, le tracé donne sur l'état du cœur des indications pleines d'intérêt, analogues à celles déjà obtenues avec le kymographion de Ludwig, c'est-à-dire que les battements se ralentissent au point d'accomplir une révolution cardiaque dans un espace sept à huit fois plus long qu'à l'état normal; puis le cœur reprend son rythme ordinaire, et le tracé présente les grandes courbes isochrones avec la respiration et les petites ondulations qui répondent au pouls.

Il résulte donc de ces expériences que, pendant la période tonique de l'attaque d'épilepsie, la tension artérielle s'élève et le cœur semi-tétanisé bat avec plus de fréquence; à la période clonique, au contraire, les battements cardiaques se ralentissent, la systole et la diastole s'accomplissent avec une lenteur extrême, pour reprendre plus tard leur rythme normal ou bien un peu plus de fréquence.

Ces deux états opposés du cœur, à la période tonique et à la période clonique, font concevoir deux mécanismes différents de mort par le cœur, pendant l'attaque d'épilepsie, dans les cas de terminaison fatale, survenue brusquemment, sans lésion appréciable; à la période tonique, c'est le tétanos du cœur qui, dans ces cas graves, suspendrait la circulation; dans la période clonique, c'est la syncope qui semblerait devoir produire ce même résultat.

Depuis ces dernières recherches, je n'ai pas eu l'occasion d'observer des épileptiques en état de mal, je ne manquerai pas, chez ces malades, de prendre le tracé des convulsions pour le comparer à ceux que l'on obtient chez l'animal dans l'épilepsie toxique.

Je dois ajouter, en terminant cette communication, que de nombreux tracés sphygmographiques du pouls radial, recueillis sur plusieurs épileptiques immédiatement après l'attaque, ne m'ont pas présenté de caractères suffisamment tranchés pour me croire autorisé à affirmer, d'après ce signe, comme l'a fait M. Voisin, l'existence ou non de l'épilepsie dans les cas de similation par exemple. Le pouls chez les épileptiques offre, après l'attaque, un peu plus de fréquence et de force, mais le tracé sphygmographique présente les mêmes caractères chez des individus bien portants, à la suite d'un exercice modéré. C'est, du reste, ce que l'on peut voir sur les différents tracés que je place sous les yeux des membres de la Société, et que j'ai obtenus chez des épileptiques, immédiatement après de grandes et de petites attaques et chez un individu en bonne santé qui, pendant trois minutes, avait frotté un parquet.

Quelques points de la physiologie des mollusques. — M. POUCHET, au nom de M. Mer, fait une communication relative à l'absorption par la peau des mollusques. Les expériences de M. Mer démontrent que la peau des mollusques absorbe les matières colorantes dans lesquelles ils sont plongés.

De l'acuité visuelle et de la perception des couleurs. — M. LANDOLT a fait une série d'expériences physiologiques qui prouvent que la vision indirecte n'est pas égale à la vision directe à l'éclairage diminué, mais qu'aux parties excentriques de la rétine la perception des couleurs domine, tandis qu'au centre c'est l'acuité visuelle (perception des formes) qui l'emporte.

Structure de l'organe électrique de la torpille. — M. JANVIER a fait une série de recherches sur la structure des prismes et des lamelles qui composent l'organe électrique de la torpille, organe électrique qui, suivant lui, ne doit pas être comparé à un muscle.

RAPPORT

Influence des applications métalliques sur la sensibilité. — M. DUMONTPALLIER, au nom d'une commission composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, lit un rapport intitulé : *Études sur les phénomènes métalloscopiques découverts par le docteur Burq*. Ce rapport, très-bien fait et très-consciencieux, se termine par les conclusions suivantes :

De l'exposé de ces faits, il résulte que le travail de la commission a été divisé en deux parties. Cette division a été la conséquence de la succession des expériences.

Dans une première partie, nous avons constaté l'existence de tous les faits métalloscopiques découverts depuis bien longtemps par le docteur Burq.

Il est parfaitement exact, en effet, que l'application de certains métaux sur la peau détermine, chez les malades anesthésiques hystériques et dans quelques cas chez des malades anesthésiques organiques, le retour de la sensibilité générale et spéciale.

Il est parfaitement exact que toutes les malades ne sont point sensibles au même métal et que l'or, le fer et le cuivre donnent des résultats positifs ou négatifs suivant les malades soumises aux expériences.

Les phénomènes observés, après l'application des métaux, se produisent dans l'ordre établi par M. le docteur Burq; c'est-à-dire que d'abord les malades accusent au niveau de l'application des métaux et dans une zone plus ou moins étendue, des fourmillements, une sensation de chaleur, puis l'observation constate bientôt de la rougeur de la même région, le retour de la sensibilité, l'ascension de la température, mesurés par le thermomètre, et enfin le retour de la force musculaire mesurée par la dynamométrie.

Votre commission, messieurs, ne saurait affirmer trop haut l'existence de tous ces faits, et cette affirmation est une consécration des mêmes faits énoncés par celui qui les a découverts il y a déjà plus de vingt-cinq ans. Cette affirmation est un hommage rendu au docteur Burq, qui, malgré des critiques souvent sévères, n'a jamais perdu courage, et puisait dans une foi solidement établie par l'expérimentation, l'espérance que justice lui serait enfin rendue.

De plus la commission doit ici témoigner sa reconnaissance au docteur Burq, car c'est, après avoir constaté l'exactitude des faits énoncés par notre confrère que votre commission cherchant toujours par la méthode expérimentale à interpréter les phénomènes observés, a été conduite à reconnaître l'action des courants électriques faibles sur le retour de la sensibilité et à découvrir le fait si inattendu du transfert de la sensibilité d'un côté du corps à l'autre côté.

Votre commission, messieurs, a la satisfaction d'avoir accompli un acte de justice envers le docteur Burq. Mais elle manquerait de tout sentiment de gratitude si, en terminant ce rapport, elle ne vous demandait de prendre votre part dans les remercîments que nous devons aux docteurs Gellé et Landolt et à M. P. Régnard qui, en nous prêtant le concours éclairé de leurs études spéciales, nous ont permis de suivre avec plus de sûreté et plus d'autorité la voie expérimentale dans laquelle nous nous étions engagés.

PRÉSENTATIONS

M. DUMONTPALLIER, sur le même sujet, communique le résultat d'expériences faites par M. Vigouroux, et qui montrent qu'une plaque de cuivre dont la surface est recouverte d'un corps isolant, ne donne lieu à aucun des phénomènes obtenus avec une plaque libre. A cette occasion, M. Dumontpallier rappelle que M. Burq avait montré depuis longtemps qu'une plaque de métal recouverte d'une autre plaque restait également sans effet.

M. Dumontpallier présente une pile construite par M. Trouvé à courants constants d'intensité déterminée.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. Delmas (de Bordeaux) sur l'*opportunité des traitements hydriatiques dans la période menstruelle*;

2° Une lettre de M. Piachaud (de Genève) qui revendique la priorité du drainage dans les premiers pansements des plaies d'amputation, en faveur de Arlaud (de Toulon).

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

M. BOINET rappelle qu'il employait, bien avant M. Chassaignac, une sonde en gomme, percée de trous latéraux, dans le pansement des plaies d'amputation. M. Chassaignac a inventé (1) le nom très-heureux de *drainage*, mais n'a pas inventé la méthode elle-même.

M. FORGET. M. Jules Cloquet, le premier, a mis une sonde en gomme au fond des plaies. Sanson, Lisfranc, Dupuytren, le faisaient aussi, mais avec des procédés différents.

M. LE FORT. M. Chassaignac a été le premier à appliquer à cette méthode ancienne le caoutchouc dont l'emploi en chirurgie était récent.

M. ROCHARD. Ce qui constitue la méthode de Chassaignac, ce n'est pas la substance de son tube à drainage, c'est la manière de l'appliquer, en lui faisant traverser de part en part un foyer de suppuration.

PRÉSENTATIONS

M. LE DENTU présente, de la part de M. Pozzi, deux brochures, intitulées : *Quelques observations à propos du pansement de Lister*, et *Des localisations cérébrales et des rapports du crâne avec le cerveau, au point de vue des indications du trépan.*

M. VERNEUIL présente deux thèses soutenues récemment à la Faculté, l'une par M. Désert *sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques*, l'autre par M. Redon, *sur le diabète sucré chez les enfants.*

M. ROCHARD présente au nom de M. Larrey absent, de la part de M. Le Roy de Méricourt, un volume intitulé : *Organisation du service de santé de la marine en France et dans les différentes nations.*

M. GUÉNIOT dépose, de la part de M. Galezowski, une note manuscrite intitulée : *Sur un nouveau procédé opératoire du trichiasis au moyen du thermo-cautère.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

M. DE SAINT-GERMAIN a été appelé depuis la dernière séance pour faire la trachéotomie à un enfant de sept ans atteint d'un croup grave. L'opération a été faite avec le bistouri en un temps, sans accident. La quantité de sang perdu peut être évaluée à une cuillerée a soupe. Le lendemain, il y avait un tirage considérable accompagné d'un bruit de drapeau. Le chirurgien enleva les deux canules interne et externe, et aussitôt un flot de sang jaillit par la plaie. Environ 250 grammes s'écoulèrent en quelques secondes. Cette hémorrhagie céda à l'application d'une très-grosse canule. L'enfant a succombé hier à l'extension des fausses membranes. Si l'incision avait été faite avec le thermo-cautère, M. de Saint-Germain n'aurait pas manqué d'attribuer à cet instrument l'hémorrhagie consécutive qui s'est produite. Il est donc juste de reconnaître que le même accident peut arriver avec l'emploi du bistouri.

M. DESPRÈS a opéré mercredi soir un enfant de deux ans par la méthode de Trousseau. L'opération a très-bien réussi. La statistique de Millard comprend 138 trachéotomies avec une seule hémorrhagie; celle de M. de Saint-Germain en comprend 96 avec 3 hémorrhagies. Le résultat est donc en faveur de l'ancien procédé.

COMMUNICATION

Suture des tendons. — M. NOTTA (de Lisieux) rappelle la discussion qui a eu lieu, dans la séance du 6 décembre dernier, sur la suture des tendons, et à propos de laquelle son nom a été prononcé. Il apporte aujourd'hui quatre faits nouveaux, qu'il divise en deux catégories, l'une dans laquelle la réunion s'est faite par première intention, l'autre dans laquelle la plaie a suppuré. Dans les deux premiers cas, la section des tendons avait été faite par du verre. Le pansement a été fait une fois le jour même, et l'autre fois le lendemain de l'accident. Il a consisté dans la réunion des tendons par une suture métallique, l'immobilisation sur une planchette et des compresses d'eau alcoolisée. La cicatrisation s'est faite en trois jours et les mouvements étaient rétablis après six semaines, sans que la suture métallique ait été éliminée. Chez les deux autres blessés, la plaie a été faite une fois par un carreau cassé, l'autre fois par une scie circulaire, qui avait scié le cinquième métacarpien, ouvert l'articulation du petit doigt et coupé plusieurs tendons extenseurs. Les plaies ont suppuré longtemps. Dans les deux cas, les tendons se sont réunis et ne sont nullement adhérents à la cicatrice de la peau.

Chez le second malade, l'articulation métacarpienne du petit doigt est ankylosée, mais les mouvements des phalanges sont rétablis. Les fils mécaniques ont été éliminés, au moins chez ce dernier. M. Notta, n'ayant pas fait lui-même les pansements du premier, pense que le fil est resté dans le tendon, mais n'en a pas la certitude. Voulant se rendre compte de la manière dont le fil métallique se comportait à l'égard du tendon, il a fait une suture métallique sur un tendon d'un chien, qu'il a sacrifié six semaines après. Dans la pièce qu'il présente aujourd'hui, le tendon est complétement cicatrisé et comprend le fil dans son épaisseur. Il n'y avait pas adhérence à la peau.

DISCUSSION

M. TERRIER ne s'explique pas comment le tendon peut ne pas adhérer à la peau lorsque la plaie a suppuré. Les résultats obtenus chez le chien ne peuvent servir de terme de comparaison pour ce qui se passe chez l'homme, parce que cet animal est réfractaire à la suppuration. A ce point de vue, le cheval seul, parmi les animaux, peut être mis en parallèle avec l'homme.

M. TILLAUX, qui a vu dans le service de M. Notta un de ses malades, a été frappé du résultat obtenu, et de la non adhérence des tendons à la peau.

RAPPORT

M. DELENS donne lecture d'un rapport sur une observation de hernie étranglée de la ligne semi-lunaire adressée par M. Daniel Mollière, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce que le chirurgien de Lyon appelle ligne semi-lunaire, d'après Cruveilhier est appelé par d'autres auteurs ligne demi-circulaire. Le fait qu'il rapporte a présenté cette particularité qu'après avoir ouvert un premier sac de petite dimension, qui contenait de l'épiploon et une anse incomplète d'intestin, le doigt pénétra dans une seconde cavité qui renfermait une anse complète violacée mais non sphacélée. Le débridement fut fait en haut, la hernie réduite, et la guérison était complète après vingt jours, M. D. Mollière a réuni huit cas à peu près semblables de ces hernies ventrales dont les exemples sont rares. M. le rapporteur pense qu'il faudrait un plus grand nombre de cas et surtout des autopsies pour pouvoir établir une nouvelle variété de hernie.

Le mémoire de M. D. Mollière sera publié dans les bulletins de la Société et des remercîments seront adressés à l'auteur.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. POLAILLON présente un crâne d'hydrocéphale recueilli à l'hôpital Beaujon et qui a été cause d'une dystocie considérable. La mère a succombé le lendemain de l'accouchement aux suites d'une rupture de l'utérus vers la partie antérieure causée par les tractions énergiques qui avaient été faites avec le forceps. M. Polaillon perfora le crâne et put alors extraire facilement l'enfant. Le diagnostic de ces cas est difficile parce qu'ils sont tellement rares que l'accoucheur n'y songe pas. On n'en observe qu'un sur trois mille accouchements. Le crâne que M. Polaillon présente contenait 1,190 grammes d'eau, c'est à dire qu'il avait à peu près le volume du crâne d'un adulte.

La séance est levée.

(1) Pardon! C'est M. le docteur Brochin qui s'est servi le premier, dans la *Gazette des hôpitaux*, de l'expression *drainage chirurgical*, que M. Chassaignac a bien voulu adopter. — (*Note de la Rédaction.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Éléments d'embryologie** (1), par MM. FOSTER et Francis M. BALFOUR, traduit par le docteur ROCHEFORT. — II. **Dictionnaire de botanique** (2), par H. BAILLON. — III. **L'Année scientifique et industrielle** (3), par Louis FIGUIER. — IV. **Dictionnaire de chimie pure et appliquée** (4), par Ad. WURTZ (de l'Institut). — V. **Traité élémentaire d'hygiène privée et publique** (5), par A. BECQUEREL, BEAUGRAND et HAHN.

I. Deux savants membres du collége de la Trinité, Cambridge, MM. Foster et Balfour, se sont proposé d'étudier l'embryologie sous une forme très-pratique. Ils ont pris pour point de départ l'œuf de poule, le plus facile à trouver et à étudier, et ils en ont fourni le développement. C'est le sujet traité dans le volume que nous présentons à nos lecteurs.

Pour établir cette histoire du poulet, les auteurs ont d'abord montré la structure de l'œuf de poule et les changements qui s'y opèrent avant le début de l'incubation (coquille, membrane coquillère, albumine, membrane vitelline, vitellus jaune et blanc, sphères du vitellus blanc et structure du blastoderme). L'œuf ovarique, sa descente dans l'oviducte, son imprégnation, sa segmentation et la formation de la couche inférieure de la couche supérieure, complètent ce tableau, qui permet aux auteurs de nous présenter le résumé sommaire de l'histoire de l'incubation. L'embryon se forme dans l'aire transparente; l'épiblaste, le mésoblaste et l'hypoblaste; le blastoderme s'étend sur le jaune, l'aire vasculaire, le repli céphalique et les autres replis qui prennent part à la formation du sac embryonnaire; la forme extérieure de l'embryon; la formation du tube neural et du canal alimentaire (somatopleure et splanchnopleure), l'amnios et l'allantoïde, une fois connus, nous pouvons suivre les changements qui vont s'opérer pendant l'incubation. MM. Foster et Balfour nous font assister à ces changements, jour par jour, depuis le premier jour de l'incubation jusqu'à la fin. Un chapitre très-détaillé est consacré à chaque jour de l'incubation. Mais à partir du sixième jour, les auteurs ne consacrent plus qu'un seul chapitre aux changements qui vont se produire jusqu'à l'éclosion. Un autre chapitre est consacré au développement du crâne, et on peut être assuré de la parfaite exactitude de cette étude, que M. Foster a soumis à la critique du professeur Huxley.

L'appendice par lequel les auteurs terminent leur livre n'est pas un des moins intéressants, ni des moins utiles du livre. Cet appendice nous donne, en effet, des instructions pratiques pour l'étude du développement du poulet. On ne saurait trop applaudir à ce mode de faire. Il ne suffit pas d'écrire un livre très-bien conçu, très-clair et très-intéressant, il est bon de permettre aux chercheurs de suivre la voie expérimentale de l'auteur. Cet appendice nous semble appelé à rendre de véritables services dans des recherches si délicates.

Soixante et onze figures, dues pour la plupart à M. Balfour, rendent très-sensibles des descriptions très-bonnes cependant, et nous ne pouvons, en terminant, que remercier M. le docteur Rochefort, qui a su consacrer ses rares moments de loisir de la marine à nous donner une excellente traduction. Grâce à lui, l'Embryologie de MM. Foster et Balfour, déjà traduite en plusieurs langues étrangères, a pu franchir notre frontière et sera la très-bien accueillie des élèves et des médecins qui travaillent.

II. — Les troisième et quatrième fascicules du « Dictionnaire de botanique » viennent de paraître. Ils comprennent les articles ANAC-AUTO.

Parmi les articles les plus importants, nous signalerons les suivants :

Anatrope, une première illustration nous présente la série des développements d'un ovule anatrope à double tégument, puis nous voyons représentés les ovules anatropes de l'Hydrastis canadensis, de l'ancolie, de l'hellébore, un ovule anatrope recevant les tubes polliniques, et enfin les graines anatropes de Magnolia et d'Euryale.

Androcée, traité avec tout le soin que mérite un mot de cette importance; très-nombreuses illustrations.

Anthère, sa morphologie traitée avec beaucoup de détail, sa structure et ses développements représentés avec une netteté parfaite. Une véritable monographie due à M. de Lanessan.

Anthéridies, *anthérozoïdes*, études très-soignées et dues à la même plume.

Une magnifique planche coloriée, signée Faguet, est jointe à la troisième livraison et nous représente *l'asphodelus albus*, avec une analyse détaillée.

Dans la quatrième livraison, nous signalerons les articles *Archégones*, *arilles*, *ascidies*, *assimilation*, *atavisme*. Cette livraison renferme, enfin, une très-belle orchidée, l'*Arpophyllum giganteum*, peinte par Faguet et chromolithographiée par Portait.

III. Pour la vingtième fois, M. Louis Figuier présente à ses lecteurs son *Année scientifique*, et, pour la vingtième fois, nous allons redire les services que rend ce livre. Depuis 1856 jusqu'à ce jour, nous avons chaque année ouvert cette publication annuelle et nous avons, avec elle, jeté un coup d'œil sur l'année qui venait de s'enfuir. L'idée de M. Figuier était excellente, son plan bien arrêté, et maintenant que vingt volumes se pressent sur nos rayons, nous nous rendons encore mieux compte de leur utilité. Que de choses nous voyons chaque jour, et qui disparaîtraient de notre souvenir si l'historiographe des sciences ne les avait enregistrées.

Il nous faudrait plusieurs colonnes pour énumérer seulement les titres de chapitres de l'*Année scientifique*, et cette énumération ne changerait rien à la vieille impression que nous conservons de ces livres. Il suffit donc d'annoncer l'apparition de l'année 1876 de cette collection; tout nouvel éloge semblerait une banalité.

IV. Le vingt-troisième fascicule du Dictionnaire de chimie pure et appliquée nous donne la continuation de l'article consacré à l'acide sulfurique. Le *tabac* est ensuite étudié sous toutes ses formes, culture et analyse. L'historique étant devenu vulgaire, M. Schlœsing a cru, avec raison, pouvoir l'omettre. Le *tannage*, les acides et les éthers *tartriques* seraient les articles les plus intéressants de ce fascicule, si le mot *teinture* ne nous faisait assister à une étude très-bien faite des fibres textiles qui doivent recevoir la couleur, des principes sur lesquels reposent la teinture et la fixation des couleurs, des moyens mécaniques employés pour teindre ou pour imprimer les étoffes, enfin des matières premières servant plus ou moins directement à la coloration de la fibre ou du tissu, matières colorantes, mordantes, épaississantes, etc., ainsi que des détails concernant les divers genres en particulier.

On voit, par cette simple énumération, que ce fascicule ne le cède en aucune façon à ceux qui l'ont précédé.

V. Saluons la sixième édition du « Traité élémentaire d'hygiène privée et publique » de A. Becquerel.

Ce livre s'ouvre par la reproduction de la préface des deuxième, troisième et sixième éditions. On voit dans ces diverses préfaces les progrès de l'œuvre, se tenant toujours au courant du mouvement scientifique et justifiant ainsi son très-légitime succès. La notice sur Becquerel est signée du regretté Beaugrand; encore un mort, dont le nom était accolé à celui de Becquerel sur les éditions précédentes. Aujourd'hui, près de ces noms vient se placer celui de M. Hahn.

Le « Traité d'hygiène » de Becquerel est trop classique pour que nous ayons autre chose à faire qu'à donner avis aux nombreux intéressés de son apparition. Cependant, nous devons ajouter que la partie bibliographique si bien traitée par Beaugrand a pris de nouveaux développements dans la sixième édition et qu'un chapitre, celui des Excreta, a été très-remanié.

Et maintenant, tous nos vœux pour la septième édition.

(1) In-8° cartonné à l'anglaise. Prix : 7 francs. — Paris, C. Reinwald et Ce.
(2) Fascicules III et IV. Prix de chaque fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Ce.
(3) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.
(4) In-8° Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.
(5) In-12 cartonné. Prix : 10 fr. — Paris, P. Asselin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1876.

79. Roux. De la fièvre bilieuse mélanurique observée au Sénégal.
80. Jourdan. Essai sur l'atrophie musculaire progressive.
81. Courrèges. Diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde.
82. Moret. Contribution à l'étude du traitement des fièvres intermittentes par les injections hypodermiques de sulfovinate de quinine.
83. Belot. Essai sur une opération de polype naso-pharyngien.
84. Rampal. De la thoracocentèse dans les épanchements pleurétiques.
85. Tailhefer. Considérations thérapeutiques sur les fractures de la jambe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ritter, agrégé, est proposé par la Faculté, à l'unanimité, pour la chaire de chimie médicale et de toxicologie. — M. le docteur Spillmann, directeur des autopsies, est proposé, à l'unanimité moins deux voix, pour l'emploi de chef de clinique médicale (emploi nouveau).

— Le corps de santé militaire vient de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Stieldorff, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de hussards.

Ce regretté confrère est mort au camp de Châlons des suites d'une piqûre anatomique qui l'a enlevé en huit jours: luttant jusqu'au bout contre son mal, il a dicté ses dernières volontés avec un sang-froid qui ne s'est pas démenti : le délire a fait invasion le lendemain, 9 avril, et il a succombé le 10 à midi.

Le mercredi 11, son service a été célébré au camp et quelques paroles d'adieu ont été prononcées par le colonel de son régiment et par M. Allain, médecin en chef de l'hôpital du camp. Son corps a été transporté à Thionville, sa ville natale.

— Le cours de M. Dubuc s'ouvrira, à l'amphithéâtre no 2 de l'École pratique, le mardi 24 avril, à trois heures, et non à cinq heures.

— M. le docteur A. Fournier, agrégé de la Faculté, commencera un cours complémentaire des maladies syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 27 avril, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. Conférences au lit des malades tous les mardis, à huit heures et demie.

— M. Hébert, professeur à la Faculté des sciences, fera, dimanche 22 avril, une excursion géologique à Vanves, Issy et Meudon. Rendez-vous à la porte de Versailles (aux fortifications), à dix heures et demie précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du microscope dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. les docteurs MATHIAS DUVAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et LEREBOULLET, professeur agrégé au Val-de-Grâce. 2e édition complétement refondue, avec 110 figures dans le texte. — 1 vol. in-18 cartonné à l'anglaise. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Étude sur la fièvre typhoïde à rechute, par le docteur GUYARD. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'Influence des maladies du foie sur la marche du traumatisme, par le docteur LONGUET. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des Paralysies du larynx, par le docteur POYET. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du Sevrage, par le docteur BAUZON. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Quelques recherches sur les déplacements de la rate, par H. CORRENSON. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Alexandre Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 47. — MARDI 24 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. MARDI 24 AVRIL 1877. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Mariage. — Le lien conjugal a été réputé indissoluble par les lois françaises. Un acte aussi solennel que le mariage, et qui engage l'existence entière, ne doit pas s'accomplir sans que les parties intéressées soient mutuellement édifiées et librement consentantes. Comment s'expliquerait-on, en effet, que l'un des époux, affligé d'imperfections maladives de la raison, pût condamner l'autre à l'horreur indéfinie d'une situation imméritée? Comment le conjoint raisonnable serait-il sûr du volontaire acquiescement de l'autre? Comment une union, frappée du vice rédhibitoire le plus radical, se mettrait-elle à l'abri des plus douloureuses aventures? Le libre consentement des parties étant la condition la plus essentielle, la base fondamentale du mariage, il n'y a pas mariage lorsqu'il n'y a pas eu consentement.

Dans le siècle dernier, on a édicté dans certains pays des peines sévères contre tous ceux qui favoriseraient le mariage des épileptiques. Il existe actuellement à l'étranger des lois qui admettent l'épilepsie comme une cause de rupture du mariage, et les textes législatifs danois, par exemple, considèrent comme rescindable pour fraude et pour dol l'hymen conclu dans de telles conditions : il y a erreur sur la personne. En France, nos codes sont muets, et l'indissolubilité du lien conjugal ressort tellement de tous les articles de la législation en vigueur, qu'aucune demande en nullité de mariage ou en séparation de corps, dont l'épilepsie serait le motif allégué, ne saurait être accueillie. Le refus serait invariablement basé sur l'argumentation que voici : « Si le mariage a été célébré, c'est qu'il y a eu consentement. Au moment de l'accomplissement de l'acte civil, les futurs époux étaient sains d'esprit et ont exprimé une volonté libre, donc l'acte est valable. »

Le mariage a été institué pour la propagation de l'espèce. Il est une véritable association et il repose sur la fidélité et l'assistance réciproques. Il est accepté et respecté par tous les peuples civilisés et il jouit partout de la plus large protection légale. Relâcher trop facilement les liens du nœud conjugal et introduire dans le code civil des motifs pathologiques de séparation de corps ou d'annulation matrimoniale, ce serait léser les plus graves intérêts privés et saper les fondements de toute notre organisation sociale. Le mariage fonde les familles, et ce sont les familles qui constituent l'État.

A défaut d'observations françaises d'un intérêt aussi saisissant, je rapporterai, d'après l'*American journal of insanity*, l'exemple suivant de cassation de mariage, pour cause d'épilepsie, de fureur maniaque et d'assassinat.

François L..., vingt ans, cordonnier, était, depuis un grand nombre d'années, sujet à des attaques d'épilepsie. Elles avaient commencé par suite d'une chute sur la glace. Les accès, qui d'abord n'étaient suivis que d'une très-légère aberration de la raison, devinrent plus sérieux et furent accompagnés de manie furieuse.

Il avait servi dans le 5e régiment d'infanterie légère, de 1838 à 1841, et, lorsqu'il sortit du service, il reprit son commerce. Lorsqu'il avait des attaques pendant cette période, il saisissait son marteau, son couteau, ou tout autre instrument qu'il avait sous la main, et le brandissait d'une manière menaçante, de façon à s'attirer les railleries de ses camarades.

Lorsqu'il fut hors du service, il retourna chez lui et se décida à se marier. La cérémonie fut fixée au 26 octobre 1841. Le 24, un mal de tête très-intense survint, et lui parut à lui-même un indice de l'imminence d'une attaque. Il appela un médecin qui l'avait traité anciennement pour cette maladie, et lui demanda de le saigner, opération qui lui avait toujours procuré du soulagement. Le médecin refusa, par le motif que ce remède ne devait pas être trop souvent employé. — Le 26, quelques heures avant le mariage, il fut saigné par un autre médecin, mais sans aucune diminution de la douleur. Pendant la cérémonie civile et religieuse du mariage, L... était abattu et taciturne; il ne dit rien en dehors du simple *oui*. En quittant l'église, il fut saisi d'une douleur atroce de la tête; elle fut tellement excessive que dans la maison de son beau-père, il fut obligé de se mettre au lit. La chambre dans laquelle il se trouvait était voisine de celle où l'on préparait le repas de noces. Là il fut saisi d'un accès d'épilepsie furieuse, et tandis que les personnes qui étaient avec lui couraient chercher des cordes pour l'attacher, il se précipita tout nu dans la salle à manger, avec une pelle dont il s'était emparé, poursuivit une femme qui s'enfuit, et la renversa par terre en lui frappant un coup sur la tête. Son beau-père s'interposa; mais, ainsi que les autres, il fut chassé. Le malade se mit alors par terre devant la porte, rongeant la pierre avec les dents; enfin il se leva avec un couteau de cordonnier à la main; il ouvrit la porte de force, s'écriant qu'il voulait les tuer. La première personne qu'il rencontra fut son beau-père, qu'il tua à l'instant. *Cette agitation maniaque continua pendant trois jours.* — Le 29, la raison revint; mais le malade pouvait seulement se rappeler le moment du mariage, et rien de ce qui suivit; il supposait qu'il avait dormi pendant

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 avril 1877.

tout ce temps. Il fut bientôt transporté dans l'asile de Clément. Dans ces circonstances, le tuteur de S... s'adressa à la cour pour obtenir la déclaration de nullité du mariage, par la raison que cet épileptique n'était pas complétement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement. La cour prononça la nullité du mariage.

L'épilepsie est une névrose écrasante. Les rapports sexuels l'aggravent sérieusement, et, à tous les points de vue, elle est incompatible avec le mariage. On ne peut concevoir, par conséquent, que les plus graves appréhensions sur les résultats d'une union contractée dans des conditions aussi regrettables. Le monde est bien loin de soupçonner tout ce qu'il y a d'humiliations et de douleurs dans une maison qu'habite l'épilepsie. Combien de femmes viennent confier au médecin les voies de fait, les terreurs ou les tentatives criminelles dont elles ont été ou redoutent encore d'être les victimes, de la part de maris convulsifs, à attaques nocturnes ou ignorées du public! Et ces malheureuses, plus inquiètes de la blessure qui est faite à leur amour-propre que du péril qu'elles courent souvent, ne manquent presque jamais d'ajouter ceci : « Je suis prête à tout souffrir, pourvu que l'on ne sache pas que mon mari tombe du *haut mal!* »

D'après ce que l'on sait maintenant de l'influence très-marquée du bromure de potassium sur l'amélioration et la suspension des accidents épileptiques, on va naturellement supposer que le mariage est devenu beaucoup plus acceptable de nos jours qu'il ne l'était, il y a quinze ans, par exemple. Cela devrait être; eh bien, cela n'est pas. Si le malade est épileptique, il continue nécessairement le traitement qui a réussi à faire taire sa névrose, et alors, pour peu qu'il dépasse cinq ou six grammes de bromure de potassium par jour, il est frigide et n'a presque plus d'érections pendant la durée nécessairement très-longue de la médication. Froissé et affligé, il supprime parfois le médicament, récupère ses aptitudes viriles, renoue ses relations sexuelles avec sa femme et redevient épileptique. Il reprend du bromure, ne tombe plus et redevient impuissant!

Lorsque la névrose comitiale a été l'apport de la femme, l'usage du sel bromique entretient souvent une fétidité de l'haleine qui amène, de la part du mari, de la froideur, de l'éloignement, du dégoût. La femme se gargarise, se purge, mange des pastilles, et s'ingénie à masquer la petite odeur désagréable qu'elle exhale. N'y parvenant qu'incomplétement, elle cesse son traitement et ne tarde pas à reconquérir la tendresse de son mari ; mais une attaque survient, la médication bromurée est reprise aussitôt, la crise ne se reproduit pas, l'haleine redevient fétide et le mari s'éloigne de nouveau!

J'ai vu s'élever bien des nuages dans des familles nouvellement unies et j'ai connu professionnellement le motif réel de plus d'une catastrophe, dont la raison reste pour tous encore à trouver. C'est presque toujours l'épilepsie inavouée avant le mariage ou l'effet spécial de la médication anti-épileptique qui a produit ces nuages et déterminé ces catastrophes. Le convulsif est si malheureux qu'il cherche malgré lui une compensation et qu'il se croit dispensé d'être honnête. En trompant autrui, il s'est trompé lui-même : le bonheur conjugal le fuira toujours. Qu'il ait donc le courage de supporter seul le poids de sa grande infortune.

Toutefois, l'épileptique qui se marie et qui fait connaître d'avance son état de santé à la famille de son futur conjoint, pourrait avoir pour lui, sans qu'il s'en doutât, une excuse pleine de valeur: c'est que, contrairement à tout ce qui s'est dit depuis deux mille ans, l'épilepsie n'est transmissible par la voie générative que dans un douzième des cas. Cette proportion, indiquée déjà par moi en 1864, a été depuis discutée, contrôlée et justifiée. Le fait est certain. On doit donc cesser désormais d'affirmer que l'épilepsie est une maladie essentiellement héréditaire.

Responsabilité civile. — La plupart des codes européens ont sanctionné des dispositions ayant pour base fondamentale le donnée que voici : si un épileptique, avant ou après son attaque convulsive, éprouve des troubles intellectuels graves et vient à causer un dommage à autrui, il n'est point responsable civilement et n'est pas tenu à réparer ce dommage. Un accident s'est produit, voilà tout. Mais si un individu a fait volontairement usage d'une substance enivrante ou toxique, s'est placé par sa faute dans des conditions délirantes et a commis, sous l'influence de cette infraction délibérée et consentie, un attentat contre la personne ou les propriétés d'autrui, il doit être rendu responsable du dommage causé.

Que l'on abuse de la débilité intellectuelle d'un faible d'esprit et qu'on lui fasse incendier les récoltes ou la maison d'un voisin détesté, la responsabilité civile incombe naturellement au vrai coupable, c'est-à-dire à celui qui a armé le bras de l'incendiaire. Le faible d'esprit, considéré comme un instrument inconscient, est simplement mis dans l'impossibilité de renouveler ses agressions.

D'après certains textes de la jurisprudence française, celui qui n'est pas considéré comme responsable au point de vue criminel, ne peut pas être déclaré civilement responsable. Les deux responsabilités sont liées l'une à l'autre. Un épileptique, dans un moment de délire passager, authentiquement constaté, brûle une maison, comment pourrait-on l'obliger à indemniser le propriétaire, si la cour d'assises ne l'a point condamné comme incendiaire, et l'a absous comme aliéné? Irresponsable criminellement, il l'est aussi civilement.

La loi romaine exonérait le fou de toute pénalité, mais, dans beaucoup de circonstances, elle admettait sa responsabilité civile. Elle ne le punissait pas, mais elle fixait, s'il y avait lieu, la somme d'argent destinée à réparer le dommage causé. La législation anglaise semble s'être un peu inspirée de ces principes si respectables, pour ne pas dire si équitables.

Il y avait à Bicêtre, en 1869, un sieur L..., négociant, qui, sans motif admissible, avait soudainement assassiné son associé. Il n'avait point d'enfants et possédait environ 6,000 francs de rente. La victime avait une nombreuse famille, qui tomba dans le dénûment. L... avait été traduit devant la cour d'assises de la Seine malgré le rapport de deux médecins-experts, qui avaient conclu à l'existence, chez l'accusé, d'un délire des persécutions. Il fut acquitté. Au moment où la cour venait de rendre son arrêt, Me Lachaud se présenta, au nom de la veuve et des enfants, se porta partie civile et réclama une pension alimentaire de 1,200 francs. Il allégua l'état de fortune de l'asssasin et la misère extrême de la famille de la victime. La cour, séance tenante, jugeant sans le jury, débouta Me Lachaud de sa demande et condamna ses clients aux dépens! Au moment de l'évacuation totale de Bicêtre, en septembre 1870, L... a été transporté en province. Il allait extrêmement bien. Qu'est-il devenu depuis?

Les tribunaux français ont une tendance évidente. Ils ont beaucoup plus d'égards pour l'honneur et la vie d'un citoyen que pour la fortune ou les conditions matérielles d'existence de la famille de ce même citoyen. Pour le moins grave des délits, pour un acte de mendicité sur la voie publique, on fait examiner, s'il y a lieu, l'état mental du prévenu, tant on a peur de faire peser sur lui une injuste condamnation. Pour un crime emportant la peine capitale, c'est encore le médecin qui juge,

à l'occasion. Mais vienne une affaire civile peu importante ou extrêmement sérieuse, et les magistrats jugent presque toujours directement la question, sur le vu des pièces, et n'attachent, en général, qu'une mince valeur aux opinions médicales qui peuvent figurer dans les dossiers. On apprécie et l'on commente des marchés, des contrats, des lettres, des dispositions testamentaires, et l'on pense avoir la mesure véritable de l'état mental de celui dont on demande à valider ou à annuler les engagements, uniquement parce que les écrits sont plus ou moins corrects et lucides, plus ou moins informes ou délirants ! Mais des écrits irréprochables en apparence peuvent être dus à la plume d'un aliéné très-troublé, halluciné, extravagant et même dangereux.

On ne doit plus alors s'étonner si l'on voit valider la donation ou le testament d'un homme qui aurait été certainement déclaré irresponsable au point de vue criminel, ou si l'on assiste au rejet de l'interdiction d'un individu qui, lui aussi, aurait pu accomplir un acte délictueux sans aucune liberté morale et sans pénalité possible. L'aliéné Sandon aurait bénéficié, en cas de besoin, des indemnités de l'article 64 du code pénal, et cependant le tribunal civil de la Seine a validé son testament. En 1876, à Paris, on a fait sortir d'office d'un établissement d'aliénés, on a refusé d'interdire et on a laissé marier un sieur J..., atteint d'une lésion cérébrale grave, avec affaiblissement intellectuel consécutif, malgré mes affirmations formelles et celles de MM. Luys, Bouchereau et Béhier. Eh bien, le jour de son mariage, à la mairie, J... a eu une attaque épileptiforme et a dû être porté dans sa voiture nuptiale par ses invités, et, quelques mois après, je procédais à l'autopsie de ce malheureux, avec le concours de MM. G. Bergeron et Lasègue. Est-il besoin d'ajouter que des lésions anatomiques caractéristiques ont été rencontrées?

Il semble, en vérité, que les tribunaux aient le don de puiser dans l'examen des pièces en litige et des actes contestés des notions valables sur l'état intellectuel d'un contractant, et que, selon les résultats de cet examen, ils soient en droit de confirmer ou de casser. Il y a là une erreur grave. Ce qu'il s'agit d'apprécier, ce n'est pas la pièce qui émane d'un individu, mais bien l'état mental de cet individu. Un examen direct ou rétrospectif par des médecins-experts devrait donc toujours être réclamé.

En Angleterre, il est facile de constater une autre tendance. On a un respect énorme pour la fortune d'un simple particulier, pour les droits de la femme et les intérêts des enfants. Qu'un excentrique se rende coupable d'un délit insignifiant et il sera condamné sans hésitation, mais qu'il commence à dissiper sa fortune, et aussitôt des mesures protectrices seront prises et l'empêcheront de courir à sa ruine. Responsabilité en matière criminelle, mais irresponsabilité fréquente en matière civile. Que l'on pende tel individu, s'il a commis un meurtre, cela n'importe pas beaucoup, mais que du moins l'on veille sur ses biens! D'après la loi, la fortune doit s'immobiliser, autant que possible, entre les mains qui la détiennent légitimement. Mais hâtons-nous de revenir à ce qui se passe chez nous.

A propos de responsabilité civile, il faut s'attendre à des questions d'espèce absolument imprévues. En voici un exemple : un jeune homme de vingt-deux ans, épileptique, imbécile et turbulent, placé trois fois déjà dans un établissement d'aliénés, habite chez son père, à la campagne, et est ordinairement soumis à une surveillance assez active. Il entre un matin, à l'extrémité du jardin, dans un corps de bâtiment en réparation. Il remarque dans la chambre principale du rez-de-chaussée deux pièces de bois servant d'étais, et, après des efforts considérables, il arrive à les ébranler, à les coucher à terre et à les ranger au dehors. Des ouvriers vont et viennent et nul ne remarque ce qui s'est fait. A quelques semaines de là, on monte au premier étage plusieurs sacs de plâtre, du bois, du fer et des briques. Tandis que les ouvriers ont quitté le chantier pour aller déjeuner, le commis du marchand de plâtre entre dans la chambre du rez-de-chaussée et se met à faire tranquillement quelques comptes. Tout à coup un craquement horrible se fait entendre, le plafond s'écroule et le commis est tué.

L'affaire n'a point été plaidée, mais j'ai toujours pensé que le père du jeune malade aurait pu être poursuivi, considéré comme civilement responsable et condamné à des dommages-intérêts envers la veuve et les enfants de la victime. C'est un très-grand luxe que de conserver chez soi un aliéné ou un épileptique malfaisant. Or, la famille qui souscrit à ce luxe doit constamment songer à ce que sa sollicitude privée ne puisse porter préjudice à personne. Sinon, en cas de négligence, j'admets volontiers la responsabilité civile de la famille. L'intérêt public prime l'intérêt particulier.

En somme, lorsqu'un épileptique a accompli un acte dommageable pour autrui, il n'en est civilement responsable qu'autant qu'il a pu jouir de la plénitude de sa raison et de son libre arbitre, au moment même de l'exécution du fait nuisible. Dans le cas contraire, il est couvert par les immunités concédées aux actions pathologiques. Toutefois, dans des circonstances données, sa famille ou son tuteur peuvent, d'après moi, être mis en cause pour défaut de surveillance, impéritie, faute lourde ou négligence.

Aptitude à témoigner en justice. — Le hasard désigne les témoins judiciaires. On est donc forcé de les accepter tels qu'ils sont fournis par les événements. Des épileptiques sont souvent appelés à déposer devant les tribunaux sur des faits dont ils ont eu connaissance, alors qu'ils étaient complétement en dehors de toute manifestation convulsive et de tout désordre intellectuel. Sans doute, les témoignages de ces malades peuvent apporter des éclaircissements précis et véridiques, sont susceptibles, dans certains cas, de guider la justice et de lui révéler d'importantes circonstances, mais j'estime cependant que la déposition d'un épileptique doit être accueillie avec quelques réserves et qu'elle ne peut jamais être suffisante pour faire condamner un accusé.

Ne s'exposerait-on pas, en effet, à trouver sa mémoire un peu confuse et à entendre de lui, à l'audience, des affirmations ou des dénégations qui n'auraient point été versées à l'instruction? Il n'y aurait point lieu, en tout cas, de suspecter sa bonne foi.

Que l'un de ces malades ait eu une attaque entre le fait dont il a été témoin et le moment où il a déposé dans le cabinet du magistrat instructeur, et il pourra avoir d'hésitantes réminiscences sur un ou plusieurs points de l'affaire, alors qu'il aura néanmoins la mémoire très-présente et très-nette sur toutes les autres circonstances relatives à l'événement. Qu'il éprouve une crise nouvelle entre sa déposition dans le cabinet du magistrat instructeur et le jour de l'audience, et ses affirmations pourront avoir subi d'involontaires variantes : les souvenirs obscurs de la première déposition pourront faire place à des révélations précises, et les points qui avaient paru très-nets pourront s'être obscurcis. La mémoire de l'épileptique est comparable à un clavier qui, tantôt aurait toutes ses notes justes, tantôt possèderait quelques notes fausses et tantôt même quelques notes muettes. C'est un instrument capricieux, inégal, infidèle; il sert, il trompe ou il trahit.

Il y a neuf ou dix ans, une bande de voleurs passa devant la cour d'assises de la Seine. A midi et demi, au milieu de l'interrogatoire, l'un des accusés avait pâli, s'était affaissé sur son banc, avait paru déglutir à vide, puis était revenu à lui. Il fut interrogé à son tour, balbutia, se disculpa et s'accusa à la fois, fit des réponses insultantes, et, à la suite d'un geste menaçant, causa tout à coup dans la salle un certain émoi. L'audience fut suspendue et le président fit chercher un médecin. On me rencontra et je me mis à la disposition de la justice. Après un examen rapide, mais très-concluant, je fis prévenir la cour que l'audience pouvait être reprise, mais je demandai à être entendu sur-le-champ. Usant de son pouvoir discrétionnaire, le président me fit introduire, intervertit l'ordre des débats, me fit prêter serment et me questionna sur l'état de santé du malade. J'exposai que l'accusé avait éprouvé un accès incomplet d'épilepsie, que sa mémoire était très-confuse et sa raison réellement troublée, qu'il ne pourrait pas supporter les fatigues de débats s'annonçant comme devant être exceptionnellement longs, et je conclus à la nécessité d'un repos immédiat et de soins appropriés. L'affaire fut disjointe, le malade fut reconduit à la Conciergerie et les débats continuèrent.

En Allemagne, la déposition d'un épileptique n'est reçue qu'après qu'un médecin-expert a déclaré dans quel état mental se trouve exactement le malade au moment même de sa comparution en justice.

A défaut d'une précaution analogue, il y a certainement des cas où les épileptiques ne devraient être entendus qu'à titre simple de renseignement. Peut-être serait-il convenable que la loi ne les traitât alors qu'en mineurs et ne leur déférât point le serment. Comment punirait-on, en effet, les infractions à ce serment?

ÉTUDE SUR LES VARICES
DE L'ŒSOPHAGE DANS LA CIRRHOSE HÉPATIQUE (1)

Par le docteur Dussaussoy, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — Les veines des deux tiers inférieurs de l'œsophage se jettent dans la veine-porte, et il existe, à ce niveau du tube digestif, des communications faciles entre les deux systèmes cave et porte. — Dans certains cas rares de cirrhose et sans que la cause en soit bien appréciable, la circulation interrompue dans le foie, au lieu de se rétablir par les voies ordinaires, se fait par les veines de l'œsophage dont elle amène la dilatation variqueuse. — L'existence de cette lésion donne à la cirrhose une physionomie clinique particulière et en rend le diagnostic très-difficile. Quant au diagnostic des varices en elles-mêmes, il est presque impossible. — Le pronostic est des plus graves, puisque, dans tous les cas publiés, les hémorrhagies causées par ces varices ont notablement avancé la mort.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 avril 1877. — Présidence de M. Pouchet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du cuivre. — M. Galippe continue ses expériences sur le cuivre. Depuis plus de deux mois il ne mange, lui-même, que des aliments préparés dans des vases de cuivre ; ces aliments sont souvent recouverts d'une couche verdâtre caractéristique. Or, il affirme n'avoir jamais ressenti le moindre inconvénient, pas plus que les personnes qui sont autour de lui et qui sont soumises au même régime. Suivant lui, l'étamage n'a donc pas sa raison d'être, et paraît n'avoir pour but, que de faire avaler au public de l'étain et du plomb.

M. Galippe ajoute, que l'observation publiée par M. Dubest dans la *Gazette des Hôpitaux* (n°38) est trop incomplète pour être absolument concluante. Il n'est pas prouvé, d'abord, que l'échantillon présenté à la Société par M. Laborde, et qui est relatif à cette observation, contienne bien réellement de l'acétate de cuivre ; il eût fallu s'assurer que, dans cet alcool, n'existaient pas d'autres produits, capables de déterminer des accidents toxiques. En supposant d'ailleurs, ajoute M. Galippe, que les accidents qui ont été observés dans ce cas fussent bien dus à un sel de cuivre, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'on eût observé des vomissements, car on sait depuis longtemps que le cuivre est un vomitif. M. Galippe regrette, que le chimiste de Clermont qui a analysé ce liquide, n'ait pas distillé cet alcool et ne se soit pas assuré, si une fois dépouillé du cuivre, il ne continuait pas à exercer une action toxique. Enfin, il fait observer que cet alcool, tel que l'a présenté M. Laborde, offre bien une coloration verdâtre, mais possède une saveur très-supportable ; or, il suffit d'une bien petite quantité d'acétate de cuivre, pour donner un goût insupportable au liquide qui le tient en dissolution. On ne peut donc pas affirmer que les accidents observés par le médecin de Pont-du-Château, soient bien réellement des accidents d'intoxication par le cuivre.

M. Bochefontaine communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Stakini : si l'on plonge la membrane interdigitale d'une grenouille, dans une solution de sulfate de cuivre, la peau se tanne à ce niveau, mais le cuivre ne pénètre pas à travers elle et la grenouille meurt le lendemain seulement, non pas d'intoxication par le cuivre, mais d'une suppuration qui a envahi le corps tout entier et putréfié le sang lui-même. Si l'on plonge une grenouille tout entière dans une solution de sulfate de cuivre, son poids augmente, elle conserve jusqu'à la fin tous ses mouvements, ce qui prouve bien qu'elle ne meurt pas sous l'effet d'un poison musculaire, ni par intoxication d'aucune sorte, mais son sang se putréfie et est plein de bactéries.

M. Rabuteau pense que cette manière de procéder, qui consiste à plonger la patte d'une grenouille ou une grenouille toute entière dans une solution quelconque, est de toutes la plus défectueuse. Il n'y a pas d'absorption, comment donc conclure, si l'on a affaire ou non à un poison musculaire ou autre.

M. Bochefontaine a lui-même, dans des communications antérieures, signalé les inconvénients de ce procédé, mais, quel qu'il soit, il donne des résultats qu'il faut bien enregistrer.

Influence des courants électriques sur la guérison des plaies et des ulcères. — M. Onimus rappelle les comunications qu'il a déjà faites sur ce sujet, et dans lesquelles il a montré que la suppuration d'une plaie augmentait ou diminuait, suivant la direction des courants. Récemment, il a eu l'occasion de constater le fait suivant, qui vient à l'appui de ses premières propositions : sur des malades qui avaient des vésicatiores, l'application d'un courant descendant, avec le pôle négatif près du vésicatoire, donne lieu à une suppuration beaucoup plus abondante que l'application d'un courant ascendant, et retarde manifestement la guérison.

Structure du poumon. — M. Cadiat complète sa précédente communication : les fibres musculaires des bronches, dit-il, servent à régler l'entrée de l'air dans le poumon, sans elles, dans l'inspiration, il y aurait des lobules complètement pleins, alors que d'autres seraient vides, comme cela se voit lorsqu'on injecte de l'air ou de l'eau dans les bronches. Les fibres musculaires sont donc indispensables au fonctionnement régulier de l'organe. Les contractions de ces fibres sont sous la dépendance du pneumo-gastrique, comme l'a démontré M. Bert ; or, ce qui prouve bien qu'elles agissent, ainsi que nous venons de le dire, c'est que si leur innervation vient à être troublée, on constate de l'emphysème pulmonaire.

Application de l'aspiration au traitement du décollement de la rétine. — M. Galezowski. Le traitement du décollement de la rétine a présenté jusqu'à nos jours des difficultés con-

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Frédéric Henry.

sidérables, ce qui est dû incontestablement à la connaissance imparfaite de la pathogénie de cette affection. Malgré les recherches très-intéressantes du docteur Poncet (de Cluny) sur cette matière, il reste encore beaucoup de points à éclaircir, surtout en ce qui concerne l'étiologie aussi bien que le mode d'évolution de la maladie.

Les décollements rétiniens ne reconnaissent pas toujours la même cause, au moins si on juge par les faits que M. Galezowski a observés. Ainsi il y a des décollements rétiniens qui se développent dans le cours des affections générales aigües. Il y a une dizaine d'années, il a eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu dans le service provisoirement occupé par M. le docteur Dumontpallier, un malade atteint d'un rhumatisme articulaire grave. Au moment où ses articulations se sont dégagées, il était pris d'une pleurésie, puis d'une péricardite et enfin d'un décollement de la rétine dans un œil.

Évidemment, nous devions rattacher tous ces phénomènes à la même cause rhumatismale. Mais les décollements qui surviennent sous l'influence de la myopie progressive ne sont pas toujours dus à la même cause. Il existe des épanchements purement inflammatoires, qui surviennent sous l'influence d'un processus inflammatoire analogue à celui qu'on voit du côté de la plèvre ou du péricarde, car la membrane vitreuse de la choroïde peut être considérée comme une membrane séreuse. Et dans cette variété de la maladie, un traitement antiphlogistique et dérivatif peut amener une guérison et une adhérence complète de la rétine.

A l'appui de cette assertion, M. Galezowski rapporte trois observations, dont deux datent de deux à trois ans, et la dernière est toute récente.

Un jeune homme âgé de vingt ans, myope de quatre dioptries, perd son œil gauche, par un décollement de la rétine, l'année de la guerre. En 1874, il est pris d'un décollement de la rétine de l'autre œil; à ce moment, je suis appelé avec le docteur Hillairet pour le soigner. Je lui fais appliquer tous les dix ou quinze jours des sangsues à la tempe et je recommande le repos absolu au lit. Au bout de trois mois, j'obtiens une guérison complète; il ne reste qu'une légère échancrure dans le champ visuel interne et supérieur.

Un autre jeune homme, âgé de seize ans, myope de deux dioptries; est pris, dans le cours de ses études d'un décollement de la rétine gauche. Soumis au même traitement antiphlogistique et au repos absolu pendant trois mois, il fut guéri. La rétine a repris ses adhérences, mais en laissant une diminution partielle du champ visuel.

Un troisième fait est tout récent.

Une demoiselle R..., âgée de vingt-deux ans, atteinte d'une myopie moyenne et de nystagmus, perdit la vue le 6 mars dernier, par un large décollement rétinien. Le repos au lit, des vésicatoires volants et des sangsues appliquées à plusieurs reprises, ont amené une amélioration tellement marquée, qu'aujourd'hui il reste à peine un pli transversal vers l'ora serrata, où l'adhérence n'est pas encore établie.

Il existe une troisième classe des décollements de la rétine, ceux qui sont les plus vulgaires, et qui se développent dans les yeux atteints de myopie progressive, avec une distension marquée du globe de l'œil et des vaisseaux choroïdiens. Les épanchements, qui résultent de cet état, sont généralement progressifs, et tous les traitements qu'on a employés contre cet état, sont restés sans résultats.

C'est contre ces décollements que le docteur Galezowski propose un nouveau procédé de traitement qui consiste à faire aspirer le liquide épanché à l'aide d'une petite seringue qu'il a fait construire par M. Collin sur le modèle de la seringue de Dieulafoy.

Graefe et Bowman avaient employé depuis longtemps un procédé qui consistait à vider une partie de liquide à panché à d'établir une communication entre la poche sous-rétinienne et la cavité du corps vitré. Mais ce procédé n'a pas donné de bons résultats, et on a dû l'abandonner.

Le procédé de M. Galezowski présente un avantage réel sur le précédent; à l'aide de cette petite seringue on aspire tout le liquide et la rétine se replace immédiatement par le fait du vide qui en résulte, et reprend ses fonctions.

Ce procédé a été appliqué six fois; dans deux cas on n'a pas retiré de liquide, et le résultat était négatif. Dans les quatre autres cas, le succès était plus marqué, car la vision s'est améliorée d'une manière très-notable et le champ visuel s'est agrandi très-sensiblement, comme on peut s'en assurer par des tableaux schématiques que M. Galezowski présente à la Société.

Mort subite dans la fièvre typhoïde. — M. DIEULAFOY fait observer que la mort subite loin d'être une rareté dans la fièvre typhoïde, est véritablement un mode de terminaison de cette maladie. En effet, il a pu en réunir une cinquantaine d'observations depuis qu'il s'occupe de ce sujet. En comparant entre elles ces observations, il est un fait qui frappe tout d'abord, c'est que tous les malades morts subitement dans le cours d'une fièvre typhoïde, sont morts d'une façon identique; c'est généralement au dix-septième, au dix-huitième ou au dix-neuvième jour d'une fièvre typhoïde peu grave que l'accident a lieu; voici d'ailleurs un exemple, observé récemment par M. Dieulafoy à l'hôpital temporaire, qui suffira pour faire connaître comment les choses se passent dans tous les cas : un jeune homme de dix-huit ans, arrivé sans encombre au seizième jour d'une fièvre typhoïde bénigne, entrait franchement en convalescence, lorsque le dix-septième jour, causant avec un infirmier de service, il fut pris de quelques mouvements convulsifs dans la face, devint très-pâle et comme il ne parlait plus, l'infirmier s'approcha et vit qu'il était mort. C'est bien là un cas de mort foudroyante. Or c'est à peu près ainsi que les choses se sont passées dans les cinquante observations qu'a pu réunir M. Dieulafoy.

A quelle cause attribuer cette mort subite dans la fièvre typhoïde? deux grandes théories se trouvent ici en présence, l'une qui s'appuie sur la physiologie, l'autre sur l'anatomie pathologique. La première admet l'influence d'une action reflexe ayant pour point de départ un point quelconque de l'intestin, réagissant sur la bulbe et amenant l'arrêt du cœur et une syncope mortelle. C'est la théorie admise par M. Bert, par M. Tarchanoff et par M. Dieulafoy lui-même dans sa thèse. L'autre théorie, qui s'appuie sur l'anatomie pathologique, et qui repose principalement sur les travaux consciencieux de M. Hayem admet que la mort, dans ces cas, est due à une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires du cœur. Les travaux de Zenler, de Vaslin, etc., ont prouvé en effet que la fièvre typhoïde était une maladie qui amenait souvent cette dégénérescence granulo-graisseuse du système musculaire. Toutefois, si l'on interroge la clinique et si l'on rapproche les faits cliniques des faits anatomo-pathologiques, il est facile de voir qu'il existe un grand nombre de maladies, telles que certaines maladies du cœur lui-même, qui, bien plus souvent que la fièvre typhoïde, entraînent la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur et qui jamais pourtant ne se terminent par la mort subite. D'autre part, M. Dieulafoy possède aujourd'hui cinq cas de mort subite au dix-septième ou au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde dans lesquels l'examen macroscopique et microscopique le plus minutieux, n'a révélé aucune altération de la fibre cardiaque. En particulier chez le malade dont il a été parlé plus haut, l'examen microscopique a été pratiqué par M. Malassez et n'a montré aucune espèce de dégénérescence des fibres musculaires du cœur. Il faut donc être moins explicite que ne l'a été M. Hayem au sujet de la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde et, si l'on ne peut admettre comme absolument démontrée la théorie physiologique, admettre au moins que cette pathogénie est encore à trouver.

M. LABORDE, relativement à la théorie physiologique dont vient de parler M. Dieulafoy, fait observer qu'on a été peut-être un peu vite dans l'interprétation des faits expérimentaux, et qu'on s'est un peu trop pressé de conclure de ce qui se passe chez la grenouille à ce qui s'observe chez l'homme. La grenouille, on le sait, a pour propriété d'arrêter son cœur à volonté, pour ainsi dire; il suffit du moindre contact pour produire cet arrêt. Il faut donc tenir compte de cette susceptibilité toute particulière de la grenouille, et M. Laborde aurait désiré qu'avant de conclure, on eût répété les expériences de M. Tarchanoff sur d'autres animaux se rapprochant davantage de l'homme, sur le chien par exemple. Or, on éprouve précisément les plus grandes difficultés à produire cet arrêt du cœur chez le chien; on peut lui ouvrir le ventre, pratiquer chez lui des fistules duodénales, gastriques ou autres, et jamais il n'en meurt, jamais il n'est pris d'accidents semblables à ceux qui ont été constatés chez

la grenouille par M. Tarchanoff. Mais tout en se montrant très-réservé sur l'interprétation physiologique de la mort subite dans la fièvre typhoïde, M. Laborde reconnaît, avec M. Dieulafoy, l'insuffisance de la théorie anatomo-pathologique pour expliquer ces faits. Il se demande, en terminant, s'il ne faudrait pas tenir compte de l'anémie et des modifications du sang dans l'interprétation des faits réunis par M. Dieulafoy.

M. DIEULAFOY n'entend nullement établir de parallèle entre la grenouille et l'homme, mais il existe des faits empruntés à l'espèce humaine elle-même qui plaident en faveur de la théorie physiologique, et M. Dieulafoy peut en citer un qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Krishaber : un enfant de sept ans qui avait, disait-on, avalé une certaine quantité de noyaux de cerise, est pris de convulsions épileptiformes et meurt subitement. L'autopsie permet, en effet, de constater dans l'intestin la présence d'une certaine quantité de noyaux de cerise. La clinique est d'ailleurs assez riche de faits de ce genre, où la présence d'un corps étranger dans l'intestin est le point de départ de convulsions épileptiformes et souvent même la cause d'une mort subite. Quant à l'anémie, à l'état du sang, invoqués par M. Laborde, M. Dieulafoy ne pense pas qu'ils doivent entrer en ligne de compte. En effet, meurt-on subitement dans le cancer, dans la tuberculose chronique, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les états cachectiques, dans toutes ces maladies autrement anémiantes que la fièvre typhoïde?

M. ONIMUS dit que jamais, dans l'expérimentation physiologique, on n'arrive à arrêter le cœur complétement, au moyen d'excitations portant sur l'intestin ; suivant lui, c'est du côté du bulbe qu'il faut chercher la cause de la mort subite dans la fièvre typhoïde. Le cœur est, en effet, la dernière partie de l'organisme qui cesse de fonctionner. Dans les cas de sidération par le chloroforme, par exemple, il y a longtemps que le système nerveux est épuisé quand le cœur continue encore à battre.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Dumontpallier sur la métalloscopie, dont nous avons donné les conclusions dans notre dernier compte rendu. L'impression de ce rapport est votée à l'unanimité, sauf la voix de M. Rabuteau. Ses conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Application des courants dans les cas d'hémianesthésie d'origine organique. — M. MAGNAN a étudié l'action des courants forts dans les cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale. Le premier jour, chez le même malade, il a dû employer trente éléments de la pile Trouvé pour obtenir le retour de la sensibilité; le lendemain, vingt éléments suffisaient pour obtenir le même résultat ; le surlendemain quinze, et ainsi de suite. Dans ces cas, M. Magnan n'a constaté aucun transfert de la sensibilité, comme cela a lieu chez les hystériques.

Distance du centre optique de l'œil au sommet de la cornée. — M. BADAL présente un instrument destiné à mesurer la distance du centre optique de l'œil au sommet de la cornée et le déplacement subi par ce point, lors du passage de la vision au loin à la vision de près.

L'instrument est basé sur le principe suivant dont M. Badal a, le premier, donné la démonstration, à propos de son optomètre : si une lentille convergente est placée au-devant de l'œil à une distance telle que son foyer postérieur coïncide exactement avec le centre optique de cet œil (point nodal postérieur), des objets identiques, de même grandeur, placés de l'autre côté de la lentille seront vus sous le même angle visuel, même s'ils sont à des distances différentes. Ce résultat n'a plus lieu, et les objets paraissent d'inégale grandeur, dès que les deux points dont il vient d'être question, cessent de coïncider.

L'expérience est disposée de telle façon que le rôle du sujet observé se réduit à chercher quelle est la situation de son œil par rapport à la lentille, pour laquelle deux couples de lignes parallèles, séparées par un même intervalle, et tracées sur deux demi-plaques de verre dépoli situées l'une à droite, l'autre à gauche, à des distances différentes de la lentille, se rejoignent exactement, de manière à paraître constituer un seul couple de lignes parallèles.

A ce moment, l'observateur n'a plus qu'à déterminer, à l'aide d'une lunette disposée à cet effet, et mobile sur une tige graduée, la distance du sommet de la cornée au foyer postérieur de la lentille : le chiffre de la graduation donne en millimètres et fractions de millimètres, la distance du point nodal à la cornée.

M. Badal fera connaître, dans une communication ultérieure, les résultats auxquels il est arrivé relativement à la situation du point nodal et à son déplacement pendant l'accommodation.

Ces expériences permettront de contrôler dans une certaine mesure, l'exactitude des théories modernes sur l'adaptation de l'œil aux distances.

Hémorrhagies pendant l'accouchement. — M. BUDIN fait une communication sur le point de départ des hémorrhagies pendant l'accouchement. Ces hémorrhagies peuvent avoir pour point de départ, soit les parois utérines, soit les parois vaginales, soit la vulve elle-même. Il est facile de s'en assurer, dans les présentations de sommet, par l'examen des parties de l'enfant qui sont maculées de sang.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1877 (1). — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATION

M. LIBERMANN fait une communication sur les indications et les contre-indications des bains froids dans la fièvre typhoïde et s'applique à démontrer, en s'appuyant sur une statistique de 8,000 cas, les avantages de la méthode de Brand.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les statistiques qui reposent sur un nombre de faits aussi considérable, mais en même temps aussi variés, ne sauraient avoir une réelle valeur. Il accorde beaucoup d'importance à une statistique qui, comme celle qu'il a publiée, ne repose, il est vrai, que sur un petit nombre de faits, mais sur des faits d'une même année, d'une même épidémie, recueillis dans des conditions de milieux à peu près identiques et qui, par conséquent, sont parfaitement comparables entre eux. Il a été facile, en effet, de comparer d'après ces faits, les résultats obtenus par les partisans de la méthode de Brand et ceux obtenus par les partisans des méthodes ordinaires.

M. LIBERMANN fait remarquer que MM. Féréol et Maurice Raynaud n'ont soumis aux bains froids que les cas graves, et que par conséquent leurs statistiques ne doivent pas être comparées à celles des autres médecins qui ont eu recours aux autres méthodes. Les chiffres apportés par M. Beaumetz, ne prouvent donc rien contre la méthode de Brand. Il faut également tenir compte des séries heureuses ou malheureuses ; ainsi à l'hôpital du Gros-Caillou, avant la guerre, la mortalité par la fièvre thyphoïde a été de 4 pour 100 ; dans l'une des années suivantes elle est montée à 60 pour 100. Aucune comparaison ne saurait donc être établie entre les cas appartenant à ces deux séries. Quant à la statistique de Brand, M. Libermann s'applique à démontrer, qu'elle est loin d'être sans valeur et qu'elle semble bien prouver que, d'une façon générale, la mortalité par la fièvre typhoïde se trouve diminuée avec l'emploi des bains froids. Le grand nombre à certes bien son importance en matière de statistique. Les petits chiffes, au contraire, ne prouvent rien : ainsi M. Alix (de Lyon), sur trois cas traités par les bains froids, a eu trois décès ; M. Lacassagne, au Val-de-Grâce, sur huit cas a obtenu au contraire huit guérisons ; à quelles conclusions arriverait-on, si l'on s'en tenait seulement à l'une de ces deux statistiques, pour juger de la valeur des bains froids dans la fièvre typhoïde !

M. MOUTARD-MARTIN croit se rappeler qu'il est dit, dans la statistique de Brand, que sur cent hémorrhagies intestinales survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, on a compté cinquante décès, les malades ayant été traités par les méthodes ordinaires. M. Moutard-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 avril.

Martin proteste de la façon la plus énergique, contre la véracité de ces chiffres. Suivant lui, on ne peut accorder aucune valeur à une statistique, qui avoue ainsi 50 pour 100 de mortalité, à la suite d'un phénomène que Trousseau, Louis et bien d'autres considèrent au contraire comme une cause de défervescence, comme le début de la convalescence.

M. LIBERMANN répond, que ce n'est pas Brand lui-même qui a produit ces chiffres, mais qu'il les a empruntés à plusieurs auteurs français et allemands dont il cite les noms.

M. LAVERAN fait observer qu'il faut distinguer, au point de vue de la fièvre typhoïde, les statistiques allemandes des statistiques françaises. Les dernières, en effet, ne donnent le nom de fièvre typhoïde, qu'à celles dont la durée est d'au moins trois septenaires et qui donnent lieu à tous les symptômes décrits, comme appartenant à cette maladie; les premières, au contraire, rangent sous le même nom toutes les fièvres légères, abortives auxquelles en France, on ne reconnait pas le caractère de la fièvre typhoïde. Il rappelle, en effet, qu'il a publié récemment une observation de fièvre typhoïde abortive, qui n'avait pas duré plus de huit jours et à la suite de laquelle le malade avait succombé à un accident indépendant de cette fièvre typhoïde légère. On a trouvé à l'autopsie, les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, un peu moins marquées peut-être que dans la plupart des cas, mais aussi nettes que possible. On doit donc faire entrer ces cas dans les statistiques de fièvre typhoïde, et il faut en tenir compte, quand on tient à comparer entre elles les méthodes française et allemande.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 avril 1877, M. Richaud, médecin en chef de la marine, a été élevé au grade de directeur du service de santé de la marine, en remplacement de M. Gourier, décédé.

— Encore une nouvelle victime du dévouement professionnel!

M. le docteur Louis Carrère a succombé samedi matin, à quatre heures, à l'âge de trente et un ans. A la veille de prendre un congé et de partir avec sa femme et sa petite fille, il reste auprès de deux jeunes enfants subitement pris d'angine couenneuse, et leur prodigue trois jours et trois nuits ses fatigues et ses veilles. Il ne s'arrête que foudroyé à son tour par une angine diphthéritique.

C'est le cinquième médecin qui tombe ainsi à Paris depuis quelque temps. Regnauld, Dubois, Mérandon, Cintrat, Carrère! Et à côté de ceux-là, qui laissent une trace, un souvenir, combien tombent obscurs et inconnus !

— La « Revue de médecine et de pharmacie de l'empire ottoman » nous apprend que deux membres du corps médical de Constantinople, S. E. Marco Pacha et le docteur Servicen Effendi ont été nommés sénateurs. Le docteur Servicen, élu député par une des circonscriptions de Péra, a opté pour le Sénat.

M. Vasilaki Sarakioti, député, a aussi appartenu au corps médical, mais il n'exerce plus la médecine depuis près de douze ans.

Le même journal nous annonce la mort de Kaliga Bey, professeur de botanique à l'École impériale de médecine de Constantinople, et du docteur Naranzi, qui a mis fin à ses jours par le suicide.

— M. le professeur Parrot commencera le dimanche 6 mai 1877, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue d'Enfer), des conférences cliniques sur la « syphilis héréditaire » et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — On sera admis sur la présentation de cartes délivrées à l'hospice.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Milne Edwards, professeur, commencera le cours de zoologie le lundi 30 avril 1877 à deux heures. Ce cours sera consacré à l'histoire naturelle des mammifères et portera principalement sur l'organisation, la classification et la distribution géologique des espèces vivantes et fossiles les plus remarquables.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à deux heures dans la salle des cours de zoologie; elles seront complétées par des conférences faites en partie dans le laboratoire, en partie dans la ménagerie à des dates qui seront spécialement indiquées.

— M. de Quatrefages, professeur, commencera son cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme le jeudi 26 avril 1877 et le continuera les mardis, jeudis et samedis à 3 heures. — Le professeur commencera cette année l'examen des questions générales de l'anthropologie; il traitera de l'unité de l'espèce humaine et de la formation des races en éclairant l'histoire de l'homme par celle des animaux et des plantes.

— M. Delefosse a commencé son cours sur *l'analyse des urines* le mardi 17 avril, à deux heures, à l'École pratique, amphithéâtre nº 1, et le continuera les jeudis et mardis suivants; M. Delefosse continue à recevoir tous les dimanches chez lui, à dix heures, 14, rue Notre-Dame de Lorette, les médecins qui désirent s'exercer gratuitement à l'analyse des urines.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 48. — JEUDI 26 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1877. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous devons aux médecins de la marine la plupart des notions que nous possédons sur la géographie et la climatologie médicales et sur la pathologie comparée des races. Nous avons appris par leurs recherches, à suivre sur la mappemonde les grandes lignes de la distribution géographique des principales endémies, et à discerner les aptitudes ou les immunités des différentes races par rapport aux influences pathogéniques communes de chacune des grandes divisions climatologiques. Mais si la pathologie médicale proprement dite ou interne, doit beaucoup aux observations de nos confrères de l'armée navale, la pathologie chirurgicale semblait jusqu'à présent, en avoir beaucoup moins sensiblement bénéficié. M. Jules Rochard, à qui revient déjà une si honorable part dans ce large tribut apporté à l'accroissement de nos connaissances médicales, a voulu aussi utiliser sa vaste expérience et sa sagacité d'observation, au profit de l'étude des influences du climat et de la race sur les maladies chirurgicales, sur la marche des lésions traumatiques et sur les résultats des opérations.

Dans une intéressante lecture qu'il a faite hier à l'Académie, comme acte de candidature à la place vacante dans la section de médecine opératoire, M. J. Rochard a exposé quelques-uns des résultats des recherches qu'il a faites dans cette voie, jusqu'à présent peu explorée. Ses recherches ont porté plus particulièrement sur l'influence comparée des latitudes extrêmes. On lira avec intérêt dans le résumé que nous publions dans le compte rendu, les effets contrastants très-remarquables que produisent les températures des régions polaires et celles de la zone torride sur la marche et l'évolution des plaies, et sur la manière d'être des traumatismes en général.

La médecine navale compte déjà un de ses plus dignes représentants au sein de l'Académie, nul n'y représenterait mieux la chirurgie que M. J. Rochard.

Avant cette lecture, l'Académie avait entendu le rapport officiel annuel sur le service de la vaccine en France pour l'année 1875, par M. Blot, travail très-étendu et paraissant très-consciencieusement élaboré, et un rapport de M. Pidoux sur l'aliénation mentale, à propos d'une communication de M. Delasiauve sur la classification des maladies mentales. Dans ce rapport, écrit avec cette verve originale et ce style à emporte-pièce que l'on connaît, et où le travail rapporté disparaît étouffé sous l'abondance des idées du rapporteur, la science de l'aliénation mentale, en tant que science spéciale et autonome, nous a paru assez mal menée pour émouvoir ceux d'entre les collègues de M. Pidoux qui la représentent au sein de l'Académie. Aussi M. Baillarger, tout en déclarant qu'il avait signé le rapport comme membre de la commission et en tant qu'approuvant les conclusions seulement, s'est-il élevé contre l'esprit même du rapport et a-t-il demandé la parole pour le combattre. M. Bouillaud s'est aussi fait inscrire. Encore une discussion sur la planche. Mais il y a toute apparence qu'elle ne prendra rang qu'après que la discussion en cours sur l'étiologie de la fièvre typhoïde sera terminée, ce qui ne sera peut-être pas de sitôt.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la dyspepsie douloureuse.

I

Je veux vous parler aujourd'hui d'une affection de l'estomac, qu'on rencontre très-fréquemment, et pour laquelle certainement vous serez consultés bien des fois. Je veux parler de la dyspepsie, qui a été très-bien définie par Chomel, un trouble des fonctions digestives, existant sans lésion matérielle ni des organes digestifs, ni des autres organes plus ou moins éloignés de l'estomac, et de l'intestin.

Je vous ferai l'histoire de cette affection, à propos d'une malade du service qui présente des symptômes extrêmement marqués d'une des variétés de la dyspepsie, et dont voici d'ailleurs l'observation :

C'est une jeune femme de vingt-huit ans, exerçant la profession de cigarière, d'une constitution frêle et délicate, et paraissant plus jeune qu'elle ne l'est réellement. Elle a toujours été d'une assez mauvaise santé, car elle raconte que dès son enfance elle mangeait peu, et que depuis très-longtemps elle éprouve à l'estomac des douleurs qui l'ont obligée, à plusieurs reprises, de suspendre son travail. A différentes fois également, elle est entrée à l'hôpital, pour des accidents se rapportant à l'anémie et à l'hystérie, mais le plus souvent pour des troubles digestifs, de l'inappétence, de la pesanteur, des douleurs à l'estomac après l'ingestion des aliments, et même des vomissements, etc.

Il y a quelques années, cette jeune femme a eu une gros-

sesse qui s'est terminée assez bien, quoique l'enfant n'ait pas vécu.

Elle est arrivée à Paris en 1870, et pendant toute la durée du siége, elle n'eut, comme tout le monde, qu'une nourriture très-insuffisante. Aussi les douleurs d'estomac, les vomissements, le sentiment de pesanteur acquirent une recrudescence considérable. Puis, dans la suite, ces phénomènes s'étant améliorés, la malade put reprendre son travail de cigarière restant, par conséquent, pendant toute la journée, exposée aux vapeurs du tabac.

J'ajouterai qu'elle a été pendant plusieurs années réglée d'une façon exagérée, ses règles duraient cinq ou six jours et étaient extrêmement abondantes; qu'à plusieurs reprises elle éprouva des palpitations, de la faiblesse, des maux de tête, accidents se rapportant à l'anémie; et qu'enfin pendant un moment elle ressentit des phénomènes d'hystérie tels que la sensation d'une boule remontant du ventre à la gorge, qu'elle était d'une impressionnabilité très-vive et que quelquefois même elle eut de véritables attaques de nerfs.

Il y a trois semaines, cette femme a commencé à éprouver de nouveau ses douleurs d'estomac et à avoir du dégoût pour la nourriture; à plusieurs reprises, ces douleurs se sont accompagnées de vomissements bilieux, quand la malade était à jeun, mêlé de matières alimentaires après le repas.

Ces phénomènes augmentant de plus en plus, obligèrent la malade à quitter son travail et à venir à l'hôpital, où elle est entrée mercredi dernier.

A ce moment, nous avons constaté d'abord une constitution chétive, faible, délicate, de la pâleur de la face et un peu de décoloration des muqueuses. Le pouls était petit mais non fréquent, et la température normale; en un mot, il y avait absence complète de fièvre. D'autre part, l'auscultation révélait dans les vaisseaux du cou un très léger souffle intermittent, et tel qu'on le rencontre dans l'anémie.

Du côté de l'estomac, nous avons constaté de l'inappétence, du dégoût pour les aliments et surtout, à la région épigastrique, l'existence d'une douleur extrêmement vive en un point correspondant à l'appendice xiphoïde du sternum. Cette douleur est continue; elle se produit sous forme d'élancements et augmente dans certains moments, par la pression, ou quand, après le repas, l'estomac est distendu par les aliments. Enfin, cette douleur se rencontre également à la région dorsale, dans la région correspondante au point douloureux antérieur, niveau de l'estomac. D'ailleurs elle n'irradie aux côtes ni en arrière ni en avant, et ne présente pas le siége d'une névralgie intercostale.

Après l'ingestion des aliments, cette femme accuse non-seulement de la douleur, mais encore une certaine sensation de pesanteur, de malaise, quelques envies de vomir, des nausées et quelquefois enfin des vomissements.

Enfin, autre phénomène sur lequel j'insiste, elle se plaint d'une douleur beaucoup plus vive et d'un malaise plus grand quand elle mange certains aliments tels que des fruits, des œufs durs, du poisson, etc. Cette douleur est au contraire moindre après l'ingestion de potages ou de viandes rôties.

Si nous cherchons encore à établir l'existence d'autres phénomènes dans l'appareil digestif, nous notons que la salive neutre ne donne pas de réaction avec le papier de tournesol; par conséquent qu'elle est dans les conditions voulues; et qu'enfin la langue est à peu près normale; qu'elle n'est pas sèche et n'offre pas ces traînées blanchâtres de salive concrétée que l'on rencontre dans certaines formes de dyspepsie.

Quant au reste des organes digestifs, il existe actuellement un peu de constipation, mais pendant quelques jours la malade a eu de la diarrhée. Celle-ci résulte, comme vous le savez, de ce que les aliments étant mal élaborés, et la chymification incomplète, les matières alimentaires arrivent dans l'intestin sans avoir subi les modifications nécessaires et agissent alors comme autant de corps étrangers, sollicitant ainsi une excitation intestinale qui se traduit par de la diarrhée.

Tels sont les différents phénomènes que présente cette malade. J'ajouterai que depuis qu'elle est au repos et qu'elle est soumise au traitement dont je vous parlerai plus loin, il s'est produit une certaine amélioration.

Maintenant que vous connaissez l'observation de cette femme, je vais vous dire un mot de la maladie dont elle est atteinte, et profiter de l'occasion pour entrer dans quelques détails relatifs aux variétés que peut présenter cette maladie. Je vous dirai d'abord que nous avons évidemment affaire à une affection de l'estomac du côté duquel existent des troubles des plus marqués. Il y a bien en outre des phénomènes d'anémie et d'hystérie, mais ce qui est le plus caractéristique ici, c'est la douleur à l'estomac, l'inappétence, la pesanteur à l'épigastre pendant la digestion, et enfin le vomissement.

Mais quelle est cette affection? Ici le diagnostic se fait par exclusion. Tout d'abord, il est évident qu'il ne s'agit pas d'un cancer; l'âge de la malade exclut bien vite cette idée. D'ailleurs, nous ne trouvons chez elle aucun des symptômes du cancer puis, la maladie a commencé il y a longtemps et a suivi une marche excessivement lente qui ne peut se comparer à l'évolution rapide du cancer. Enfin nous ne trouvons pas de tumeur qui autorise cette manière de voir.

Mais cette jeune femme ne serait-elle pas atteinte d'une certaine forme de gastrite? Ou bien de cette variété particulière de gastrite chronique que les auteurs désignent sous le nom d'ulcère simple de l'estomac?

Pour la gastrite chronique, inflammation de la muqueuse stomacale qui se traduit anatomiquement par une teinte ardoisée de cette membrane ou par un épaississement de cette muqueuse qui lui donne un aspect mamelonné, il est évident qu'il n'en est rien.

Dans la gastrite, il est vrai, on trouve bien de la douleur, des digestions difficiles, de la dyspepsie, mais la douleur n'est pas aussi vive que celle qui existe chez cette malade, et elle se traduit plutôt par une sensation de malaise que par des élancements. D'autre part la langue présente généralement quelque chose de particulier qui consiste dans l'existence d'un enduit blanchâtre très-marqué tandis que la pointe est rouge et laisse voir une sorte de houppe formée par des papilles hypertrophiées. Enfin dans cette affection, de temps en temps, il y a de la fièvre qui fait au contraire absolument défaut dans le cas que nous avons sous les yeux.

En ce qui concerne l'ulcère simple de l'estomac, nous devons dire que cette femme présente quelques-uns des symptômes qu'on rencontre dans cette affection. Telle est la douleur vive qu'elle accuse au niveau de l'épigastre et surtout la douleur du dos en un point correspondant à l'estomac. Mais je dois dire que le signe certain de l'ulcération, c'est la gastrorrhagie, c'est-à-dire l'existence de vomissements de sang pur, non altéré; ou bien c'est à défaut d'hématémèses, l'expulsion de selles qui contiennent du sang épanché dans l'estomac par la surface ulcérée. En l'absence de ce dernier symptôme, je n'hésite pas à dire que nous n'avons pas ici de raisons suffisantes pour admettre l'existence d'un ulcère simple de l'estomac.

J'arrive donc ainsi à formuler mon diagnostic par exclusion et à affirmer qu'il s'agit d'une dyspepsie c'est-à-dire d'une affec-

tion existant par suite d'un trouble nerveux de l'estomac, sans lésion matérielle bien démontrée de celui-ci, ni des autres organes plus ou moins rapprochés du tube digestif.

Mais la dyspepsie elle-même peut présenter plusieurs variétés, et c'est ainsi qu'on en distingue six espèces différentes.

Je vous citerai d'abord la boulimie, qui consiste dans un appétit désordonné qui fait que les malades mangent énormément. Mais bien loin de trop manger cette femme a horreur des aliments. Après la boulimie vient une forme excessivement commune dans laquelle il existe non pas précisément des douleurs vives mais seulement du malaise survenant après l'ingestion des aliments, de la pesanteur de l'estomac et surtout du gonflement de cet organe, tel que la respiration en est gênée et que les malades sont obligés de se desserrer pour donner au ventre la facilité de se distendre. Cette dyspepsie flatulente, comme on l'appelle, est caractérisée principalement par accumulation dans l'estomac de gaz formés au moment de la digestion et en second lieu par les phénomènes que je viens de vous énumérer.

La troisième variété caractérisée par l'augmentation de l'acidité des liquides gastriques. Dans ces cas où l'acidité des liquides de l'estomac est exagérée, les malades éprouvent une douleur assez vive dans l'estomac, mais surtout une sensation de fer chaud. Cette sensation de chaleur, de gaz brûlant, de brûlure, s'étend de l'estomac jusqu'au pharynx ou elle détermine une douleur telle qu'elle cause un véritable mal de gorge et que les malades la rapportent souvent au pharynx.

Enfin à ces phénomènes viennent se joindre des vomissements dont l'acidité est rendue évidente au moyen des réactions chimiques et de même une acidité très-grande de la salive. C'est le pyrosis.

Une autre variété de dyspepsie est celle qui a été décrite par Chomel et par Trousseau et dans laquelle les liquides, au lieu d'être acides, ont une tendance à êtres neutres ou alcalins. Elle se caractérise ordinairement par un allanguissement des fonctions de l'estomac. Dans ces cas les acides sont spécialement indiqués et c'est presque par le seul soulagement qu'on obtient de leur emploi qu'on arrive à reconnaître cette sorte de dyspepsie.

A ces variétés il faut joindre cette dyspepsie des liquides, décrite par Chomel, dans laquelle les malades éprouvent, dès qu'ils ont bu, une gêne énorme à l'estomac.

Enfin, une autre variété et qu'on rencontre fréquemment, c'est celle dont cette malade vient de nous fournir un exemple : la dyspepsie douloureuse, véritable gastralgie qui se manifeste par l'existence d'une douleur vive, lancinante, augmentant à la pression, et par la présence des aliments dans l'estomac. C'est elle qui constitue la véritable forme de dyspepsie névralgique qu'on appelle encore gastralgie.

Telle est l'espèce à laquelle nous devons nous rattacher chez cette malade.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Chancre de la marge de l'anus. — Érosion de la muqueuse rectale. — Douleurs dans la station verticale et après la défécation.

Nous venons de voir, au n° 15 de la salle des femmes, une jeune fille de vingt-un ans qui se plaint de douleurs assez vives du côté de l'anus. Ces douleurs, elle les éprouve quand elle marche, quand elle est debout, et surtout quand elle va à la garde-robe, mais non pas tant pendant, qu'après la défécation. Elles sont survenues à la suite d'une maladie de l'anus que nous avons traitée au mois de février de l'année dernière et qui consistait dans une ulcération, ayant pour origine un chancre de cette région. Après avoir été très-douloureux, très-rebelle, ce dernier avait fini par disparaître à la suite de lotions répétées et de soins de propreté, dans le but d'éviter le contact des parties voisines avec le pus chancreux de la solution de continuité, et en même temps de favoriser le passage du petit ulcère de la période de destruction, à laquelle il se trouvait alors, à la période de réparation. La guérison obtenue, la malade était retournée chez elle et avait repris ses occupations habituelles.

Néanmoins la guérison n'aurait pas été si complète que cette femme ne continuât à éprouver quelques douleurs, car tout en reconnaissant que j'avais beaucoup amélioré son état, elle prétend que, depuis environ un an qu'elle a quitté l'hôpital, elle a toujours éprouvé les quelques douleurs que je vous ai mentionnées.

Eh bien, il s'agit de déterminer si les douleurs, dont se plaint cette malade, sont simplement des douleurs névropathiques, consécutives à une solution de continuité, comme cela arrive fréquemment, surtout chez les femmes nerveuses, hystériques, à la catégorie desquelles celle-ci semble appartenir ; ou bien, si elles ne seraient pas en rapport soit avec une solution de continuité nouvelle, soit avec une solution de continuité ancienne et incomplétement cicatrisée.

Dans ce but, j'ai procédé ce matin à l'exploration de l'anus et voici ce que j'ai constaté : Tout d'abord la surface extérieure de cette région est dans un état relativement bon : on n'y trouve pas cet érythème humide, cet eczéma, cet herpès, qui accompagnent si souvent les solutions de continuité de l'anus ; de même les condylomes que nous avions constatés dans cette région, lors du premier séjour de la malade à l'hôpital, ont disparu et ont fait place seulement à une production flasque, affaissée, rappelant une hémorrhoïde externe flétrie.

Enfin on remarque l'existence d'une cicatrice située à la partie postérieure de l'anus, là où l'année dernière le chancre s'était développé.

Il n'y avait donc, en cette région, rien qui pût expliquer les douleurs ressenties par la malade et nous étions en droit de nous demander s'il ne s'agissait pas simplement d'une sensibilité névralgique consécutive à un chancre de l'anus.

Mais pour que la question fût définitivement tranchée, il était nécessaire de pousser plus loin les recherches et d'examiner l'état de la muqueuse anale. J'ai donc d'abord introduit le doigt dans le rectum pour savoir si l'ulcération de nature syphilitique, dont nous avions constaté l'existence l'année précédente, n'avait pas laissé après elle une rectite au niveau du sphincter, entre la partie inférieure et la partie supérieure de cet anneau, en un mot, dans cette étendue d'environ deux centimètres que j'appelle la portion sphinctérienne du rectum. J'ai en effet beaucoup insisté sur ce point autrefois, et montré par des faits probants, que, consécutivement à ces rectites développées à la suite d'un chancre de l'anus, il n'était pas rare de voir se produire un rétrécissement fibreux, à la jonction de la partie sphinctérience et ampullaire du rectum, là où est le siége d'élection des rétrécissements d'origine syphilitique.

Eh bien, sous ce rapport, le toucher rectal ne nous a donné que des résultats purement négatifs. Non-seulement, en effet, il n'existe pas de rétrécissement, mais encore la muqueuse anale dans la portion sphinctérienne du rectum est elle-même très-peu enflammée, car c'est à peine si on constate à sa surface

l'existence de quelques mamelons, de quelques saillies qui indiquent une rectite chronique légère.

Mais l'exploration avec le spéculum ani, m'a permis de constater, immédiatement au-dessus du point occupé par ce qui reste du condylome, une très-petite érosion qui a saigné assez facilement et que nous avons cautérisée avec le nitrate d'argent.

En résumé, l'examen auquel nous nous sommes livrés chez cette malade, nous a révélé l'existence de deux lésions consistant d'une part dans un peu d'inflammation de la partie sphinctérienne du rectum, sans rétrécissement ; d'autre part, dans une très-petite ulcération, granuleuse, vermeille et située au-dessus des vestiges de l'ancien condylome.

Maintenant, est-ce cette petite solution de continuité qui fait souffrir cette jeune fille? C'est possible. Il est possible aussi que cette légère inflammation de la muqueuse rectale que nous avons constatée dans la partie sphinctérienne de l'intestin, jointe à cette disposition à la sensibilité que présentent certaines malades, interviennent pour quelque chose dans la production des douleurs. Quoi qu'il en soit, ne trouvant pas trace d'un rétrécissement du rectum auquel je puisse les attribuer, je suis porté à les mettre sur le compte des deux lésions que je viens de vous indiquer.

D'autre part, les douleurs qui ont lieu pendant et après la défécation, ne tiendraient-elles pas, comme Boyer l'a démontré le premier, à un certain degré de constriction du sphincter déterminé par la petite érosion que je viens de vous signaler ; ou au moins, ne coïncideraient-elles pas avec un resserrement de l'anus? Eh bien, nous n'avons pas de raisons de croire qu'il en soit ainsi. Le doigt pénètre en effet dans le rectum sans aucune difficulté et s'il existe quelque modification des fibres musculaires du sphincter anal, celle-ci consisterait plutôt dans une dilatabilité de cet orifice, qu'on ne rencontre pas à l'état normal et qui paraît due aux explorations par le toucher, que cette femme a subies lors de sa première maladie et surtout à l'application de mèches fréquentes sur les parties malades. En tout cas, il n'y a pas lieu de faire intervenir une constriction du sphincter dans la production des douleurs qui accompagnent la défécation.

Je crois donc que les deux lésions dont nous avons constaté l'existence, suffisent pour expliquer les phénomènes présentés par cette malade, attendu qu'il n'est pas rare de voir chez les femmes nerveuses, une très-petite lésion donner lieu à une très-grande douleur. Mais dans ces cas, il y a toujours à se demander si celle-ci n'est pas exagérée. Il est possible, en effet, que cette femme ne souffre pas beaucoup, en somme, et qu'elle soit entrée à l'hôpital plutôt pour y trouver un abri, que pour nous demander du soulagement.

Quoi qu'il en soit, tout en tenant compte de l'exagération possible de son dire quant à l'intensité des douleurs, pour le moment, j'explique ces dernières par les lésions que nous avons constatées et je les traiterai comme si elles en étaient la conséquence. Par conséquent, nous prescrirons à cette malade des lavements de ratanhia pour faire disparaître cette petite inflammation de la muqueuse qui, à la longue, pourrait finir par amener un rétrécissement. D'autre part, nous aurons soin de faire introduire dans le rectum, des petites mèches qui empêcheront le contact des parties malades avec les parties saines et qui, enduites elles-mêmes d'extrait de ratanhia, faciliteront la cicatrisation de l'ulcération. Enfin, de temps en temps, nous introduirons le spéculum ani et nous cautériserons la petite plaie.

Quant à la guérison, peut-être se fera-t-elle longtemps attendre en raison de ce fait que beaucoup de solutions de continuité, à l'anus, quelle que soit leur origine, traumatique ou non, se cicatrisent avec facilité dans la partie de l'anneau appréciable, visible à l'œil nu et au-dessous, alors que la cicatrisation ne se fait pas dans les portions sphinctériennes du rectum. Cette différence dans les résultats obtenus suivant le siége de l'ulcération, tient peut-être à ce que par suite de l'action incessante des fibres musculaires de la portion sphinctérienne du rectum, les surfaces excoriées sont constamment en contact. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai, qu'à la suite de fistules à l'anus, de fissures, de chancres, ou des quelques lésions traumatiques qu'on peut observer dans cette région, il est très-fréquent de voir persister une petite ulcération intra-rectale dans la partie sphinctérienne qui est extrêmement longue à guérir et vous verrez ces malades présenter un reste d'ulcération, qui tantôt provoquera chez eux des douleurs extrêmement vives, tantôt même donnera lieu à de la suppuration.

REVUE DE LA PRESSE

Ulcus elevatum tertiaire syphilitique. — M. le professeur Verneuil décrit sous le nom d'*ulcus elevatum* tertiaire, une lésion, qui n'a pas été signalée jusqu'à ce jour, et qu'il a récemment observée chez deux individus manifestement syphilitiques.

Chez l'un et chez l'autre, le mal avait débuté par des ulcérations de petite étendue, dont quelques-unes s'étaient fermées, tandis que les autres en se réunissant, avaient donné lieu à une solution de continuité plus ou moins large. Puis le fond de celle-ci s'était élevé, avait végété, et alors avait pris naissance une tumeur indolente, à surface recouverte de bourgeons charnus d'assez bonne apparence, à base ferme, élastique, adhérente aux parties sous-jacentes.

L'absence de phlébectasie aux membres affectés, le siége de ces tumeurs, qui étaient situées à la partie moyenne des jambes, directement en avant et en arrière, suffisaient pour éloigner l'idée d'ulcères primitivement variqueux. Il ne pouvait s'agir non plus d'une tumeur formée par la gêne de la circulation centrale, car, si chez l'un des malades observé par M. Verneuil, la jambe était le siége d'un œdème assez considérable, ce dernier était dû à l'existence d'une ascite concomitante ; chez l'autre, d'ailleurs, le membre était tout à fait sec et émacié. Enfin la disparition de ces tumeurs fongueuses sous l'influence d'un traitement iodo-hydrargyrique, venait encore témoigner en faveur de la nature syphilitique du mal. —(*Gaz. hebd.*)

De la surdité comme signe de la maladie de Bright. — M. le docteur Dieulafoy appelle l'attention, sur les troubles de surdité qui apparaissent dans le cours de la maladie de Bright. En effet, sur deux malades qui se trouvent actuellement à l'asile temporaire et qui toutes deux présentent les signes classiques de la néphrite interstitielle, la maladie aurait débuté par de violentes douleurs dans le côté gauche de la face et par une abolition complète de l'ouïe du même côté. Récemment encore, M. Dieulafoy aurait observé un affaiblissement de l'ouïe du côté droit ayant précédé l'œdème, chez une femme atteinte de cette affection.

Rapprochant ces faits d'un cas analogue, rapporté par Rosenstein, et dans lequel il est question d'une jeune fille qui, dans le courant d'une néphrite interstitielle fut prise de surdité d'abord intermittente, puis persistante, et que cet auteur attribue à un œdème du nerf auditif, M. Dieulafoy se demande, s'il ne s'agit pas dans ces faits d'une simple coïncidence, où si l'altération auditive n'est pas consécutive à la néphrite albumineuse, le même état morbide pouvant déterminer des troubles dans la sphère du nerf optique et du nerf auditif. — (*France méd.*)

De l'utilité de la compression du thorax après l'opération de la thoracentèse. — Pour éviter ces congestions pulmo-

naires et même ces sécrétions albumineuses qui sont souvent la conséquence de la thoracentèse, alors que l'épanchement pleurétique étant évacué, le sang fait brusquement irruption dans les vaisseaux pulmonaires, jusque-là comprimés par le liquide contenu dans la plèvre, on a conseillé de ne pas vider celle-ci en une seule fois, mais de pratiquer plusieurs ponctions successives, pour laisser au poumon le temps de s'habituer à son nouveau mode d'existence.

A cet excellent précepte, M. le docteur Guéneau de Mussy joint celui de comprimer la paroi thoracique, pendant l'écoulement du liquide, avec les deux mains d'un aide qui l'embrasse en se plaçant du côté opposé au côté malade et, la ponction terminée, de remplacer cette compression manuelle par un bandage de corps très-serré.

Cette précaution, qui est d'ailleurs journellement employée après la paracentèse, dans l'ascite, aurait pour effet, quoique la rigidité des parois thoraciques ne la rende pas aussi efficace que dans cette dernière circonstance, non-seulement de diminuer l'étendue des mouvements d'aspiration, et d'empêcher ainsi l'afflux sanguin de se faire d'une manière trop brusque et trop rapide, mais encore de procurer aux malades un soulagement qui, à lui seul, suffirait pour justifier l'emploi de cette pratique. — (*France méd.*)

Exagération des vibrations thoraciques dans un cas d'épanchement pleurétique. — M. Woillez, dans son *Traité*, a bien signalé la conservation de la sonorité et du murmure vésiculaire, par le fait d'adhérences, dans la pleurésie, mais aucun auteur que nous sachions n'a jamais, fait mention de l'exagération des vibrations thoraciques dans ces conditions. En voici cependant un exemple, signalé par M. le docteur Lespine.

Le malade qui fait le sujet de cette observation présentait, d'après ce médecin, ceci de particulier que, au lieu d'être supprimées dans toute l'étendue de la poitrine occupée par l'épanchement, les vibrations thoraciques, étaient au contraire considérablement exagérées au niveau de l'épine de l'omoplate, bien qu'en ce point, comme ailleurs, la matité fût complète. Le malade ayant succombé, M. Lespine trouva la cause de ce phénomène insolite, dans l'existence de pseudo-membranes anciennes qui faisaient adhérer le poumon, en arrière, dans une étendue de quelques centimètres carrés à la plèvre pariétale, à l'endroit qui correspond à l'épine de l'omoplate. Quant à la matité que l'on percevait là où les vibrations thoraciques étaient exagérées, elle se serait expliquée, durant la vie, par la condensation considérable du tissu pulmonaire sous-jacent à la partie adhérente. — (*Gaz. méd.*)

De l'emploi du grattage dans quelques affections cutanées. — L'emploi des curettes pour enlever les fongosités qui tapissent les abcès scrofuleux et, pour évider les ganglions ramollis caséeux, n'est certainement pas nouveau, mais il n'en est pas de même de l'application du grattage à quelques affections cutanées. Préconisée par Volkmann (de Halle) puis par Hebra (de Vienne), cette méthode, importée d'Allemagne, par M. le docteur Aubert, aurait été également employée avec succès, dans certaines maladies de la peau, par M. le docteur Dron, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon.

La première application que M. Dron a faite du grattage, a été contre le lupus. Mais il aurait cet inconvénient, de laisser après lui une coloration rouge, sorte d'érythème chronique, qui serait très-longue à disparaître, et qui, lorsque la maladie siége à la face, rendrait ce procédé inférieur à la cautérisation par le fer rouge. Toutefois, le grattage serait préférable à ce dernier dans certaines régions, telles que l'orifice des fosses nasales, du vagin, où le rayonnement du fer rouge pourrait causer des désordres graves, etc., alors que l'on ne voudrait pas employer les méthodes trop lentes de traitement, par le chlorure d'or ou le nitrate d'argent.

Le curage ou raclage serait également préférable au cautère actuel, dans le traitement de ces cancroïdes cutanés, qu'on désigne sous le nom de *noli me tangere*, qui se cicatrisent si difficilement et que les attouchements caustiques exaspèrent le plus souvent. Mais c'est surtout contre les végétations des parties génitales, quand elles sont sessiles et rapprochées, que M. Dron fait usage du raclage. Il suffirait ensuite de toucher les surfaces raclées avec un caustique, et surtout avec du perchlorure de fer, qui a l'avantage d'arrêter le suintement sanguin, pour éviter ces récidives si communes après l'excision par les ciseaux courbes. — (*Lyon méd.*)

Accidents dyspeptiques liés à une rétention d'urine. — M. le docteur Fourrier, de Compiègne, dit avoir observé des accidents dyspeptiques extrêmemement prononcés, chez un homme affecté de rétention d'urine, par suite d'une hypertrophie considérable du lobe moyen de la prostrate. Il aurait suffi de pratiquer le cathétérisme pendant quelque temps et de recommander au malade de se sonder journellement, pour voir la santé générale se rétablir et tous les troubles disparaître du côté de l'estomac. — (*Un. méd.*)

Un cas de rupture de l'urèthe. — M. le docteur F., de Bordeaux, a eu récemment occasion, dans un cas de rupture de l'urèthre déterminé par une chûte à califourchon, d'appliquer le traitement préconisé dans ces circonstances par M. le docteur Cras, de Brest, dont le mémoire, on se le rappelle, a donné lieu à une intéressante discussion à la Société de chirurgie.

Le cas observé par M. F., est relatif à un jeune homme qui était tombé à califourchon sur le rebord d'une barrique.

Après avoir constaté au niveau du bulbe une tumeur de la grosseur d'une olive, résistante, sans signe de démarcation bien tranchée et tenté sans succès le cathétérisme, M. F. eut l'idée de recourir à l'opération indiquée par le professeur de Brest. Une incision dépassant la tumeur et allant profondément jusqu'au foyer de la rupture uréthrale fut pratiquée ; puis, après avoir débarrassé la plaie des caillots qui l'obstruaient, l'opérateur alla à la recherche du bout postérieur du canal, à l'aide d'une sonde molle, de caoutchouc, munie d'un mandrin, ainsi qu'il est recommandé. Arrivé dans le foyer de la plaie, M. F. parvint, non sans peine, à trouver le bout vésical de l'urèthre et à pénétrer dans la vessie. La sonde fut ensuite fixée à demeure et un pansement simple appliqué.

Les choses marchèrent favorablement et quatre jours après, la plaie commença à se cicatriser. M. F. put dès lors substituer une sonde nouvelle à l'ancienne, puis, dix jours plus tard, faire usage de la dilatation progressive par la sonde Béniqué.

Après avoir fait suivre cette observation de remarques, dans lesquelles il énumère les avantages de cette méthode. M. F. termine, en rappelant les trois préceptes importants formulés par M. Cras, dans le traitement des plaies de l'urèthre dans les chûtes à califourchon, et qui consistent : 1° à s'abstenir de toute tentative de cathétérisme et à pratiquer d'abord, sur le périnée, une large et longue incision médiane allant jusqu'à l'urèthre ; 2° immédiatement après, faire passer une sonde de caoutchouc, dans la portion pénienne d'abord, puis dans l'extrémité divisée de l'urèthre et la laisser à demeure ; 3° retirer cette sonde après cinq ou six jours et faire, jusqu'à la guérison, un cathétérisme quotidien. — (*Bord. méd.*)

Un cas d'accouchement pendant le cours d'une grossesse extra-utérine. — M. le docteur Ribot rapporte une observation fort curieuse de grossesse extra-utérine, pendant laquelle se serait fait l'accouchement d'un enfant vivant.

Une femme de trente-sept ans, qui a déjà eu plusieurs enfants, devient enceinte en décembre 1872. Sa grossesse se caractérise par des douleurs vives et des vomissements graves. Dans l'intervalle, il se développe un phlegmon péri-utérin et il s'écoule du pus par le vagin. Les battements du cœur du fœtus continuent à être très-nets. En septembre 1873, la malade est prise de douleurs analogues à celles de l'accouchement, puis plus rien. Les mouvements et les battements du cœur cessent. On diagnostique une grossesse extra-utérine. La menstruation se rétablit, puis disparaît de nouveau en juillet 1875, et le 13 avril 1876, cette femme accouche, sans accidents, d'un enfant bien portant. — (*Gaz. obstét.*)

Du traitement de la chorée par l'acide arsénieux. — M. le docteur Siredey considère l'acide arsénieux, comme un médicament très-précieux dans le traitement de la chorée et qui, sans être spécifique, aurait l'avantage d'agir rapidement. Contrairement à la méthode ordinaire d'administration des arsénieux qui veut que l'on ne procède que par petites doses, M. Siredey donne ce médi-

cament à doses massives, de manière à saturer rapidement l'économie. Le moment, où l'on doit en cesser l'usage, est indiqué par l'état gastrique, c'est-à-dire par l'apparition des nausées et des vomituritions.

La préparation la plus facile à administrer est la liqueur de Boudin, que l'on donne d'abord à la dose de 10 grammes, et en augmentant chaque jour de 5 grammes, chaque gramme contenant 1 milligramme d'arsenic.

Pour ce faire, M. Siredey prescrit aux adultes la potion suivante, le premier jour :

Julep gommeux.	100 grammes.
Liqueur de Boudin.	10 —

à prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures en surveillant et en suspendant, s'il survient des vomissements ou même des nausées.

Pour un enfant de huit à dix ans, on peut, d'après M. Siredey, donner d'emblée 2 à 4 grammes de liqueur de Boudin (2 à 4 milligrammes d'arsenic, et progresser par 2 grammes de liqueur (2 milligrammes d'arsenic.)

C'est ainsi que ce médecin prescrit, par exemple, le premier jour.

Liqueur de Boudin. . .	2 grammes.
Julep gommeux.	60 —

pour les vingt-quatre heures, à prendre en plusieurs fois. — (*Journ. de méd. et chirurg. pratiq.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Planchon, comme membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Buignet, décédé.

M. le président invite M. Planchon à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Daniel sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la ville et l'arrondissement de Brest pendant les derniers mois de l'année 1876. (Commission des épidémies).

2° Une série de rapports sur les eaux minérales du Mont-Dore (Puy-de-Dôme); de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), de Castera-Verduzan, de Barbotan (Gers), de Martigny (Vosges). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. Édouard Fournié adresse la lettre suivante :

Paris, le 17 avril 1877.

« L'Académie a entendu, dans une de ses dernières séances, une communication relative au *sommeil*. Il me paraît utile de lui soumettre, à cette occasion, quelques propositions que j'extrais de ma *Physiologie du système nerveux*, publiée en 1872.

1° Je divise les mouvements de la vie en mouvements de la *vie organique* et en mouvements de la *vie fonctionnelle*.

Les premiers, continus depuis la naissance du germe jusqu'à la mort, engendrent des produits spéciaux dans les divers organes; les seconds, intermittents et soumis à la loi de l'excitant fonctionnel, utilisent les produits de la vie organique en les *extériorisant*.

2° Sur ce fait fondamental repose la possibilité de déterminer les éléments qui entrent dans toute fonction, et particulièrement dans la fonction cérébrale.

3° Sur ce fait également, repose la théorie du sommeil, telle que nous l'avons exposée dans un chapitre spécial, et que nous résumons en ces termes :

Le sommeil est le résultat d'une loi de l'activité fonctionnelle : la loi du repos fonctionnel imposée à tous les organes.

Cette loi a sa raison d'être dans la nécessité de reconstituer les produits de la vie organique épuisés par l'activité fonctionnelle.

Veuillez agréer, Monsieur le président, etc. »

— M. Bourgoing-Lagrange, avocat, adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un sonnet sur la mort de M. le docteur Cintrat, qui a succombé victime de son dévouement professionnel.

— M. Salles-Girons présente un mémoire avec cette lettre :

« Le mémoire qui accompagne cette lettre a pour objet de porter à la connaissance de l'Académie l'installation, faite l'an dernier sur ma demande à Pierrefonds-les-Bains, d'une *salle de respiration* avec l'eau ferrugineuse pour le traitement des affections anémiques.

J'ose espérer que l'Académie, qui a donné son assentiment à la pulvérisation des eaux sulfureuses, y trouvera plus de raison motivée pour la donner à la pulvérisation des eaux ferrées.

En effet, si l'on considère :

1° Que le fer est le médicament spécifique des affections atoniques du sang ;

2° Que le meilleur mode d'application est celui qui porterait le fer au contact des globules sanguins ;

3° Que le globule sanguin ne peut mieux être influencé par le médicament qu'au moment et au foyer de l'hématose bronchique ;

4° Que, par le moyen de la pulvérisation, l'eau ferrugineuse respirée atteint ce résultat.

Mais ce résultat théorique n'est obtenu qu'à la condition que la poussière liquide pénètrera dans les bronches; or, cette condition est remplie par nos appareils pulvérisateurs des derniers perfectionnements, ainsi qu'en peuvent témoigner, s'il m'est permis de les nommer, MM. les professeurs Gavarret, Gubler, Béclard et autres membres de l'Académie.

Mon mémoire, Monsieur le président, se complète des observations thérapeutiques qu'il m'a été donné de recueillir dans le nombre des malades qui ont suivi l'an dernier la cure ferrugineuse de la nouvelle salle de respiration à Pierrefonds-les-Bains.

J'ai l'honneur d'être, etc. »

PRÉSENTATIONS

M. Jaccoud, au nom de M. le docteur J. Arnould, professeur à la Faculté de Lille, présente une brochure intitulée : *L'eau de boisson considérée comme véhicule des miasmes et du virus et comme auxiliaire de leur absorption par les voies digestives.*

M. Larrey, au nom de M. Grynfeldtt, présente une brochure intitulée : *Sarcome de la cloison des fosses nasales.*

M. Perrin, de la part de M. le docteur Guichet, médecin major, offre en hommage un volume intitulé : *Les États-Unis.*

M. Chauffard présente, au nom de M. le docteur Rampal (de Marseille), les *Comptes rendus des travaux du comité d'hygiène pour la ville de Marseille pendant l'année* 1875.

M. Depaul, de la part de M. Hergott (de Nancy), présente une brochure intitulée : *le Spondylizème.*

M. Jules Guérin présente les conclusions d'un travail qu'il a communiqué à l'Institut sous ce titre : *Nouvelles expériences sur l'origine et la nature de la fièvre typhoïde.*

RAPPORTS

M. Blot donne lecture du rapport officiel annuel pour les vaccinations pendant l'année 1875.

M. Pidoux, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Dechambre et Pidoux, lit un rapport sur un travail de M. Delasiauve, relatif aux classifications des maladies mentales.

MM. Baillarger et Bouillaud se réservent de prendre la parole sur le fond du rapport, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Influence du climat et de la race sur la marche des lésions traumatiques et la gravité des opérations chirurgicales. — M. J. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, lit sous ce titre, une note dont voici un résumé :

La géographie médicale a fait de grands progrès depuis cinquante ans, et les travaux des médecins de la marine n'y ont pas été étrangers, mais on ne s'est guère occupé que des maladies internes, et l'auteur se propose d'appliquer le même genre de recherches à celles qui sont du ressort de la chirurgie. En attendant qu'il ait terminé ce travail d'ensemble, il en extrait une courte note qui ne concerne que les blessures.

Pour obtenir des résultats plus tranchés, il les a étudiées sous les latitudes extrêmes, dans la région polaire et dans la zône torride.

Dans la région polaire, le froid seul entre en ligne de compte, et ce froid continu est très-nuisible à la marche des plaies. Les érosions, les blessures légères s'irritent, s'ulcèrent, se compliquent souvent d'érysipèle et d'angioleucite et souvent le scorbut vient en augmenter la gravité. L'évolution des plaies et leur cicatrisation est très-lente. Les pertes de substance qui succèdent aux congélations, mettent un temps fort long à se réparer. Toutefois la guérison est la règle ; les complications ne sont pas à craindre et le tétanos, quoi qu'on en ait dit, n'est pas plus commun dans ces régions que sous les latitudes tempérées. Ce qui a accrédité l'opinion contraire, c'est l'extrême fréquence du trismus des nouveaux nés en Islande. L'auteur appuie son opinion sur des exemples empruntés aux expéditions polaires et notamment à celle que les Anglais viennent d'effectuer.

L'influence des climats torrides est plus complexe ; il faut y tenir compte de la température, des maladies endémiques et de la race.

L'action d'une température élevée est très-favorable à la marche des blessures. Sous les tropiques, les plaies se cicatrisent plus rapidement, les opérations chirurgicales réussissent mieux qu'en Europe. L'auteur le prouve à l'aide d'exemples empruntés à nos expéditions du Sénégal, à celle que les Anglais ont récemment accomplie contre les Ashantès et à la guerre des Hollandais contre l'empire d'Atjets. Les complications qui emportent les blessés ne sont pas les mêmes. En Europe, ils meurent le plus souvent d'infection purulente ou d'accidents inflammatoires; sous la zône torride, c'est le tétanos qui les enlève ou bien les hémorrhagies. L'auteur donne des chiffres qui établissent l'extrême fréquence du tétanos dans les régions équatoriales surtout à la Guyane et dans l'Inde et cite des exemples qui prouvent le danger des hémorrhagies. La fièvre traumatique y est moins intense et dure moins qu'en Europe. Les érysipèles, les phlegmons diffus, l'infection purulente y sont extrêmement rares, pourtant l'auteur en a trouvé quelques observations dans les documents qu'il a dépouillés.

L'influence des maladies endémiques sur la marche des traumatismes avait pour l'auteur un intérêt tout particulier, en raison des observations importantes, faites dans ces derniers temps par M. Verneuil. Ses recherches lui ont donné les résultats suivants : dans les contrées paludéennes, les lésions traumatiques ont pour résultat fréquent de faire reparaître les accès de fièvre intermittente chez les blessés qui en ont été antérieurement affectés. Chez eux, la fièvre traumatique revêt très-souvent le caractère intermittent. Ces accès entravent la cicatrisation des plaies et leur donnent un fâcheux aspect. La chloro-anémie avec infiltration des extrémités est plus fâcheuse encore. Sous son influence, les moindres érosions aux jambes donnent lieu à des ulcères interminables, et quelques observateurs pensent que les ulcères phagédéniques des pays chauds ne reconnaissent pas d'autre cause. M. Rochard ne partage pas cette opinion. La dysenterie chronique affaiblit l'économie et ajoute ses chances de mort à celles du traumatisme. Quant aux maladies du foie que M. Verneuil regarde comme particulièrement fatales, dans le cas où il survient une blessure, M. Rochard n'a pu trouver ni dans les écrits des médecins de nos colonies, ni dans ceux des médecins de l'Inde anglaise, aucune observation, aucune remarque relative à cette corrélation, que M. Verneuil aura le mérite d'avoir découverte, si l'exactitude s'en vérifie.

En ce qui a trait à la race, l'auteur a borné ses observations aux nègres de la côte d'Afrique et des Antilles, aux Chinois, aux Annamites et aux Kanaks de l'Océanie. Elles lui ont permis de vérifier un double fait signalé depuis longtemps par les médecins de la marine : la force de résistance que les races des colonies opposent aux traumatismes et le peu d'intensité de la réaction qui en résulte. En ce qui touche au premier fait, l'auteur a accumulé, pour le démontrer, les chiffres et les exemples. En ce qui concerne le second, il pense qu'on a été trop loin en niant l'existence de la fièvre traumatique chez les races colorées. Il cite des observations dans lesquelles la température axillaire a été notée avec soin, et où on a constaté 39°8, 40° et même 40°8, et cela pendant plusieurs jours.

L'auteur regrette de ne pas avoir le temps de terminer cette communication par quelques considérations sur les résultats des greffes épidermiques chez les noirs, sur l'immunité que présentent les fumeurs d'opium au point de vue du tétanos et sur la promptitude avec laquelle ils subissent l'anesthésie par le chloroforme.

La séance est levée à six heures.

Par décret en date du 18 avril 1877, M. le docteur Ball, agrégé, est nommé professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret en date du 21 avril 1877, M. le docteur Gourdon-Fromentel est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Erratum.* — A la page 374, 2e colonne, ligne 46, au lieu de « dans l'une des années suivantes elle est montée à 60 pour 100 : » il faut lire « dans l'année 1870 (*année de la guerre*) elle est montée à 68 pour 100. »

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 49. — SAMEDI 28 AVRIL 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 28 AVRIL 1877. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tarsalgie des adolescents.

M. Gosselin, dans plusieurs communications successives faites à la *Gazette des Hôpitaux*, et notamment dans une note publiée en 1861, a décrit, sous le nom de tarsalgie des adolescents, une affection articulaire du pied qui se développe de préférence dans l'âge de l'adolescence et qu'il a cru devoir distinguer, après une analyse clinique attentive, de cette forme particulière de pied-bot connue sous le nom de valgus pied-plat douloureux, avec laquelle elle avait été confondue jusque-là. Il fondait cette distinction sur ce que dans le valgus pied-plat, comme dans toutes les autres formes de pied-bot, d'origine en général congénitale, il n'y a point d'altération des surfaces osseuses articulaires, il n'y a que déviation, déformation consécutive à la rétraction musculaire qui est, dans ce cas, le fait morbide primitif ou initial, tandis que dans les cas qu'il avait eu l'occasion d'observer, la lésion primitive lui paraissait résider dans les articulations, et les rétractions musculaires, quand elles avaient lieu, n'étaient que secondaires et consécutives. La preuve anatomique était difficile à administrer, cette affection n'entraînant jamais par elle-même la mort. Une circonstance fortuite vint en 1865 lui fournir le premier élément de démonstration à l'appui de cette interprétation clinique. Une jeune malade traitée dans son service pour cette affection, fut rapidement emportée par une attaque de choléra, et il put alors constater *de visu* ce qu'il n'avait pu que soupçonner jusque-là, savoir l'existence de lésions importantes dans les articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et calcanéo-astragalienne, ulcération des cartilages diarthroïdaux, rougeur et injection des synoviales, et commencement d'ostéite, contracture commençante de quelques muscles, etc. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° du 2 et 4 novembre et *passim*, ann. 1865).

Une circonstance semblable s'est offerte tout récemment à l'observation de M. Maurice Raynaud. Cette fois, c'est une fièvre typhoïde survenue intercurremment chez une jeune fille atteinte de ce genre d'arthralgie, qui est venue fournir l'occasion d'étudier à nouveau les lésions anatomiques constitutives de cette affection.

Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, s'était présentée à la consultation de l'hôpital de Lariboisière le 13 février dernier, soutenue par deux personnes; il lui était impossible de s'appuyer sur le membre inférieur gauche. A cette difficulté de la station s'ajoutait de la douleur, laquelle s'était rapidement accrue, au point de rendre la marche tout à fait impossible et d'obliger la malade à suspendre son service (elle était domestique, fille de salle dans un restaurant). Il n'existait d'ailleurs aucune déviation du pied et la malade n'accusait aucune sensation de crampe ou de contracture dans la jambe. Lorsqu'elle était couchée, le poids seul des couvertures était difficilement supporté. Enfin la pression était très-douloureuse dans la région du cou-de-pied, et particulièrement sur le bord interne du pied, au niveau du scaphoïde. En pressant sur le pied dans le sens transversal, appuyant d'une part sur le scaphoïde, de l'autre sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, on provoquait une douleur excessivement vive, qui arrachait des cris à la malade. Cependant, les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe exécutés avec ménagement n'étaient point douloureux, ce qui semblait indiquer que l'articulation tibio-tarsienne était intacte.

Du reste, état général excellent; absence complète de fièvre; nulle trace de syphilis, de blennorrhagie, aucune manifestation scrofuleuse ni rhumatismale.

Vu la limitation très-nette de l'affection, sans aucune tendance à la généralisation, vu l'âge et la profession de la malade, M. Maurice Raynaud diagnostiqua une tarsalgie de l'adolescence, reconnaissant probablement pour cause occasionnelle l'abus de la marche et de la station verticale; avec cette réserve, toutefois, qu'il manquait au tableau complet de la maladie la contracture musculaire. Il prescrivit pour tout traitement le repos au lit et l'application d'un vésicatoire. Les symptômes locaux restèrent les mêmes pendant une dizaine de jours; puis la douleur commença à diminuer, et environ un mois après le début de la maladie, il ne restait plus qu'une très-légère claudication, et la malade se préparait à quitter l'hôpital.

Les choses en étaient là, lorsque, le 15 mars, elle fut prise des symptômes de début d'une fièvre typhoïde, à laquelle elle succomba rapidement.

Voici ce qu'a montré, à l'autopsie, l'examen du pied malade :

L'articulation médio-tarsienne proprement dite était intacte. Les cartilages articulaires conservaient tout leur poli et leur blancheur normale. Ni dans cette articulation, ni dans aucune

autre, on ne trouvait trace ni d'épanchement, ni de pus, ni de fongosités.

On trouvait, par contre, des altérations très-appréciables dans l'articulation du scaphoïde avec le deuxième et le troisième cunéiforme, dans l'articulation de ces deux os entre eux, et enfin dans leurs articulations avec le deuxième et troisième métatarsiens. En cherchant à pénétrer avec un scalpel dans ces articulations, on constata d'abord que l'interligne articulaire était difficile à découvrir et que l'instrument y pénétrait avec une certaine peine. Les cartilages synoviaux n'existaient en quelque sorte qu'à l'état de vestige. Reconnaissables encore, quoique profondément altérés, à la partie périphérique de chaque articulation, ils avaient complétement disparu à la partie centrale, où le tissu spongieux de l'os se trouvait mis à nu. Les deux surfaces osseuses en contact semblaient avoir contracté entre elles un commencement d'adhérence. La partie avoisinante de l'articulation avait subi un certain degré d'ostéite raréfiante.

De toutes les lésions articulaires connues, celle qui a paru à M. Maurice Raynaud se rapprocher le plus de cette altération, est l'arthrite sèche, moins toutefois les ostéophytes qui faisaient absolument défaut ici. En considérant l'usure des cartilages articulaires et la tendance à la soudure des surfaces osseuses mises en contact par la disparition de leur cartilage d'encroûtement, M. Maurice Raynaud s'est demandé ce qu'il serait advenu si cette jeune malade eût survécu.

Il est probable qu'une ankylose complète eût été la conséquence de cet état, et que les muscles, qui n'avaient point encore participé à cet état morbide, auraient eu, plus tard, leur part de retentissement et qu'ils se seraient consécutivement rétractés.

On peut donc voir dans ce fait un exemple nouveau, à quelques variantes près dans l'étendue et la localisation de la lésion, de l'espèce morbide dont M. Gosselin a fixé la détermination et qu'il a justement placée à côté, mais en dehors, du groupe des difformités par rétraction musculaire, des pieds-bots proprement dits. On voit, en outre, ici, dans l'absence de toute lésion musculaire, une preuve nouvelle de la subordination, dans les cas de ce genre, de la contracture à la lésion osseuse, contracture qui n'avait pas encore été sollicitée à se produire dans ce dernier cas, dont le début était tout récent, tandis qu'on en trouvait déjà les premières manifestations dans le fait de M. Gosselin, dont l'origine était plus ancienne.

Méthode des caustiques appliquée au traitement des abcès ossifluents externes.

Témoin de l'application des caustiques au traitement des abcès ossifluents externes dans le service de M. Léon Labbé à l'hôpital de la Pitié, et frappé des bons effets qu'il en a observés, M. le docteur H. Fourestié a exposé dans sa thèse inaugurale le procédé particulier que cet habile chirurgien met en usage. Spécifions, d'abord, avant de faire connaître ce procédé, les cas auxquels il est applicable et les conditions d'application : ce n'est uniquement qu'aux abcès ossifluents externes c'est-à-dire aux abcès qui ont pour origine une altération osseuse et qui apparaissent au dehors sans avoir préalablement traversé la cavité thoracique ou la cavité abdominale. Tels sont, par exemple, les abcès par congestion qui ont pour point de départ une carie des côtes, de l'omoplate, des apophyses épineuses, de la surface externe des os du bassin ou une lésion des articulations des membres.

L'indication qu'on se propose de remplir par l'emploi de cette méthode des caustiques, est : d'éviter la formation de clapiers où s'accumule le pus, de modifier la membrane pyogénique de telle façon qu'elle devienne le siège d'une inflammation de bonne nature, enfin, de se préparer des voies faciles pour agir sur la lésion osseuse, lorsqu'il y a lieu. M L. Labbé, en appliquant dans ces cas la méthode des caustiques aux vastes collections purulentes, ne se contente pas, comme le faisait dans les mêmes circonstances Bonnet (de Lyon), de faire à la surface de la poche, une cautérisation linéaire à l'aide de la pâte caustique de Vienne, il en recouvre la poche presque entièrement, de manière à détruire toute sa partie externe et à modifier le reste.

Voici comment il procède :

Les limites de la poche purulente étant d'abord reconnues autant que possible, on découpe, dans une bande de diachylon, une large ouverture circulaire dont la circonférence soit un peu plus petite que celle de la tumeur. Le rayon de cette circonférence aura à peu près 1 centimètre et demi de moins que celui de l'abcès.

Le diachylon ainsi taillé, est appliqué, par sa face adhérente sur la tumeur, de façon que l'ouverture circulaire soit incluse dans la circonférence de l'abcès.

On prépare ensuite une quantité suffisante de pâte de Vienne pour recouvrir toute la peau comprise dans l'ouverture, on laisse la pâte en contact avec la peau pendant un quart d'heure, et quand on l'enlève, on trouve au-dessous une large eschare noirâtre qui dépasse de 5 millimètres environ le point où s'est arrêté le caustique. Il reste donc de la partie externe de la poche, une bande circulaire de 1 centimètre de largeur, Il en résulte qu'à la chute de l'eschare, les bords de la plaie sous-jacente seront déjà légèrement recroquevillés, ce qui ne gêne nullement l'évacuation du pus et diminue d'autant la longueur du travail de cicatrisation.

Après l'enlèvement de la pâte de Vienne, on recouvre l'eschare avec une plaque de diachylon.

Au bout de trois ou quatre jours, le malade accuse quelques douleurs qui avertissent que le travail d'élimination a commencé. On remplace alors le diachylon par des cataplasmes.

Les jours suivants, le sillon d'élimination se creuse et s'élargit de plus en plus. En même temps, l'eschare se racornit sur ses bords, des bourgeons charnus commencent à se développer dans le sillon. En laissant, à partir de ce moment, les choses suivre leur cours naturel, on voit bientôt le pus se faire jour, en un ou plusieurs points du sillon, par lesquels il s'écoule lentement. La poche revient à mesure sur elle-même, sa paroi postérieure se met presque de niveau avec les téguments.

Après la chute de l'eschare, on n'a plus affaire qu'à une plaie déjà rétrécie et couverte de bourgeons charnus.

Si, comme cela peut arriver, le sillon a atteint toute la profondeur sans arriver sur la poche purulente, il faut attendre la chute de l'eschare et appliquer successivement sur la plaie sous-jacente une ou plusieurs couches de pâte de Canquoin.

Dans les cas où le pus n'aurait pu se faire jour jusque sous la peau, le chirurgien aura à juger laquelle des autres méthodes conseillées en pareille circonstance pourra être appliquée. Mais supposons le cas le plus ordinaire, celui où l'abcès ossifluent externe est devenu sous-cutané, on a, par l'application du caustique, réduit la poche à une plaie ordinaire, et il suffit, dès lors, de panser cette plaie avec l'alcool, l'onguent styrax ou le nitrate d'argent suivant ses différents aspects.

Reste sur un point de cette plaie, un trajet fistuleux qui maintient la communication avec l'os malade. Dès que ce trajet fistuleux est constaté, on observe journellement la quantité de pus qui s'en écoule, on cherche s'il ne s'accumule pas, s'il

ne se fait pas quelque part des fusées purulentes. Tant que la quantité de pus qui s'écoule par la pression n'augmente pas sensiblement, on laisse les choses suivre leur cours. Si, au contraire, on remarque que le pus s'accumule, on introduit à travers le trajet fistuleux des flèches de pâte de Canquoin, qui auront pour effet d'agrandir graduellement le diamètre du trajet fistuleux, de manière à permettre d'arriver jusqu'à la lésion osseuse et de transformer un trajet sinueux, à travers lequel le pus s'écoule avec peine, en un large orifice par où il s'écoule librement. Arrivé à ce point, on n'a plus qu'à traiter la lésion osseuse par les moyens appropriés.

En résumé, le but et les effets ordinaires de la médication dont nous venons de donner, d'après M. Henri Fourestié, une rapide description, sont les suivants : 1° destruction de la moitié externe de la poche et modification de l'autre moitié à l'aide des caustiques ; 2° transformation d'une cavité close, purulente en une plaie superficielle, et, par suite, impossibilité de la stagnation et de la décomposition du pus ; 3° facilité beaucoup plus grande d'agir, non-seulement sur les trajets sinueux qui conduisent sur la lésion osseuse, mais aussi sur cette lésion elle-même ; 4° enfin, transformation d'un trajet sinueux en un trajet plus large et plus facilement perméable.

Ablation partielle d'un bourrelet hémorrhoïdaire.

Il y a quelques jours, un malade sortait du service chirurgical de l'hôpital des cliniques, après avoir subi l'opération de l'ablation partielle d'un bourrelet hémorrhoïdaire. M. Broca n'a pas voulu laisser échapper l'occasion d'expliquer à ses élèves, pourquoi il n'avait enlevé qu'une partie seulement, environ la moitié du bourrelet, au lieu de l'enlever tout entier, et de leur signaler l'importance pratique de cette manière d'agir. Rien de plus facile que l'ablation totale d'un bourrelet hémorrhoïdaire, grâce au procédé de l'écrasement linéaire ou à l'emploi des caustiques, d'après la méthode d'Amussat. Mais rien aussi de plus dangereux que l'application trop rigoureuse de ces deux méthodes dont les résultats ultimes sont trop souvent, ou un rétrécissement consécutif de l'anus, ou l'inconvénient inverse, c'est-à-dire, l'impossibilité ultérieure de retenir les matières, l'incontinence fécale. Il est aussi un autre genre de danger, celui-là plus hypothétique, et auquel M. Broca n'attache qu'une importance très-secondaire, c'est celui qui pourrait résulter de la suppression brusque et complète de ce que quelques médecins considèrent encore comme un émonctoire utile pour l'économie.

Quoi qu'il en soit de ce dernier motif, qui, s'il était fondé, ne ferait qu'ajouter encore aux deux autres, ceux-ci sont plus que suffisants pour imposer au chirurgien le devoir d'en tenir toujours compte dans cette opération et l'engager à n'enlever jamais qu'une portion du bourrelet. M. Broca considère que l'ablation d'une demi-circonférence suffit, en général, pour le but qu'on se propose, c'est-à-dire pour amener la guérison, sans s'exposer à aucun danger. C'est ce qu'il a fait chez ce malade. En effet, cette ablation partielle a suffi pour le débarrasser des accidents qui l'avaient déterminé à entrer à l'hôpital. Quant à ce que deviendront les portions du bourrelet laissées en place, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper ; le plus souvent, en effet, il arrive qu'elles se flétrissent par la suite et prennent l'aspect de marisques. C'est aussi ce qui est arrivé ici. Au moment de la sortie du malade de l'hôpital, le restant de sa tumeur était complétement flétri.

Enfin, en admettant comme réel ce prétendu besoin de l'économie, auquel répondrait dans une certaine limite la conservation partielle des hémorrhoïdes, il y serait satisfait par le procédé qui a été mis en usage chez cet homme, une partie du réseau veineux rectal, suffisante pour entretenir une exhalation sanguine modérée, ayant été conservée.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la dyspepsie douloureuse (1).

II

Maintenant, j'ai besoin de m'étendre encore sur quelques phénomènes qui se rencontrent dans cette gastralgie et dans d'autres variétés de dyspepsies.

Si vous voulez avoir une opinion bien arrêtée sur la gastralgie et sur les différentes variétés de dyspepsie, je ne saurais trop vous recommander l'ouvrage de Chomel et surtout celui de Beau. Ce dernier principalement, donne des détails extrêmement intéressants sur les dyspepsies, et, quoique il en tire certaines conséquences évidemment exagérées, il a très-bien décrit ces diverses affections et la filiation des accidents qui se développent à leur suite. Ces accidents, Beau les divise en trois groupes : les accidents primitifs, locaux, directs; les accidents secondaires et enfin les accidents tertiaires.

Dans le premier ordre, il place tous les symptômes locaux de la dyspepsie et de ses différentes formes : la douleur, les vomissements, la pesanteur à l'épigastre, etc. Et, sous ce rapport, sa description ne s'écarte en rien de celle de tous les autres auteurs.

Mais où Beau devient original c'est alors qu'il étudie les phénomènes plus éloignés de la dyspepsie et qu'il aborde l'étude des phénomènes secondaires et tertiaires.

Sous le rapport des premiers, il distingue deux ordres de phénomènes : 1° des phénomènes névropathiques; 2° des phénomènes hémopathiques.

En ce qui concerne les phénomènes névropathiques, il admet que les troubles de l'estomac retentissent en suivant le trajet des ramifications du nerf grand sympathique et du pneumogastrique sur tout le système nerveux en général, autrement dit que les altérations dont l'estomac est le siége vont causer dans les différentes parties du corps des phénomènes variés, par voie de transmission.

Pour cela, il admet que le pneumo-gastrique est affecté dans les dyspepsies et les ramifications de ce nerf qui se distribuent à l'estomac étant atteintes, il n'est pas étonnant de voir se développer plusieurs phénomènes qui ne sont que la transmission de ces troubles aux différents ordres de ramification du pneumo-gastrique qui se distribuent dans d'autres parties du corps.

C'est ainsi que, dans la dyspepsie flatulente, on voit se manifester une dyspnée qui n'est pas toujours en rapport avec le gonflement de l'estomac; dyspnée qui, par conséquent, n'est pas toujours mécanique, mais nerveuse. En effet, il n'est pas rare de voir, chez certains individus affectés de dyspepsie, la dyspnée se présenter avec les mêmes caractères qu'elle présente dans l'emphysème ou dans les maladies du cœur. Ainsi, d'après la théorie de Beau, les troubles des ramifications stomacales du pneumo-gastrique retentiraient sur les branches de ce nerf qui se distribuent aux poumons.

D'autre part, chez ces mêmes individus, des phénomènes analogues se rencontrent du côté du cœur; ce sont des palpi-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 avril 1877.

tations et même des syncopes. Ici encore Beau les explique par la transmission des ramifications gastriques aux filets du pneumo-gastrique qui se distribuent au cœur. Il va plus loin même, et il prétend que, toujours pour la même raison, on voit des femmes dyspeptiques présenter parfois de la raucité de la voix et de l'aphonie; quelquefois même des phénomènes d'hystérie et, en particulier, cette sensation de boule que l'on rencontre chez certaines femmes atteintes de dyspepsie.

Dans ces cas, dit-il, il n'est pas nécessaire d'invoquer une hystérie antérieure. Les phénomènes s'expliquent, chez ces malades, par la transmission des lésions des filets nerveux du pneumo-gastrique qui se distribuent à l'estomac aux filets de ce nerf qui se rendent au larynx. Il admet même que ces lésions peuvent retentir jusque sur le cerveau et sur la moelle épinière pour produire les troubles psychiques de la folie, ou des altérations de mouvement et de sensibilité dans les membres.

Ici, Beau devient difficile à croire, et, pour ma part, je déclare que j'ai peine à admettre que les troubles de l'estomac puissent produire des phénomènes aussi graves que les troubles psychiques qui constituent la folie, ou les phénomènes d'ataxie et de paralysie qui se rattachent à l'altération de la moelle épinière.

Beau explique encore de la même manière cette névralgie intercostale qui survient chez certains dyspeptiques, où elle existe en même temps que le malaise, l'inappétence, les vomissements. Pour Beau, c'est encore un phénomène de transmission; suivant cet ingénieux auteur, l'estomac étant, ainsi que vous le savez, placé au devant du centre nerveux de la vie organique de l'abdomen, le plexus solaire, les ganglions de ce plexus seraient affectés, et par suite, une sorte d'aura remonterait le long des branches du nerf grand sympathique qui vont se rendre aux ganglions thoraciques, gagnerait ceux-ci, et de là cette espèce d'aura arriverait aux nerfs intercostaux qui sont à la fois sensibles et moteurs et se traduirait par une névralgie intercostale.

Cette théorie purement hypothétique, a, il faut l'avouer, quelque chose de séduisant, car elle rend très-bien compte de la manière dont peuvent se développer les douleurs intercostales si communes dans diverses espèces de dyspepsies. Tels sont ces phénomènes névropathiques qui ne seraient ainsi autre chose que des phénomènes de transmission, laquelle aurait lieu par l'intermédiaire des cordons nerveux dépendant du pneumo-gastrique d'une part et de l'autre du plexus solaire et du grand sympathique.

A côté de ceux-ci, Beau place les phénomènes dits hémopathiques, c'est-à-dire qui résultent d'une altération du sang. En effet, pour que le sang ait sa constitution normale, il faut qu'il puise les éléments de sa composition dans les aliments, qui sont, ainsi que vous le savez, la source principale de sa régénération. Pour cela, il importe donc que les substances alimentaires soient convenablement élaborées, que la chymification s'accomplisse dans les conditions voulues, et que les principes qui en résultent soient bien absorbés. Or, dans les gastralgies, ces conditions sont loin d'être réalisées : l'alimentation est incomplète, le chyme lui-même est altéré d'où défaut de chymification et de chylification, absorption défectueuse, et enfin composition du sang incomplète. C'est alors qu'on voit se produire les phénomènes qui résultent de l'anémie : et surtout la diminution et l'altération des globules du sang.

L'anémie globulaire est, en effet, un fait parfaitement démontré; dans la dyspepsie il en est de même de l'anémie albumineuse. Mais on ne saurait en dire autant de ce que Beau appelle l'anémie fibrineuse. Pour ma part, je suis loin d'admettre cette dernière et je ne crois pas, ainsi qu'il le prétend, que le scorbut soit une conséquence de la dyspepsie.

Mais je le répète, ce qu'on voit constamment apparaître dans ces cas, c'est l'anémie globulaire et c'est elle qui constitue les phénomènes hémopathiques par excellence.

En effet, chez les dyspeptiques, on observe souvent une anémie qui précède quelquefois la dyspepsie, qui quelquefois la produit, qui fréquemment en est la conséquence, et qui, comme c'est le cas chez notre malade, est à la fois effet et cause. Telle est l'anémie par défaut d'alimentation sur laquelle M. Sée a insisté dans son ouvrage sur l'anémie.

Mais Beau va plus loin encore, et il décrit sous le nom de phénomènes tertiaires des accidents plus éloignés, plus hypothétiques et il admet comme appartenant à une troisième période de la dyspepsie, laquelle ne se montre que longtemps après l'invasion de la maladie, des phénomènes qui sont sous l'influence de la débilité profonde de l'économie altérée par défaut d'alimentation suffisante. En première ligne, il range la phthisie pulmonaire qui, d'après lui, serait une des conséquences éloignées de la dyspepsie laquelle agirait comme une mauvaise condition hygiénique, en un mot comme toutes les autres causes débilitantes.

Il émet également l'opinion, que je ne saurais partager, de la possibilité du cancer comme une autre conséquence de cette débilité profonde qui résulte de l'alimentation insuffisante dans la dyspepsie. Mais c'est un fait qu'il est difficile de prouver.

J'en dirai autant de la scrofule, et je crois que si la dyspepsie peut faire naître des accidents scrofuleux, c'est seulement chez des gens déjà atteints de diathèse strumeuse et comme cause accidentelle réveillant la disposition morbide.

Je reviens maintenant à notre malade chez laquelle, après avoir reconnu l'existence d'une gastralgie, c'est-à-dire d'une dyspepsie nerveuse, il nous reste à étudier le pronostic et le traitement

En ce qu concerne le premier, je vous dirai qu'il est assez grave. En effet, cette femme est d'une constitution chétive, délicate; et depuis longtemps déjà elle est atteinte de troubles gastriques. En un mot, pour me servir d'une expression consacrée, elle a un mauvais estomac. Eh bien, je ne doute pas que nous ne l'améliorions, pendant son séjour à l'hôpital, mais je crois qu'elle aura à compter souvent encore avec la maladie dont elle est affectée. A quelque variété qu'elle appartienne, la dyspepsie est, en effet, une maladie sujette à des récidives fréquentes. Celles-ci seront surtout inévitables, si cette femme reste soumise à l'influence des mêmes causes qui ont provoqué chez elle la maladie. De sorte que, sans compromettre la vie, le pronostic est grave en ce sens que la dyspepsie récidivera.

Mais il est quelque chose de plus sérieux encore. Je reviens ici sur l'opinion de Beau relativement aux accidents tertiaires et, en particulier, relativement à la phthisie. En effet, j'ai vu des malades, qui, pendant plusieurs années, avaient eu des phénomèdes dyspeptiques, à la suite desquels ils étaient tombés dans une anémie profonde, finir par devenir phthisiques.

Eh bien, par le seul fait de la débilité profonde dans laquelle cette malade est plongée, n'avons-nous pas à redouter la phthisie? En effet sa constitution est frêle, et elle-même a l'apparence des individus qui deviennent phthisiques. De plus ses antécédents de famille nous portent à craindre encore davantage le développement des tubercules, car sa mère et son frère sont morts phthisiques.

En face de ces antécédents de famille, de cette débilité profonde, des accidents dyspeptiques qui renaissent constamment,

et qui menacent de se reproduire, je ne puis m'empêcher de penser à la possibilité d'une phthisie pulmonaire ultérieure. C'est un pronostic bien incertain, mais enfin nous avons, chez cette femme, des éléments suffisants pour dire qu'il est possible, quoique jusqu'à présent nous n'ayons trouvé dans les poumons aucun signe de tuberculisation, même commençante. Maintenant, un mot sur les causes de la maladie. L'étiologie de la dyspepsie est en effet d'autant plus importante que celle-ci étant connue, la suppression des causes lorsqu'elle est possible, entre dans les moyens de traitement.

ÉTUDE SUR LE CLOISONNEMENT TRANSVERSAL DU VAGIN

COMPLET ET INCOMPLET, D'ORIGINE CONGÉNITALE (1)

Par le docteur J. Delaunay, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Les cloisons transversales du vagin, complètes ou incomplètes, avec leurs variétés d'aspect, peuvent, dans l'immense majorité des cas, s'expliquer par un arrêt de développement. — Ces cloisons se rencontrent rarement. — Les cloisons complètes ne peuvent être reconnues qu'après la puberté; avant, dans des circonstances tellement exceptionnelles, que nous n'en connaissons aucun exemple. — Les cloisons incomplètes ne sont reconnues qu'après le mariage et souvent même au moment de l'accouchement. — Les unes et les autres sont d'un diagnostic ordinairement facile, si l'on veut bien se donner la peine de faire un examen complet de la malade. — Si les cloisons complètes sont un obstacle absolu à la menstruation et à la fécondation, il n'en est plus de même des incomplètes, qui n'entravent point la menstruation et ont permis la fécondation, même quand il y avait plusieurs membranes superposées. — Les unes et les autres sont peu graves si l'on sait y remédier à temps; cependant, les cloisons complètes sont incomparablement plus sérieuses en raison des accidents que peut causer les rétentions menstruelles. — Dans un cas comme dans l'autre, l'opération doit toujours être faite, et toujours, autant que possible en dehors des époques menstruelles. — On la fera pour les cloisons complètes en deux temps; en un temps pour les incomplètes; mais on attendra le moment de l'accouchement s'il y a grossesse, afin de ne pas s'exposer à provoquer un avortement ou un accouchement prématuré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL rappelle qu'il a présenté récemment, de la part de M. Amabile (de Naples), un *Traité de la fistule vésico-vaginale*, dans lequel l'auteur étudie l'ancien procédé de Lallemand, qui est en usage en Italie, et que M. Bouquet (de Gand) a employé aussi avec succès.

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORTS

Sur une modification du cathétérisme œsophagien. — M. GUYON fait un rapport sur un travail de M. Chassagny (de Lyon), intitulé : *Sur une modification du cathétérisme œsophagien*, lorsqu'il a pour but de lutter contre un spasme plutôt que contre un rétrécissement organique. La modification consiste à substituer une olive métallique aplatie et flexible aux olives cylindriques en ivoire. M. Chassagny se base sur ce fait que le larynx est l'obstacle principal à l'introduction de gros instruments dans l'œsophage. L'olive n'est pas projetée en avant, mais déviée à droite, suivant la courbure de l'œsophage, c'est ce qui a donné à l'auteur l'idée de faire prédominer le diamètre transversal sur le diamètre antéro-postérieur.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, V° A. Delahaye et C°.

M. VERNEUIL a fait connaître récemment une amélioration considérable apportée par M. Collin à l'opération du cathétérisme œsophagien par le cathétérisme sur conducteur. On ferait un très-bon instrument en combinant l'excellente idée de M. Chassagny avec celle de M. Collin.

M. GUYON partage cet avis, tout en faisant ressortir la différence qui doit rester entre un instrument d'exploration comme celui de M. Collin et un instrument de dilatation comme celui de M. Chassagny.

Le réveilleur électro-médical. — M. VERNEUIL fait un rapport sur un appareil instrumental nouveau, très-ingénieux, dont les applications sont restreintes, mais qui a donné un résultat aussi inattendu que remarquable dans un cas désespéré. Cet appareil est dû à M. Minière, étudiant en médecine, et s'appelle le *réveilleur électro-médical*. Le malade M. X*** était affecté depuis quatorze ans d'une spermatorrhée qui avait commencé à l'âge de dix-neuf ans, et qui était restée rebelle à tous les traitements. A peine le malade se livrait-il au sommeil, qu'il entrait en érection, aussitôt suivie de pollutions nocturnes. Quatre personnes se partageaient la nuit auprès de lui, surveillant les érections et le réveillant aussitôt. Le malade était épuisé, dans un état nerveux des plus graves. C'est alors que M. Minière imagina son appareil, qui consiste en un anneau dans lequel on passe le pénis, et qu'on fixe par des cordons. Une cloison transversale très-mobile sépare en deux l'ouverture sans appuyer sur la verge au repos, mais dès qu'elle est soulevée par une érection, elle fait entrer la cloison transversale en communication avec une sonnerie électrique qui réveille le malade. Cette sonnerie, d'abord très-forte, a pu être depuis diminuée considérablement par l'adjonction d'un tube acoustique, qui se termine par une conque, qui reste appliquée sur l'oreille par un simple bonnet. Le malade est aujourd'hui complétement guéri de la spermatorrhée, et n'est plus sujet qu'à des accidents nerveux peu intenses, qui vont s'éteignant de plus en plus.

M. DESPRÈS fait observer que la spermatorrhée se produit le plus souvent sans érection et s'étonne que le malade ait pu guérir par un moyen qui le privait de sommeil.

M. VERNEUIL a vu le malade guéri. Il a voulu faire connaître l'instrument ingénieux qui a permis d'obtenir ce résultat, sans vouloir rechercher ici comment et pourquoi le malade a guéri, ce qui entraînerait une discussion trop longue.

M. PANAS rappelle que Ricord cite un exemple de guérison obtenue aussi par le réveil. Le malade était sujet à des érections et à des pollutions nocturnes qui avaient lieu à heure fixe, et des domestiques étaient chargés de le réveiller.

COMMUNICATION

Ovariotomie double; guérison; rétablissement des fonctions menstruelles. — M. TERRIER donne lecture, en son nom et au nom de M. Verneuil, d'une observation d'ovariotomie double suivie de guérison et du rétablissement des fonctions menstruelles.

DISCUSSION

M. DUPLAY, qui assistait à cette opération, trouve qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages à faire une incision étroite, comme le recommande Spencer Wells. Si le kyste est considérable on est obligé de le ponctionner, de le tirailler, et on ne peut éviter l'écoulement du liquide dans le péritoine auquel il faut ensuite faire une toilette très-minutieuse qui prolonge beaucoup trop l'opération.

M. GILLETTE pense qu'il est impossible de ne pas laisser une certaine quantité de sérosité dans l'abdomen, mais que le séjour de ce liquide n'a pas autant d'inconvénients qu'on le croit généralement.

M. HOUEL est d'avis, au contraire, que la condition absolue du succès est de ne rien laisser dans le péritoine. En y mettant beaucoup de soins on arrive à ce résultat.

M. GILLETTE s'efforce aussi de faire cette toilette aussi minutieuse que possible, mais s'il reste un peu de sang ou de sérosité, il ne considère pas ce fait comme très-important, et cela n'empêche pas les malades de guérir.

M. TERRIER insiste sur cette particularité peu ordinaire, mais non unique, que les règles se sont rétablies après la suppression des deux ovaires. Il a déjà vu ce fait une fois, et en a entretenu la Société dans une des dernières séances, et M. de Synety en a relevé dix observations dans un travail publié dans la *Gazette médicale*.

COMMUNICATION

M. BERGER donne lecture d'un travail intitulé : *Des complications pulmonaires des étranglements herniaires* (Comm. : MM. Perrier, Nicaise, T. Anger).

La séance est levée.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Par décret en date du 24 avril 1877, l'enseignement de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est constitué comme il suit :

1° *Vingt-cinq chaires* : Anatomie, — Physiologie, — Anatomie générale et histologique, — Anatomie pathologique, — Médecine expérimentale et comparée, — Chimie médicale et pharmaceutique, — Physique médicale, — Histoire naturelle, — Pharmacie, — Pathologie interne, — Pathologie externe, — Pathologie et thérapeutique générales, — Hygiène, — Thérapeutique, — Matière médicale, — Médecine légale et toxicologie, — Médecine opératoire, — Clinique médicale (deux chaires), — Clinique chirurgicale (deux chaires), — Clinique obstétricale, — Clinique ophthalmologique, — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, — Clinique des maladies mentales.

2° *Deux cours cliniques complémentaires*. Maladies des femmes, — Maladies des enfants.

Le nombre des agrégés attachés à la Faculté de médecine et pharmacie de Lyon est fixé à vingt-deux.

En outre des chaires magistrales et des cliniques complémentaires mentionnées précédemment, il peut être institué des cours annexes ou des conférences.

Ces enseignements seront confiés soit à des agrégés, soit à des docteurs.

Le chiffre des traitements des professeurs et des agrégés et le chiffre des allocations spéciales qui seront attribuées à ces fonctionnaires en leur qualité de directeurs ou chefs de laboratoire, seront déterminés par le ministre dans les limites prévues par les conventions passées entre le ministre de l'instruction publique et la ville de Lyon.

Le ministre de l'instruction publique fixera, dans ces limites et suivant les besoins du service, le nombre et le traitement des agents auxiliaires de l'enseignement ou de l'ordre administratif.

Les dispositions financières édictées aux articles 2, 3, 4 et 5 du décret du 29 octobre 1875 concernant la Faculté de droit de Lyon, seront appliquées à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Les professeurs et agrégés n'entreront en possession de leur traitement et notamment de l'indemnité attachée à la fonction de directeur ou de chef de laboratoire, qu'après installation complète de ces services.

— Par décret, en date du même jour, sont nommés professeurs titulaires :

Anatomie générale et histologie, M. Renaut, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Charité de Paris.

Physique médicale, M. Monoyer, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy.

Chimie médicale et pharmaceutique, M. Glénard, professeur de chimie à l'école de médecine de Lyon.

Médecine expérimentale et comparée, M. Chauveau, directeur de l'école vétérinaire de Lyon.

Clinique médicale, MM. Teissier, professeur titulaire à l'école de médecine de Lyon ; Lépine, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

Clinique chirurgicale, MM. Ollier, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Lyon, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine ; Desgranges, professeur adjoint à l'école de médecine de Lyon.

Clinique obstétricale, M. Bouchacourt, professeur titulaire à l'école de médecine de Lyon.

Clinique ophthalmologique, M. Gayet, professeur suppléant à l'école de médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, M. Gailleton, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Hygiène, M. Rollet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, membre du conseil d'hygiène du Rhône.

Médecine légale et toxicologie, M. Gromier, professeur titulaire à l'école de médecine de Lyon.

Anatomie, M. Paulet, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce.

Matière médicale, M. Cauvet, pharmacien principal de l'armée, ancien professeur titulaire à l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

Histoire naturelle, M. Lortet, professeur à l'école de médecine et à la faculté des sciences de Lyon.

— Par arrêtés en date du 24 avril 1877, 1° sont nommés chargés de cours : dans les chaires ci-après désignées

Physiologie, M. le docteur Picard.

Anatomie pathologie, M. le docteur Pierret.

Pathologie et thérapeutique générale, M. Mayet, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pathologie interne, M. Boudet, professeur suppléant à l'école de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pathologie externe, M. Berne, professeur titulaire à l'école de médecine, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Médecine opératoire, M. Léon Tripier, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts de Lyon.

Clinique des maladies mentales, M. Arthaud, directeur de l'asile des aliénés de Brou.

Thérapeutique, M. Soulier, médecin de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Pharmacie, M. Crolas, professeur adjoint à l'école de médecine de Lyon.

2° Sont nommés professeurs adjoints :

Pathologie externe, M. Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur adjoint à l'école de médecine de Lyon.

Clinique médicale, M. Rambaud, professeur adjoint à l'école de médecine de Lyon.

3° M. Lortet, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé pour trois ans doyen de ladite faculté.

4° Sont chargés des cliniques complémentaires :

Maladies des femmes, M. Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Maladies des enfants, M. Perroud, chef de service à la Charité de Lyon.

5° Sont chargés des cours complémentaires :

Pathologie interne, M. Raymond Tripier, médecin des hôpitaux.

Clinique de chirurgie des enfants, M. Fochier, chirurgien en chef désigné de la Charité.

Accouchements, M. Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité.

Maladies cutanées et syphilitiques, M. Dron, médecin en chef titulaire de l'Antiquaille.

6° Sont chargés des fonctions d'agrégé :

Section de médecine. — Clinique et pathologie internes : MM. les médecins des hôpitaux Lucien Meynet, Raymond Tripier et Clément.

Médecine légale, M. Français, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique, M. Bergeon, suppléant à l'école de médecine de Lyon.

Maladies mentales : MM. Carrier et Cobrat, médecins des hôpitaux.

Section de chirurgie. — Clinique et pathologie externes : MM. Delore, suppléant à l'école de médecine de Lyon ; Dron, major de l'Antiquaille ; Daniel Mollière, major désigné de l'Hôtel-Dieu ; Fochier, major désigné de la Charité ; Aubert, chirurgien-major de l'Anti-

quaille; Marduel, chef de clinique d'accouchements à l'école préparatoire.

Section des sciences auxiliaires et pharmaceutiques. — Anatomie et physiologie, M. Charpy, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire.

Histoire naturelle et pharmacie, M. Duchamp, chef du laboratoire d'histoire naturelle et des travaux pratiques de pharmacie à l'école préparatoire.

Les fonctionnaires ci-dessus désignés entreront immédiatement en exercice; une moitié d'entre eux, désignée par le sort, sera renouvelée après trois ans, l'autre moitié après six ans.

Avant la fin de la seconde année scolaire, la nomination du premier tiers des agrégés titulaires sera faite au concours, dans les formes prévues par le statut du 16 novembre 1874.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Poitiers. — M. Mauduyt, pharmacien de première classe, est nommé professeur adjoint de pharmacie, en remplacement de M. Jouvin, démissionnaire.

— *École de médecine de Rennes.* — Des concours seront ouverts : 1° le 3 septembre 1877, pour un emploi de chef des travaux anatomiques à ladite école; — 2° le 2 octobre 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Thieulin, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie, chimie, matière médicale et histoire naturelle pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Joly, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, du 1er avril 1877 au 1er avril 1878, par M. Fontagnères, suppléant.

— M. le docteur Ferrus, médecin principal en retraite, a succombé le 5 avril dernier, à l'âge de quatre-vingts ans.

— La Société de médecine légale a procédé, dans sa dernière séance du 10 avril, à la nomination de cinq membres titulaires.

Ont été élus : MM. Napias, avocat; le docteur Duguet, médecin des hôpitaux; le docteur de Beauvais, médecin de la prison de Mazas; Lebaigue, chimiste; le docteur Lutaud.

Nous croyons devoir rappeler que dix places de membres correspondants nationaux sont actuellement vacantes, et inviter les candidats à faire parvenir leurs demandes, au secrétaire général avant le 30 avril courant, terme absolument de rigueur.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Chevreul ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le mardi 1er mai 1877, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum.

Le professeur continuera, cette année, l'histoire de la matière depuis les Grecs inclusivement. — Une introduction résumée des principes de la chimie positive et l'étude des sens de l'homme précèdera l'histoire de la science. — Il insistera sur les différences existant entre l'alchimie telle qu'elle fut imaginée d'abord pour obtenir la richesse, puis la santé du corps; il s'attachera à démontrer que la chimie n'est pas la fille de l'alchimie, mais que les travaux entrepris pour combattre les chimères de celle-ci furent la cause principale de la science des actions moléculaires au contact apparent.

Les bases de ce cours sont la définition du mot *fait* et la distinction de l'analyse et de la synthèse chimiques d'avec l'analyse et la synthèse mentales, telles qu'elles sont exposées dans un ouvrage actuellement sous presse. Ce cours se lie à l'histoire du Muséum par la chimie paracelsiste.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 29 avril, à Fontainebleau (recherches des phanérogames précoces et des cryptogames, principalement des lichens).

Rendez-vous à la gare de Lyon. Départ à sept heures moins dix minutes. (Renseignements au laboratoire de deux à quatre heures.)

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 29 avril dans les bois du Vésinet et de Saint-Germain. Rendez-vous à la gare de Saint-Lazare, à dix heures un quart, pour le train partant de Paris à dix heures et demie pour la station de Chatou.

— M. le professeur Daubrée, en son absence, M. Stanislas Meunier aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique, le dimanche 29 avril 1877, à Beyres et Montainville. On se réunira à la gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra le train à sept heures du matin, pour Villiers-Néauphle.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Traitement de l'albuminurie par la fuchsine et la rosaniline.

Les observations déjà publiées de M. Feltz sur le *traitement de l'albuminurie par la fuchsine*, et celles que M. Feltz ajoute à cet article, m'ont engagé à employer cette médication chez une dame de soixante-douze ans, que je voyais en ville, en consultation avec le docteur Franquet. Cette dame était en même temps glycosurique et avait 35 grammes de sucre par 1000 grammes d'urine. Ses jambes étaient enflées jusqu'à la partie inférieure des cuisses et elle avait un peu de bouffissure des paupières. Pas de troubles visuels et le reste de la santé était assez bon.

Les urines, en outre du glycose, contenaient une quantité d'albumine telle que, dans un tube, soumises à l'ébullition, ou traitées par l'acide azotique, elles formaient une masse épaisse, aussi considérable que la dose d'urine employée.

C'est dans ces conditions, que nous avons eu recours à la fuchsine à la dose de 10 centigrammes par jour, puis de 20 centigrammes. Le médicament fut pris à la pharmacie Petit et continué pendant quinze jours, et la malade fut mise au régime exclusif du lait.

Il n'y eut ni nausées, ni diarrhée, pas de troubles encéphaliques, ni aucun dérangement fonctionnel.

La médication fut suivie pendant quinze jours, et il fut employé 3 grammes de fuchsine. L'albuminurie diminua graduellement et disparut presque entièrement. L'ébullition ne produisait plus qu'un léger trouble à peine apparent, lorsque nous fûmes obligés de cesser. Notre malade, ayant lu un article de journal politique, où la fuchsine était présentée comme un poison très-dangereux, désira ne plus continuer son emploi. Malgré cette interruption, ce qui restait d'albumine dans les urines disparut et aujourd'hui, depuis plus d'un mois, on n'y trouve plus que du sucre. L'enflure a disparu.

Cette guérison n'est peut-être qu'une coïncidence, et je ne veux en tirer aucune autre conclusion que celle qui est relative à l'innocuité du médicament employé.

Mais si ce fait, seul, ne peut résoudre la question du traitement de l'albuminurie par la fuchsine, il aura son importance si on le joint à d'autres faits semblables.

A ce titre, je rappellerai une observation de la *Gazette hebdomadaire* du 23 juin 1876 et, je vais publier deux autres faits inédits, qui viennent de m'être envoyés de Saint-Denis, par le docteur Feltz.

L'une de ces nouvelles observations laisse un peu à désirer dans les détails et a été perdue de vue, mais l'autre est très-complète.

OBS. I. — Le 21 décembre, je suis appelé auprès d'une femme de trente-deux ans, qui offre les symptômes suivants : anémie très-avancée, faiblesse générale, vertiges, éblouissements, anorexie, œdème généralisé depuis une quinzaine de jours ; quantité très-considérable d'albumine dans les urines.

Je prescris à la malade 15 centigrammes de fuchsine pure en deux pilules. Au bout de deux jours, l'albumine a presque entièrement disparu des urines ; les autres symptômes n'avaient pas varié. Cette malade, ne pouvant se soigner chez elle, est entrée dans un hôpital, et je l'ai perdue de vue.

OBS. II. — Le sujet de la deuxième observation, est une femme âgée de soixante-cinq ans, ayant enduré de grandes privations, et se trouvant tellement affaiblie, que je m'attends à la voir mourir sous peu de jours. Œdème très-prononcé des extrémités inférieures, des mains et des avant-bras ; la face est un peu bouffie. L'urine est tellement chargée d'albumine, que, par la chaleur seule, elle se prend presqu'en gelée ; en renversant le tube, l'urine n'en coule que très-lentement comme un épais sirop.

Le 27 décembre 1876, la malade prend 15 centigrammes de fuchsine en pilules. Le lendemain, la quantité d'albumine n'a guère diminué ; je donne alors 15 centigrammes de fuchsine en solution.

28. Moins d'albumine que le jour précédent. La malade prend 15 centigrammes de fuchsine, le 29 et le 30. Le 30, diminution très-considérable de l'albumine.

31. L'albumine a disparu. Les phosphates ont augmenté.

Le 1er janvier, la potion est supprimée.

7. L'albumine a reparu dans les urines, mais en quantité au moins vingt fois moindre qu'avant l'administration de la *fuchsine*. Nous donnons à la malade 10 centigrammes de *rosaniline*, que notre ami M. Duclot, pharmacien, a eu l'obligeance de préparer. Cette potion n'a pas la saveur désagréable et la couleur si intense de la fuchsine.

Il était intéressant, du reste, de voir si la rosaniline donnerait les mêmes résultats que la fuchsine. La potion de rosaniline est continuée les 8 et 9 janvier.

Le 10, l'albumine a complètement disparu. L'état général de la malade s'est légèrement amélioré ; l'œdème a complètement disparu ; l'appétit est un peu meilleur, les selles sont très-régulières ; il n'y a jamais eu de diarrhée. La potion est supprimée.

11. Un peu d'albumine dans les urines.

14. Albumine assez abondante ; phosphates en quantité assez considérable.

15. La malade reprend 10 centigrammes de rosaniline, qu'elle continue jusqu'au 20. Dès le 17, l'albumine est à peine sensible, et le 18, on n'en constate plus du tout.

20. La potion est supprimée.

21. L'albumine reparaît en petite quantité.

25. Albumine en quantité considérable, mais toujours bien inférieure à celle qui a été constatée avant la première administration de la fuchsine. État général plus mauvais que les jours précédents.

26. La malade reprend sa potion de 10 centigrammes de rosaniline.

28. De légères traces d'albumine dans les urines. Potion supprimée.

30. Beaucoup d'albumine dans les urines.

31. La malade meurt dans un état de débilité générale.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Pas de coloration de l'estomac, ni des intestins, ni d'aucun viscère. La vésicule biliaire est distendue par un liquide muqueux, ne décélant pas de traces de fuchsine ; le canal cholédoque est obstrué par un calcul.

Les reins sont un peu atrophiés, leur surface est légèrement mamelonnée. Leur consistance n'est pas bien compacte, leur couleur est jaunâtre. La substance corticale est faiblement diminuée. La capsule fibreuse n'est que très-peu adhérente au rein.

D'après ces observations, il faut rectifier les assertions émises sur les propriétés toxiques de la fuchsine. Il est juste de dire, que ces assertions reposent sur des expériences faites chez les lapins. Or, ce qui est vrai chez les lapins, peut ne pas l'être chez l'homme. Cela s'est déjà vu et on sait ce que les essais de thérapeutique chez les animaux ont déjà introduit d'hypothèses et d'erreurs dans la science médicale. C'est au lit des malades que doit se faire la médecine proprement dite et non dans les laboratoires.

Quoi qu'il en soit, on peut assurer que la fuchsine n'est pas vénéneuse chez l'homme, à des doses quotidiennes de 10 à 15 et 20 centigrammes, que si elle détermine l'albuminurie chez les lapins, elle ne produit rien de semblable chez l'homme et les faits encore trop peu nombreux pour autoriser une conclusion définitive, semblent au contraire, devoir faire admettre que l'albuminurie s'améliore, ou guérit sous l'influence de la fuchsine.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

V

Obs. IV. — Le malade, âgé de vingt-neuf ans, entré au commencement de mars 1877, salle 7, lit 12, n'avait eu jusque dans ces derniers temps qu'une blennorrhagie légère, guérie en quinze jours. Le 16 février dernier, après une continence de deux mois, il vit une femme en carte, et huit jours après, il éprouva un peu de douleur sur le côté gauche du filet; puis un point blanc s'y montra, et ne tarda pas à évacuer son contenu purulent par une très-petite ouverture de son sommet. Les jours suivants, il se fit à cette place, par l'agrandissement de l'ouverture, une ulcération du diamètre d'un pois, qu'on pansa avec de l'iodoforme. On faisait prendre à l'intérieur des pilules mercurielles. Aucune douleur, ni aucune tuméfaction dans les aines.

Le 6 mars (18e jour de l'affection), une douleur se fit sentir dans le sillon balano-préputial, à gauche, tout près de la ligne médiane, et bientôt il s'y forma une tuméfaction diffuse avec rougeur et œdème du reflet muqueux. Puis trois tumeurs ovoïdes, contiguës, se montrèrent en cet endroit, entre la ligne médiane et l'ulcération primitive, dont la plus rapprochée était distante de 1 centimètre et demi. Au bout de deux ou trois jours, les deux plus volumineuses s'ouvrirent par d'étroits pertuis et se confondirent en une seule cavité, d'où sortait une grande quantité de pus.

Voilà donc un abcès balano-préputial qui ressemble d'une manière frappante à celui de l'observation III. Était-il ou n'était-il pas virulent? Et son point de départ, cette petite ulcération du filet, était-ce une folliculite simple ou un chancre mou? — Quoique taillée à pic, elle n'avait pas les bords pultacés ni l'aspect vermoulu du chancroïde. Et puis, elle était restée stationnaire et n'avait point perforé le filet, circonstance tout à fait exceptionnelle quand le chancroïde occupe cette situation. Enfin l'abcès, situé à 1 centimètre et demi au-dessus de cette ulcération, présentait deux orifices qui n'étaient pas encore chancreux.

Le malade était entré dans mon service le 9 mars; je l'inoculai le 10, avec toutes les précautions voulues. Deux piqûres furent faites au voisinage de l'ombilic; la pointe d'une des épingles était imprégnée du pus de l'ulcération, et celle de l'autre, du pus de l'abcès.

Le 12 mars, je constatai que les deux inoculations avaient donné un résultat positif et qu'un chancre s'était déjà formé sur le point où elles avaient été faites. Les ouvertures de l'abcès préputial s'étaient élargies et étaient devenues chancreuses. Le troisième abcès ne s'était pas encore perforé, et il s'en était formé un quatrième un peu plus haut, au delà de la ligne médiane, à droite.

Convaincu maintenant que toutes ces lésions étaient virulentes, j'ouvris les abcès, j'ébarbai leurs bords décollés, et après les avoir détergés soigneusement, je les cautérisai, ainsi que les chancres, avec une solution concentrée de chlorure de zinc.

Le 14, une tumeur grosse comme une noix, très-inflammatoire, existait à la racine de la verge, sur sa face dorsale. Elle avait commencé dix heures auparavant; la peau était rouge et un peu adhérente; tout le tissu cellulaire du fourreau était infiltré de sérosité. Rien dans les aines.

Le pus se forma avec une rapidité extraordinaire, dans cette tumeur que j'ouvris dès que la fluctuation s'y fit un peu sentir. Je traitai cet abcès virulent comme les autres.

Ainsi, la petite ulcération du filet était un chancre simple, qui a inoculé successivement divers points du vaisseau lymphatique sur le trajet duquel il se trouvait. Il en est résulté trois ou quatre petits abcès ovoïdes du reflet et un gros abcès de la base de la verge. Le pus cheminera-t-il jusqu'aux ganglions? Il est impossible de le savoir. Toujours est-il qu'à la la date du 17 mars, les aines n'étaient ni douloureuses ni tuméfiées.

Le 31 mars, le petit chancre du filet, les abcès chancreux du sillon balano-préputial, celui de la base de la verge étaient, les uns complétement, les autres à peu près complétement cicatrisés et réduits à l'état de plaie simple. Il n'était survenu et il ne surviendra aucune adénopathie inguinale.

Dans ces deux observations, le point de départ des abcès préputiaux a été une érosion et une ulcération. Mais une de ces lésions n'avait rien de spécifique, et l'abcès dont elle s'est compliquée est resté purement inflammatoire; tandis que l'autre lésion, malgré ses apparences innocentes, s'est compliquée d'abcès qui ont pullulé et sont devenus chancreux. Il est inutile d'insister sur ces particularités; mais il était intéressant

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 avril.

de rapprocher deux cas, dont les lésions, à un moment de leur processus et malgré la profonde différence de leur nature, étaient à peu près identiques.

Affection gangréneuse ou anthracoïde du gland

Je vais m'occuper maintenant d'une affection balanique qui a été considérée et décrite par tous les auteurs comme un chancre simple à forme gangréneuse. Et pourtant, je ne crois pas qu'elle procède d'un principe virulent, ni qu'elle soit le résultat de la contagion chancreuse. Elle est produite par d'autres causes que je rechercherai après avoir exposé les faits. Je puis dire d'avance qu'elle me paraît appartenir à un *processus inflammatoire complexe*, dont la violence et la rapidité aboutissent très-vite à la gangrène. Aussi se rapproche-t-elle beaucoup du furoncle, ou mieux encore de l'anthrax, dans leurs modes les plus aigus.

Cette façon d'envisager certains ulcères gangréneux des organes génitaux me fut suggérée, en 1870, par le fait suivant :

Obs. V. — Je reçus dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 8, un malade âgé d'une cinquantaine d'années, qui, depuis cinq ou six jours, avait sur le gland une large et profonde ulcération gangréneuse. Elle siégeait dans la rainure et sur la couronne et avait détruit le tiers environ de l'organe. Autour d'elle, les tissus étaient rouges et tuméfiés; elle était circonscrite par un cercle irrégulier, nettement entaillé, d'où s'échappait une matière ichoreuse abondante et d'une odeur infecte. Au centre existait une masse noirâtre, constituée par les débris sphacélés des parties atteintes.

L'état général répondait à la gravité de cette lésion : le pouls était fréquent, la peau chaude, la prostration des forces considérable, la langue sèche comme dans une fièvre adynamique. Au bout de cinq ou six jours, une grande amélioration se produisit, et tous ces symptômes, indiquant que la constitution avait subi momentanément une violente secousse, disparurent avec rapidité.

Quant à la lésion, elle entra franchement dans la phase de réparation. L'eschare fut éliminée peu à peu. La rainure circulaire se cicatrisa sur ses bords pendant que son fond s'élevait ; une sécrétion purulente de bonne nature succéda à la sécrétion ichoreuse; et, au bout de quinze jours ou trois semaines, la guérison fut complète. A la place de la portion du gland détruite, il y avait une cicatrice plus large qu'une pièce de cinquante centimes, à bords irréguliers, profonde, occupant la moitié antérieure de la rainure, à cheval sur la couronne et empiétant sur le gland jusqu'à quelques centimètres du méat.

Pendant toute la durée de cette affection balanique gangréneuse, les ganglions de l'aine restèrent intacts ; il ne s'y produisit ni gonflement ni douleur. Les tissus voisins de la lésion se dégorgèrent peu à peu et ne furent le siége d'aucune suffusion hyperplasique permanente, comme il arrive dans les variétés gangréneuses du chancre infectant.

Je fis plusieurs inoculations avec le liquide ichoreux et avec le pus qui s'écoulaient de l'ulcération; elles furent toutes négatives.

Quand j'interrogeai le malade sur les causes de cette affection, il me répondait qu'elle était le résultat d'un coup d'ongle ; que la femme avec laquelle il vivait maritalement, depuis plusieurs années, n'avait aucune maladie, et que, du reste, je pourrais juger qu'elle était très-saine en la visitant. Cette femme vint, en effet, chez moi, et je ne trouvai ni sur le col, ni dans le vagin, ni sur les organes génitaux externes ou ailleurs, aucune trace ancienne ou récente d'une maladie vénérienne quelconque. Le malade, depuis très-longtemps, n'avait eu de rapports qu'avec elle. Son affection balanique, il est presque inutile de le dire, ne fut pas suivie d'accidents constitutionnels. Elle était purement locale et accidentelle. Je ne découvris dans l'état de santé de cet homme aucune condition morbide de nature à l'expliquer. J'eus le tort pourtant de ne pas examiner ses urines.

Il n'était entré dans mes salles que vers le septième ou le huitième jour de l'affection balanique, alors que l'eschare était déjà formée et que le cercle d'élimination s'était creusé autour d'elle. Je n'assistai donc pas à la première phase du processus. J'appris seulement qu'une violente inflammation, avec douleur, s'était développée autour de la petite écorchure produite par un coup d'ongle, et qu'au bout de quarante-huit heures, une tache noire s'était formée au centre; qu'elle avait grandi très-vite, que la fièvre était survenue, et que l'état local et l'état général en étaient arrivés promptement au point où je les trouvai, lorsque j'examinai le malade pour la première fois.

N'est-ce pas là un exemple de gangrène primitive aiguë, provoquée par une action traumatique, ressemblant à un anthrax, mais ne provenant point d'une source virulente et dépourvue de tout caractère contagieux et infectant?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 avril 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Monstruosités accidentelles. — M. Pouchet a entrepris sur des œufs de poule une série d'expériences dont il communique les résultats : il s'agit de monstres de poulets formés par traumatisme ou par des procédés particuliers : une première cicatricule lui a donné un monstre double. Une cicatricule normale peut donc donner naissance à un monstre double ou, en d'autres termes, la monstruosité n'entraîne pas nécessairement une déformation antérieure de la cicatricule. Mais parmi les différents monstres qu'a ainsi obtenus M. Pouchet, suivant le traumatisme qu'il produisait sur l'œuf, il en est un plus singulier que tous les autres et qui était simplement réduit à deux cœurs battants ; on n'a pu voir si ces battements étaient isochrones ; on n'y constatait pas de circulation proprement dite; il n'y avait pas trace de système nerveux.

De la présence d'un strongle dans le rein d'un chien. — M. Bochefontaine présente le rein d'un chien dans lequel il a trouvé un strongle géant.

Effets vasculo-cardiaques des excitations des sens spéciaux. — M. Couty fait en son nom et au nom de M. Charpentier la communication suivante :

Opérant sur des chiens curarisés, et se servant du kymographe et plus rarement du cardiographe, ils ont excité l'oreille par des bruits divers, cris d'un autre animal, sons métalliques, sifflement, etc.; l'œil par la lumière diffuse, la lumière d'une lampe, la vue d'un autre animal, l'irritation mécanique de la rétine, etc., le goût par de l'aloès, de la coloquinte, du sel marin, etc. ; le nez par de l'acide sulfhydrique, des essences diverses, etc. Toutes ces substances ont déterminé des troubles vasculo-cardiaques, variables avec la substance, et pour la même substance variable avec l'animal, et pour le même animal variable avec le moment de l'expérience. Le cœur a été tantôt ralenti, tantôt accéléré ; la tension tantôt augmentée, tantôt légèrement abaissée ; et dans le cas d'excitation purement émotionnelle, provoquée par la vue ou les cris d'un autre chien, ces troubles

ont été comparables comme intensité, sinon comme nature, à ceux produits par l'excitation énergique du sciatique.

MM. Couty et Charpentier, chercheront à fixer dans une prochaine communication le mécanisme de ces troubles, et leurs rapports avec ceux que déterminent les excitations des autres organes sensibles.

Des moyens d'enregistrer les pulsations et les changements de volume du cœur. — M. FRANCK rappelle le procédé employé par M. Marey chez les animaux ; un cœur de tortue est plongé dans un bocal rempli d'eau et dont la cavité est en communication avec un appareil enregistreur ; suivant que ce cœur est en diastole ou en systole, le volume d'eau contenu dans le vase est plus ou moins considérable, et l'eau déplacée indique ces changements. Rien n'est plus aisé ensuite, que de comparer entre eux les tracés graphiques, fournis d'une part, par les pulsations, et, d'autre part, par les changements de volume. Chez le chien, le cœur ne remplissant pas complétement le péricarde, celui-ci peut faire l'office du bocal employé pour la tortue. Chez l'homme, c'est par l'exploration buccale, la glotte étant ouverte, que M. Franck est arrivé à déterminer les changements de volume du cœur. Il se base pour cela, sur les variations du volume imprimées aux poumons eux-mêmes, par l'augmentation de volume du cœur placé entre eux deux.

Structure du foie chez les invertébrés. — M. CADIAT fait une communication, sur la structure du foie des invertébrés et les réactions des matières colorantes de la bile chez ces animaux.

La connaissance des dispositions anatomiques du foie des invertébrés peut aider à comprendre la structure de cet organe chez les mammifères, et aussi ses usages physiologiques. Certaines altérations dont il est le siége se rapprochent, par beaucoup de caractères, des dispositions qu'il offre chez les animaux inférieurs et chez l'embryon.

1° Les tubes malpighiens des insectes, sont formés par une paroi propre, renfermant de grandes cellules dans lesquelles se trouve une matière colorante, sous forme de grains d'un vert foncé.

Ces cellules sont séparées les unes des autres par des espaces ou conduits, tout à fait semblables à ceux qui existent entre les cellules du lobule hépatique chez les mammifères.

Sa matière colorante verte, n'a pas les réactions de la biliverdine des vertébrés, l'acide nitrique la dissout sans la faire passer par la série de transformations caractéristiques de la bile.

Du reste, il en est de même de cette matière *vert épinard* que l'on trouve dans le placenta des chiennes et que l'on considère comme l'analogue de la bilirubine produite par transformation de l'hématoïdine du sang.

Le foie de certains mollusques gastéropodes, comme l'escargot, forme une masse considérable d'un brun verdâtre foncé. Il résulte des recherches de M. Cadiat que cette glande est entièrement un organe biliaire.

En effet, une coupe portant sur un point quelconque montre une disposition en lobules, ces lobules sont séparés les uns des autres par de minces parois. Au centre est une cavité irrégulière, limitée par de grandes cellules. Cette cavité centrale se prolonge vers la périphérie par des conduits intercellulaires. Sur certains lobules elle est très-grande, sur d'autres, le lobule est presque plein. Il s'agissait de savoir si cette cavité ramifiée représentait les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux biliaires. Pour cela M. Cadiat a injecté les vaisseaux sanguins de l'animal et il a vu ainsi que le lobule hépatique recevait le sang de la périphérie.

Si l'on suit maintenant les canaux biliaires, depuis leur abouchement dans l'intestin jusqu'au milieu de l'organe, on voit, par une coupe de séries successives, qu'ils vont finir par aboutir dans ces cavités centrales lobulaires.

Des canaux ramifiés tapissés de cellules représentent donc le foie tout entier. Telle est, du reste, l'opinion de Hering et de Kolliker pour les reptiles.

Les cellules hépatiques de l'escargot renferment aussi une matière colorante jaune brun, qui se dépose par gouttes plus ou moins grosses. Cette matière, comme celle que nous avons trouvée dans les tubes malpighiens des insectes, ne réagit pas comme la bilirubine, elle se décolore et se dissout avec l'acide nitrique. Du reste, la bile de l'escargot prise à son arrivée dans l'intestin, ne subit pas, sous l'influence de cet acide, les changements de couleur de la bile de mammifères.

On peut donc conclure de là qu'il existe entre ces diverses matières colorantes, qu'on suppose dérivées de l'hématoïdine, des différences plus grandes qu'on ne l'avait supposé.

Ayant eu à examiner un foie provenant d'un malade du service de M. Proust, voici ce que M. Cadiat a rencontré :

Le tissu du foie, plongé quelque temps dans du bichromate de potasse, se colorait de deux tons différents. Certaines parties restaient jaunes, les autres vert foncé.

Ces parties vertes étaient formées par des agglomérations de cylindres épithéliaux ramifiés et anastomosés entre eux. Au centre de ces cylindres se trouvait un canal plus ou moins large plein de bile très-verte. Les cellules qui tapissaient la paroi étaient pleines de matière colorante biliaire.

Ainsi, ce qui représentait la partie altérée du foie,—et elle formait une masse bien supérieure à celle de la partie saine, — avait exactement la structure du foie de mollusque que nous venons de décrire ; les cellules épithéliales avaient même une forme identique dans les deux cas.

Cette lésion du foie était donc produite par le renouvellement, chez l'adulte, de ce phénomène qui avait procédé à la formation de la glande, c'est-à-dire un bourgeon épithélial partant de l'intestin et se ramifiant indéfiniment.

On pouvait constater sur les cellules de ce foie que la matière colorante renfermée dans les cellules subissait tous les changements de teinte caractéristiques de la bile, et quon n'a pu obtenir sur des cellules de foie d'invertébrés placés dans les mêmes conditions.

PRÉSENTATION

Appareil d'induction. — M. TROUVÉ présente un nouvel appareil portatif d'induction. Il est, comme la trousse électro-médicale, composé d'une pile hermétique et d'une bobine à pièces dépendantes. Il présente, en outre, un perfectionnement qui mérite une mention spéciale.

On sait quelle importance il y aurait en faradisation à pouvoir régler à volonté le nombre des intermittences. Jusqu'à présent, il n'y avait guère qu'un seul appareil qui permît de faire cette détermination avec exactitude, celui de Trouvé et Onimus dont nous avons donné la description dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 107 du 11 septembre 1875 et n° 110 du 18 septembre 1875. Mais son prix élevé en faisait un instrument de cabinet. M. Trouvé a voulu doter la pratique médicale d'un appareil remplissant les mêmes conditions, et dont le prix fût plus accessible à tous les praticiens.

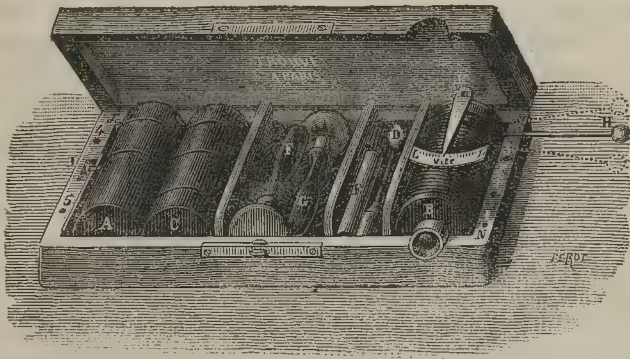
La partie intéressante de cet appareil est le trembleur dans lequel l'auteur a associé avec la loi du pendule ce principe de géométrie : la perpendiculaire est plus courte que l'oblique. Il présente deux dispositions qui se complètent mutuellement. Articulé sur un pivot vertical, il peut recevoir à son extrémité libre l'adjonction de tiges qui augmentent sa longueur à volonté. De là résulte un véritable pendule horizontal. Si sa longueur est augmentée, il est évident que la durée des oscillations augmente et que, par suite, leur nombre dans un temps donné diminue. Voilà donc un premier moyen de faire varier à volonté le nombre des vibrations du trembleur. Le second consiste en ce que la distance de l'armature ou trembleur au fer doux est variable *ad libitum*. Ce résultat est obtenu de la façon suivante : un pivot vertical porte, à moitié de sa hauteur, une dent en platine qui vient appuyer sur le trembleur. Ce pivot peut tourner sur lui-même d'une demi-circonférence. Supposons-le à son point extrême de rotation ; la dent est parallèle à l'armature, ne la touche pas et celle-ci est à son maximum d'écartement. Faisons graduellement tourner le pivot, la dent arrive au contact, mais elle est très oblique au plan de l'armature. Continuons le mouvement, la dent se rapproche de plus en plus de la perpendiculaire; en un mot, elle presse l'armature vers la bobine en vertu du principe : la perpen-

diculaire est plus courte que toute oblique et de deux obliques inégalement distantes, etc. Voilà donc deux moyens de régler le nombre des vibrations : varier la longueur de la tige vibrante, ou l'ampleur de l'oscillation.

M. Trouvé a combiné ces deux modes de la façon suivante : le pivot dont il vient d'être question porte une aiguille ou levier qui se meut au-dessus d'un arc de cercle divisé. M. Trouvé a compté au moyen d'un petit chronographe spécial, les nombres de vibrations que donnait, par seconde, l'armature garnie de ses prolongements, dans les diverses positions de l'aiguille sur l'arc de cercle (c'est-à-dire pour les divers degrés d'écartement entre l'armature et la bobine) et il a écrit ces nombres sur l'arc de cercle. Cela fait, si l'on enlève un ou deux ajutages de l'armature dont les longueurs ont été bien déterminées on aura, pour une même position de l'aiguille, des chiffres doubles ou quadruples. On voit d'après cela, qu'il est extrêment facile d'obtenir, à une minime fraction près, 1/15 de seconde, par exemple, tel nombre de vibrations que l'on voudra (voyez la figure ci-dessous).

Cet appareil, bien que ne pouvant rivaliser de précision avec son aîné, l'appareil de cabinet de MM. Trouvé et Onimus, est plus que suffisant pour la pratique et répond à un desideratum souvent formulé.

Il présente, en outre, une particularité qui le rend utilisable à un autre point de vue. Le mode d'articulation du trembleur fait qu'il vibre instantanément et bruyamment au passage du moindre courant de si courte durée qu'il soit. De là, résulte qu'on peut employer l'appareil portatif comme explorateur des projectiles. Dans ce but, M. Trouvé ajoute à ses boîtes un stylet qu'il suffit d'intercaler dans le circuit pour avoir un explorateur analogue à celui dont nous avons donné la description (voyez *Gazette des hôpitaux*, du 28 septembre 1875, n° 114).



A Piles hermétiques à renversement.
B Bobine avec armature extensible et limbe gradué.
C Étui en ébonite semblable à celui de la pile, contenant un grand nombre de charges de bisulfate de mercure.
DEFG Électrodes divers.
H Prolongement ou partie extensible de l'armature.
K Aiguille indicatrice.
LL Limbe gradué indiquant le nombre de vibrations de l'armature.
Les courants induits se recueillent comme suit :
1-2. Extra-courants seuls dont l'un représente le pôle négatif indiqué par la lettre N.
2-3. Courant induit seul.
1-3. Extra-courant et induit réunis.
4-5. Contacts pour faire marcher l'appareil avec une pile dans le cabinet du médecin, afin d'économiser la pile hermétique pour la pratique extérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS

M. Féréol répond à l'argumentation de M. Peter. Sans suivre pas à pas son brillant collègue dans cette argumentation, il se borne à discuter les points sur lesquels il peut avoir une opinion personnelle. Les considérations de pathologie générale, dit-il, auxquelles s'est livré M. Peter ne s'adressent qu'à Brand ou à ses sectaires. Personne de nous n'a soutenu qu'il fallait faire des bains froids une méthode unique applicable à tous les cas. M. Féréol n'a point sur la conscience la résurrection du vieux fantôme de l'ontologie. Loin de faire de l'hyperthermie la condition unique de l'application du bain froid, il a indiqué que les accidents nerveux, ataxiques, les symptômes spinaux lui paraissaient encore plus heureusement influencés par le froid que par les hautes températures elles-mêmes. Mais si M. Peter s'oppose, comme M. Féréol, à ce qu'on fasse de l'hyperthermie le *criterium* de la gravité des fièvres typhoïdes, il ne va sans doute pas jusqu'à nier la fâcheuse influence des hautes températures dans les maladies. M. Krishaber a pu rester impunément quelques instants dans l'étuve du Hamman, mais s'il y avait élu domicile pendant le temps que dure une fièvre typhoïde, s'en serait-il tiré à si bon compte? Les travaux de M. Vallin, l'un sur l'insolation, l'autre sur le mécanisme de la mort par la chaleur extérieure, apportant à cette question une solution scientifique irréfutable. Si, d'un côté, M. Claude Bernard a fait sur les colombes des expériences pour prouver que l'on peut littéralement mourir de douleur dans certaines conditions, il en a, d'autre part, institué de bien plus nombreuses encore pour établir la nocivité des hautes températures. N'est-il pas, d'ailleurs, de notoriété publique aujourd'hui que les hautes températures, surtout lorsqu'elles se présentent avec continuité, sont un des signes certains de la gravité de la fièvre typhoïde? M. Peter entend-il changer tout cela! « Mais, objecte-t-il, si une maladie est grave, cela ne tient pas à ce que le malade a une haute température, c'est, au contraire, parce que la maladie est grave que la température s'élève; raisonner autrement c'est prendre l'effet pour la cause. » M. Féréol est, en cela, d'accord avec M. Peter, mais, suivant lui, cett température élevée qui est d'abord un effet, devient elle-même une cause qui s'ajoute à la cause première, et si l'on supprime les effets secondaires de l'hyperthermie, on réduit la maladie à sa plus simple expression.

Quelle est l'action utile du bain froid? C'est exclusivement, suivant M. Peter, l'action révulsive. Mais est-ce donc la seule? On ne réussit pas toujours à faire baisser la température du malade, ou bien celui-ci se réchauffe avec une grande promptitude, ajoute M. Peter; M. Féréol le reconnaît et considère ces circonstances comme étant d'un mauvais augure. Mais souvent aussi on voit baisser la température et tomber, du même coup, le délire, la carphologie, la sécheresse de la langue. D'autres fois, on refroidit trop le malade, qui ne peut se réchauffer, dit M. Peter. Cet accident est rare et il ne faut pas s'inquiéter d'un abaissement thermométrique même considérable. M. Féréol a cité l'exemple d'un malade dont la température est tombée à 34 degrés, et qui a parfaitement guéri. Quant à l'action révulsive elle-même, admise par M. Peter, ne trouve-t-elle pas son indication dans certaines formes de la fièvre typhoïde aussi bien que dans le rhumatisme cérébral? M. Peter objecte que le typhique est malade dans tous ses organes, dans tout son être; mais le malade atteint de rhumatisme cérébral n'est-il donc malade que dans sa cervelle, pour parler comme lui; son cœur, son péricarde, sa plèvre, son endocarde, son endartère, son sang lui-même et son système nerveux sont-ils donc à l'état normal?

M. Féréol aborde ensuite la question des dangers de la balnéation dans la fièvre typhoïde. Il ne nie pas que ces dangers existent, mais ils ont été singulièrement exagérés. M. Peter a montré dans son argumentation une passion et un parti-pris qui ne s'expliquent que par le défaut d'expérience personnelle, il s'appuie sur des observations prises par d'autres, sur des faits dont il n'a pas été le témoin; il a même fait descendre dans l'arène, en les couvrant de son nom et de son autorité, un certain nombre de lutteurs masqués, qu'il s'est empressé, du reste, les voyant accueillis avec quelque étonnement, de faire passer dans la coulisse pour dévoiler leurs visages à quelques collègues, précaution bien superflue, personne ne mettant en doute l'existence d'un fait avancé par lui. Mais c'est moins l'exactitude d'un fait que son interprétation qui importe ici, et M. Peter assume une grande responsabilité et montre dans ses *reporters* une grande confiance en répondant non-seulement des

faits, mais de la signification qui leur est donnée. En effet, dans l'enquête à laquelle il s'est livré, on trouve une grande précipitation à conclure dans le sens qui lui agrée. Si on l'en croyait, tout décès survenu au cours du traitement par les bains froids serait mis au passif de la médication. Avant l'emploi des bains, on n'avait jamais vu un typhique mourir d'épistaxis, ni d'hémorrhagie intestinale ou de complications pulmonaires; les arthralgies, l'amyotrophie, les abcès ne s'observeraient que depuis l'emploi des bains; enfin, la mort par syncope, elle-même, ne serait connue que depuis l'invasion de la méthode de Brand! Cependant on peut voir, d'après les chiffres cités par M. Libermann et d'après une récente communication de M. Dieulafoy à la Société de biologie, que la mort subite, en dehors de toute application des bains froids, est loin d'être rare dans la fièvre typhoïde. M. Féréol ne nie pas que le bain froid ne puisse provoquer la syncope, mais il faudrait examiner en pareil cas si les règles de la prudence ont été bien suivies. M. Peter, par exemple, parle d'un malade qui serait resté une demi-heure dans le bain; or on sait que c'est quinze à vingt minutes de plus que le temps réglementaire. Il ne faut donc pas, dans ces cas, accuser la méthode, mais bien la façon dont elle a été appliquée. M. Peter parle aussi d'un service parisien où il y aurait eu dix morts sur douze cas traités par les bains froids, mais il est impossible de savoir à quoi peut tenir cette effrayante mortalité, grâce au laconisme avec lequel ces faits sont énoncés; mieux vaudrait une observation prise comme sait la prendre M. Peter, que cette collection anecdotique et indiscutable.

M. Féréol rapporte ici avec quelques détails, une observation qui montre combien il peut être parfois difficile de faire la part de la maladie et celle du traitement dans un insuccès. Il s'agit d'un cas de mort par syncope, mais qui, suivant M. Féréol, ne doit pas être mise au passif du traitement.

Quant aux hémorrhagies intestinales ou autres, M. Peter ne s'est nullement préoccupé de distinguer celles qui devaient être mises sur le compte de la maladie de celles qui n'étaient justiciables que de la médication. Bien des faits ont été rapportés où ces hémorrhagies avaient été observées en dehors de tout traitement par les bains froids. M. Peter va jusqu'à accuser par avance les bains froids, d'amener une multiplication des albuminuries Brightiques dans les épidémies typhiques! Cela ne donne-t-il pas la mesure du parti-pris systématique de M. Peter? Sur quoi repose le procès de tendance? uniquement sur la théorie du refoulement qui est loin d'être démontrée. En effet, de récentes expériences que cite M. Féréol concluent, à ce point de vue, à la négative.

Le danger des bains froids, suivant M. Féréol, est bien plutôt dans la broncho-pneumonie que dans les hémorrhagies. C'est là un argument sérieux contre la méthode. Cependant tous ceux qui l'ont employée ont vu des fièvres typhoïdes compliquées de congestions pulmonaires graves qui ont merveilleusement guéri sous l'action des bains froids. M. Féréol est disposé à admettre que les malades qui succombent à la suite des bains froids avec des accidents pulmonaires sont de ceux qui ne peuvent guérir.

M. Féréol aborde ensuite la question statistique; il avoue sans détours qu'il a été désagréablement surpris de voir que M. Raynaud et lui, qui ont eu recours aux bains froids, sont arrivés à un chiffre sensiblement égal à celui de MM. Desnos, Peter, Beaumetz et Mesnet qui ont employé les moyens ordinaires. M. Féréol avait espéré mieux. Cependant il faut y regarder à deux fois. M. Féréol fait ressortir ici toutes les difficultés inhérentes à la statistique et à l'interprétation des résultats auxquels elle conduit. Il rappelle que la sienne a surtout porté sur la maison municipale de santé où d'ordinaire la mortalité par la fièvre typhoïde est supérieure à celle des autres hôpitaux. Enfin, s'il compare entre eux les malades qu'il a soignés pendant quatre ans à la maison de santé, il trouve :

Première année, pas de bains froids, mortalité	27 0/0
Trois dernières années, bains froids, —	19 0/0

Dans ces trois dernières années, c'est précisément celle où il a donné le plus de bains froids (1876) qui lui donne le meilleur résultat, 15,66 pour 100.

Sa statistique personnelle est donc favorable aux bains froids.

Ce résultat est encore plus évident pour lui s'il examine une à une toutes ses observations; il arrive à cette conviction que, parmi les cas de mort, il n'en voit pas un seul qui soit directement imputable au traitement. Au contraire, plusieurs de ses malades ont guéri par les bains froids qui auraient probablement succombé sans eux.

M. Féréol ne se flatte pas de l'espoir, qu'après cette déclaration M. Peter renonce à ses préventions; mais il voudrait qu'il eût en personne assisté à certains effets de la médication réfrigérante; peut-être alors au lieu d'en rejeter systématiquement l'emploi, ferait-il comme lui, et chercherait-il à en trouver les véritables indications et à en régler l'usage.

Quant au côté pratique de la question que M. Peter a caractérisé d'un mot un peu cru « les difficultés de la carte à payer » c'est, dit M. Féréol, à chacun de nous de savoir ce qu'il peut demander à son entourage et s'imposer à lui-même en fait de dévouement. Il a presque toujours trouvé autour de lui beaucoup de zèle et de dévouement; il a eu plus d'une fois l'occasion de reconnaître lui-même ou de faire reconnaître autrement qu'en paroles le dévouement de ses aides. Le contraire aussi lui est arrivé; ce sont là les chances de notre profession, il est bon de s'y habituer de bonne heure. Se préoccuper outre mesure de cette question, lorsqu'il s'agit de la vie humaine, lui paraît indigne d'un médecin. Qu'il y ait là du temps perdu pour les jeunes gens au point de vue des concours, des examens, de la science, c'est un scrupule un peu mesquin et d'ailleurs contestable. L'instruction qu'on acquiert au lit du malade est-elle donc sans utilité? Serait-il bon, serait-il juste, d'autre part, de laisser penser à nos élèves qu'ils doivent se garder du dévouement comme d'une tentative funeste? Il me semble, dit M. Féréol, que notre corporation a reçu de nos aînés d'autres traditions que celles-là.

En résumé, M. Féréol n'est pas un partisan refroidi de la balnéation, parce qu'il n'a jamais été pour elle d'un enthousiasme brûlant. Il lui a semblé que, pour en bien juger, il fallait l'expérimenter. Les résultats qu'il a obtenus ne sont pas aussi excellents qu'il l'aurait désiré, aussi a-t-il mis beaucoup de réserve dans les conclusions qu'il a formulées. Cependant il a été très-vivement impressionné par certains effets très-puissants, par plusieurs succès qui lui ont paru très-manifestes et très-beaux. D'un autre côté, il ne lui est nullement démontré que les insuccès soient le fait de la méthode. Dans cette situation, M. Féréol ne saurait se résoudre à se priver d'une ressource qui n'est peut-être pas toujours sans péril, mais qui offre des chances de succès fort sérieuses. La gravité de la maladie fait accepter les risques de la médication dans certains cas. C'est au tact et à la conscience de chacun à décider du choix à faire entre le *primum non nocere* et le *melius anceps*. Formuler en loi absolue qu'on ne doit jamais user de bains froids dans la fièvre typhoïde me paraît, dit M. Féréol, un point de vue aussi exagéré et aussi systématique que dire qu'on doit baigner tous les typhiques dans les quatre premiers jours de la maladie. A ceux, du reste, que la haute autorité d'un professeur pourrait influencer, il n'est pas inutile de rappeler qu'un autre professeur avait pris à la clinique de l'Hôtel-Dieu l'initiative que réprouve aujourd'hui, si hautement, M. Peter. Quoi qu'il en soit, M. Féréol a cherché et cherchera encore les indications du bain froid dans la fièvre typhoïde, il ne prétend pas les avoir formulées et croit toute formule difficile en pareille matière, mais dans les circonstances délicates où il lui semble difficile de prendre un parti, il est une question qu'il se pose toujours : « Que ferais-je s'il s'agissait d'un des miens, d'un parent, d'un ami? » Eh bien, dans cette hypothèse, en face de certaines formes ataxiques, avec ou sans congestions pulmonaires, mais avec hyperthermie persistante, M. Féréol prescrirait le bain froid, non sans peur peut-être, mais sans faiblesse. Ce n'est pas là un argument scientifique, j'en conviens, dit-il, mais c'est un argument de bonne foi et de conviction qu'il donne pour ce qu'il vaut en réponse au *caveant consules* de M. Peter.

Langue noire. — M. VALLIN rappelle les cas de langue noire qui ont été présentés par MM. Maurice Raynaud d'une part, M. Féréol d'autre part, et dans lesquels M. Raynaud avait cru constater la présence de spores parasitaires analogues à ceux de la teigne tonsurante, tandis que M. Féréol n'avait rien trouvé d'analogue.

Il a eu l'occasion d'observer le fait suivant :

Un homme, âgé de soixante ans, s'était aperçu depuis plusieurs semaines de la présence d'une coloration noire persistante, sur la base de la langue ; en l'examinant, on reconnaissait que cette coloration noire était due à la présence de filaments qu'on pouvait tondre, pour ainsi dire, comme un gazon. M. Vallin lui ayant demandé s'il avait eu quelque maladie de la peau, il répondit que, depuis vingt-cinq ans environ, il était atteint d'une affection cutanée localisée aux parties de la figure qui étaient recouvertes de poils. Ayant été rasé, en Algérie, par l'un de ces barbiers espagnols, dont la malpropreté est proverbiale, il aperçut quelques jours après sur son menton, la présence de taches rosées qu'il ne put arriver à faire disparaître.

En 1869, il alla consulter M. Bazin qui reconnut un herpès tonsurant et lui conseilla de ne plus porter sa barbe. Mais en sa qualité de capitaine de place devant, plus que tout autre, donner l'exemple, il ne put se décider à se priver de sa barbe qui faisait, pour ainsi dire, partie de son uniforme et, avec elle, garda son herpès. C'est dans ces conditions qu'est survenue cette coloration noire de la base de la langue. Malgré des examens microscopiques réitérés, M. Vallin n'a pu constater dans ces filaments la présence d'aucune espèce de spores, et n'a vu dans cet aspect particulier de la langue qu'une exagération de l'état normal.

M. FÉRÉOL fait remarquer l'importance de ce fait ; si, en effet, on devait jamais trouver des spores dans ces cas, ce serait bien dans celui-ci qui coïncidait précisément avec une affection cutanée.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance publique annuelle, a décerné les prix suivants :

Prix Montyon (statistique). — Mention très-honorable à M. Bertillon; mentions honorables à MM. Heuzé et G. Delaunay.

Prix Jecker (chimie). — M. Cloez.

Prix Barbier (botanique). — M. Planchon.

Prix Desmazières (botanique). — M. Bornet. — Encouragement de 500 francs à M. Müntz.

Prix Thore (anatomie et zoologie). — M. Oustalet.

Prix Bréant (médecine et chirurgie). — Encouragement de 2,000 francs à M. Duboué, et de 1,000 francs à M. Stanski.

Prix Montyon (médecine et chirurgie).— Prix : MM. Feltz et Ritter, Paquelin, Perrin (du Val-de-Grâce). — Mentions : MM. Mayençon et Bergeret, Mayet, Sanson. — Citations : MM. Farabeuf, Franck, Gayon, Badal, Barèty, Brochard, Jolly, Labbé et Coyne, Laveran, L. Leclerc, Pointcarré et Poncet.

Prix Montyon (physiologie expérimentale). — Prix : MM. Morat et Toussaint. — Médaille de 500 francs : M. Mialhe.

Prix Montyon (arts insalubres). — M. Melsens.

Prix Cuvier. — M. Fouqué.

Prix Delalande-Guerineau. — MM. Filhol et Vélain.

— M. le professeur Sée est nommé officier de l'instruction publique.

— M. Meignien, vétérinaire au 12e régiment d'artillerie, est nommé officier d'Académie.

— M. Bourgeau, qui a rendu de si grands services à la botanique par ses intéressants voyages, vient d'être enlevé à ses nombreux amis. Il occupait les derniers loisirs d'une vie très-active à former de très-intéressantes collections d'exsiccata, destinées aux élèves, et offrant quelques centuries de plantes très-bien préparées, très-bien nommées et offrant même des notes sur l'emploi des plantes. Quelques-unes de ces collections existent encore ; on peut se les procurer, au prix de 25 francs, à Paris, chez Mme veuve Bourgeau, 8, rue Linné ; mais nous conseillons de ne pas tarder à prendre une de ces collections, leur nombre étant très-restreint.

— M. le docteur Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, commencera ses leçons sur les *maladies spécifiques des organes génito-urinaires*, le samedi 5 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le mercredi, conférences aux lits des malades, salle 8, deuxième division.

— M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses conférences cliniques le dimanche 6 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera à cet hôpital un cours de clinique thérapeutique le jeudi 3 mai 1877, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Étude sur les résultats définitifs des amputations, par le docteur H. VIARD.— Paris, 1877, grand in-8°, 116 pages et 2 planches. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux..............		
Chlorure de sodium..............		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Vésicatoire argocystique

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN.

1re Médaille à l'Exposition de Paris 1875. Attestation des médecins en chef des *Hôpitaux* du Midi. Expérimenté dans les *Hôpitaux de Londres. Agit promptement, sûrement,* SANS DOULEUR, de 4 à 8 h. N'est pas CAMPHRÉ et ne produit *jamais la Cystite.*

VÉSICATOIRE INSTANTANÉ L. ROUVIERE

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN

Agit en 1 h. et demie en moyenne. N'est pas CAMPHRÉ, et ne produit *jamais la Cystite.* — *Dépôt :* Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. — A. Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple, *Paris.* — Et chez l'inventeur, L. Rouvière, pharmacien à NIMES (Gard).

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET

(Chlorate de potasse)

CONTRE LES MALADIES DE LA GORGE, DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE, LE SCORBUT ET LA SALIVATION MERCURIELLE.

Pharmacie DETHAN, faub. St-Denis, 90, à Paris, et toutes les pr. pharm. de France et de l'étranger.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmaci Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Valérianate d'atropine

Formule du docteur MICHÉA, approuvée par l'Académie de médecine de Paris.

Depuis 1854, le Valérianate d'Atropine est employé avec un grand succès sous formes de granules de un demi-milligramme, formule du docteur Michéa, *approuvée par l'Académie de médecine de Paris, dans le traitement de l'Epilepsie, l'Asthme essentiel ou spasmodique, la Migraine, la Toux nerveuse, l'Hystérie, les Palpitations du cœur, les Convulsions, l'Oppression et la Coqueluche.* Le grand nombre de guérisons obtenues par ce médicament me fait un devoir de le faire connaître. Les doses varient depuis un demi-milligramme jusqu'à 2 milligr. dans les 24 heures. D'un demi-milligramme on passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine de traitement. Au bout de quinze jours, on laisse reposer le malade pendant deux semaines. Puis l'on revient à l'emploi du remède, qui est encore suspendu au bout de quinze jours. La durée du traitement, ainsi repris et interrompu, varie de 2 à 6 mois pour obtenir une guérison radicale. (V. Instruction.)

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.)*, des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique.

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Enghien (Seine-et-Oise).

Chemins de fer du Nord et de l'Ouest, 42 trains par jour.

Saison des Bains, du 1er Mai au 15 Octobre.

Les Eaux d'Enghien s'emploient dans le traitement de toutes les maladies des voies respiratoires, *pharyngite, laryngite* et *bronchite chronique*, dans les *affections de la peau*, la *syphilis* et dans celles qui sont sous la dépendance du système *lymphatique* ou du principe *rhumatismal.*

Dans ces diverses maladies, les Eaux d'Enghien sont employées en *boisson*, *inhalation*, *bains* et *douches.*

Les Eaux d'Enghien se vendent :

Chez les *Négociants d'Eaux minérales* et chez tous les *Pharmaciens.*

Produits à l'acide phénique

DU DOCTEUR DÉCLAT

Sirops et injections sous-cutanées d'ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*), de PHÉNATE D'AMMONIAQUE, de SULFO-PHÉNIQUE, D'ACIDE PHÉNIQUE et GLYCO-PHÉNIQUE, 6, av. Victoria.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50

Le flacon — pour 1 bain. . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

N° 51. — JEUDI 3 MAI 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 3 MAI 1877. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Henry Guéneau de Mussy, candidat pour la section d'hygiène, a lu hier un mémoire très-étendu, et que l'Académie a paru écouter avec un grand intérêt, sur l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux, et sur l'ensemble des mesures qu'il serait utile de prendre pour préserver les populations des dangers de la contagion en général. A ce que M. H. Guéneau de Mussy appelle — malheureusement non sans raison — l'inertie de l'administration française à cet égard, il a opposé, avec une sorte de luxe de preuves et de citations à l'appui, le tableau de ce qui se fait dans plusieurs pays voisins, et particulièrement en Angleterre, où les plus minutieuses précautions sont prescrites réglementairement pour enrayer la contagion dans sa marche, partout où il est possible de la saisir.

Quelques améliorations partielles, très-insuffisantes encore sans doute, mais néanmoins d'une incontestable efficacité, ont été introduites depuis quelque temps dans les hôpitaux de Paris, comme on le sait, grâce à l'utile intervention officieuse des membres de la Société médicale des hôpitaux. Il n'est pas douteux que si l'Académie de médecine, avec son autorité et son caractère officiel, consentait, ainsi que M. Guéneau de Mussy l'en a adjuré dans son mémoire, à soumettre à une nouvelle étude cette grande question d'hygiène publique, elle ne parvînt à se faire entendre et à provoquer d'utiles réformes dans nos réglementations sanitaires.

M. Chauffard est intervenu hier dans la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Il y a donné ce qu'on pourrait appeler la note grave. Gardien sévère de l'esprit et des principes de l'observation médicale, il a considéré comme un devoir de prémunir ses collègues contre les séductions et les dangers des hypothèses auxquelles quelques-uns d'entre eux, — et il n'a pas craint d'ajouter la généralité des médecins à leur suite, — se laissent si facilement entraîner. Le temps n'a pas permis à M. Chauffard de terminer son argumentation; il en est resté au premier point. Nous attendrons qu'il l'ait terminée pour en apprécier l'ensemble.

A la fin de la séance, M. Colin a présenté des pièces provenant d'une jument morte de la morve. Il existait sur les ventricules du larynx et à la vulve des ulcérations ressemblant à des pustules varioliques.

Dr Brochin.

MÉDECINE LÉGALE

Les exhibitionnistes (1)

Par M. le professeur Lasègue.

Notre langue médicale manque d'expressions pour désigner les états si nombreux qui servent d'intermédiaires entre la raison et la folie. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la langue populaire est plus riche; et cependant, malgré la richesse de son vocabulaire, on est forcé de recourir, à l'occasion, à des néologismes. C'est cette nécessité qui excusera le titre que j'ai cru devoir donner à cette courte note.

Parmi les aliénés, il en est un grand nombre qui ne passent pas de l'idée à l'acte, et renferment leur activité dans la sphère toute psychique des conceptions délirantes. Étrangers au monde extérieur, ils lui empruntent peu et surtout ne lui rendent rien. D'autres, moins nombreux, n'ayant pas d'ordinaire franchi les limites extrêmes de la raison, éprouvent le besoin d'une demi-satisfaction, et, défiants ou intimidés, conforment partiellement leurs actions aux idées qui les dominent. Ce type se rencontre souvent chez les aliénés persécutés, chez ceux surtout qui, impliqués dans une persécution dont ils ne sont que l'objectif secondaire, se sont donné la mission de redresseurs de torts. Un seul exemple suffira pour faire comprendre cette étrange espèce de folie avortante.

Un employé d'une administration publique passe chaque jour, au sortir de son bureau, sous les fenêtres d'une jeune fille. La pensée lui vient que cette jeune fille est prise de passion pour lui, et que la résistance des parents est le seul obstacle à leur union. Cette donnée délirante que rien ne justifie l'obsède, et il se résout, après une attente de plusieurs mois, à entamer la lutte. Jamais il n'a essayé de lui parler, de lui faire parvenir une lettre; il n'a cherché nulle part un renseignement; mais tous les soirs d'abord, puis tous les jours ensuite, abandonnant ses occupations qui le font vivre, il se poste devant la maison; il suit la famille partout, à l'église, à la promenade, il l'attend à la porte des amis qu'elle a été visiter. Pas un mot, pas un regard expressif. Son rôle se borne à faire fonction d'ombre, et cela pendant plus d'une année, jusqu'à ce que la famille, effrayée de ce mutisme et de cette incessante obsession, demande qu'on l'en délivre à tout prix.

Si ce fait était une exception individuelle, il ne mériterait pas d'être rappelé, mais il s'est reproduit tant de fois sous mes yeux, avec des variantes qui ne changeaient rien au fond, qu'il acquiert une valeur pathologique. Cet homme rentrait dans la classe de ce que l'on me pardonnera d'appeler les *exhibitionnistes*. Il faisait montre de sa personne et n'allait pas au delà.

Quand on interroge ces malades avec les ménagements qu'exigent de semblables aberrations, on soupçonne plutôt qu'on ne découvre le travail intime qui s'opérait dans leur esprit. L'insistance n'était pour eux qu'un procédé de concentration intellectuelle, et ils ressem-

(1) Extrait de l'*Union médicale* du 1er mai 1877.

blaient (*venia ut verbo*) au mathématicien qui pense devant un tableau noir, où le schème d'une figure géométrique est grossièrement esquissé.

Le sens génital est certainement celui qui se prête le mieux à des perversions compatibles avec un suffisant exercice de l'intelligence. Toutes les déviations y sont représentées, que les étapes marquent un temps d'arrêt dans la démoralisation ou dans la débilité d'esprit. Même à l'état normal, il se complaît dans les satisfactions incomplètes, aussi est-ce lui qui fournit le plus aux exhibitions.

Un individu, presque toujours, sinon toujours un homme (je n'ai vu qu'une seule femme ainsi entraînée), est arrêté pour outrage public à la pudeur. Il a fait montre de ses organes génitaux, non pas au hasard, devant les passants quels qu'ils soient; mais aux mêmes endroits, en regard des mêmes personnes, car le plus ordinairement le manège s'est répété nombre de fois avant qu'il ait donné lieu à une plainte, motivé la surveillance et amené l'arrestation; c'est un scandale privé plutôt qu'un outrage public.

La première pensée est qu'il s'agit d'un homme vicieux, ayant épuisé les débauches et réduit aux dernières ressources des excitations impuissantes. L'enquête prouve surabondamment qu'il n'en est rien. Le prévenu a les antécédents les plus honorables; il n'était pas forcément aux limites de la virilité; sa situation d'argent, son indépendance de tout lien lui permettaient et lui rendaient faciles les satisfactions autorisées. Il ne se distingue ni par l'excès ni par l'absence d'appétition.

Seulement, tandis qu'on obtenait du persécuté persécuteur des demi-confidences, ici on ne pénètre presque jamais dans les sentiments intimes. L'individu, honteux, se renferme dans l'expression ou plutôt dans l'explosion de ses regrets ou de ses remords. Il lui semble que toute réponse serait compromettante, et que moins il rendra compte de ses sentiments, plus on croira à une impulsion excusable, parce qu'elle a été inconsciente. A défaut des aveux, les faits donnent quelques éclaircissements.

Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer m'avait laissé une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de trente ans) appartenant à une famille honorable, jouissant lui-même d'une situation enviée comme secrétaire d'un personnage politique de cette époque. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

L'autorité avait été informée par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église, alors peu fréquentée; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole, et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

La surveillance était difficile, à cause du nombre des endroits où elle devait s'exercer. Un soir, cependant, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse, qui poussa un cri et éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier, que le parquet demanda un examen médical. J'eus avec le prévenu de longs entretiens, dont je ne pus dégager que quelques indices. L'impulsion était invincible, elle se reproduisait périodiquement aux mêmes heures, jamais dans la matinée; elle était précédée d'une anxiété qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure. L'enquête, poursuivie avec une sollicitude concevable, ne fournit que des documents négatifs. Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation.

J'étais alors moins expérimenté, et, devant l'absence de toute conception délirante, de toute perversion intellectuelle ou nerveuse, je dus m'incliner et déclarer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. J'ignore quelle suite fut donnée à l'affaire.

Peu de temps après, j'appris qu'une plainte avait été déposée contre un employé supérieur d'une administration, âgé de soixante ans, veuf et père de famille. On l'accusait de se poster près de sa fenêtre et d'y faire l'exhibition de ses organes génitaux devant une petite fille de huit à dix ans, qui demeurait en face de lui. Cette pratique avait lieu tous les matins, entre dix et onze heures; elle s'était répétée pendant une quinzaine de jours, puis avait cessé pendant plusieurs mois, pour se reproduire dans des conditions identiques. Je connaissais personnellement l'inculpé, j'allai le voir et lui demandai confidentiellement des renseignements, qu'il ne refusa pas. Il avouait tout, reconnaissait l'énormité et l'absurdité de la faute, sans savoir, disait-il, comment se défendre. L'incitation instinctive était intermittente, mais, dès qu'elle se produisait, il la sentait invincible. Sa conduite, connue, non plus par une enquête de police, mais par les relations de ses amis, échappait à tout soupçon. Averti à temps, il se décida à partir en Belgique avant l'instruction judiciaire. J'ai appris qu'il était mort un an après, à la suite d'accidents cérébraux.

D'autres exemples, qu'il serait inutile de rappeler, m'avaient permis d'établir ce qu'on me pardonnera d'appeler les caractères scientifiques de l'espèce : exhibitions à distance, pas de manœuvres lubriques, pas de tentative pour entrer en relations plus intimes; retour du même instinct aux mêmes lieux et habituellement aux mêmes heures; pas un acte repréhensible au point de vue génital en dehors de cette manifestation monotone.

Comment pouvait s'expliquer cette aliénation partielle? Fallait-il y voir un caprice inexpliqué, ou était-il possible de la rattacher à un état pathologique? Je ne me bornai plus à chercher dans le fait un éclaircissement, et je regardai comme un devoir de remonter dans le passé et de continuer ma surveillance médicale dans l'avenir. Ce procédé avait deux mérites : médico-légalement, il était scientifique; moralement, il était honnête.

Un officier supérieur en retraite (soixante-cinq ans) est sous le coup d'une prévention d'outrage public à la pudeur, dans les conditions suivantes : tous les deux jours, bizarre intermittence, il va se placer devant la grille d'une maison où habitent des jeunes filles, dans la localité où lui-même a sa résidence. Là, il découvre ses organes génitaux; puis, après quelques minutes, reboutonne son pantalon et continue sa promenade périodique. Détail non moins curieux, il dépose toujours sa canne au même endroit avant de se mettre en posture. L'inculpé jouit, en apparence, de la plénitude de sa raison, il répond pertinemment aux questions, nie sans insistance, en faisant valoir moins la non-existence que l'improbabilité du délit.

Or cet homme, d'une intelligence élevée, d'habitudes correctes, avait perdu sa femme, il y a un an; depuis lors, il était sujet à des accès vertigineux avec confusion intellectuelle et parfois même subdélire. Il errait dans son jardin pendant les crises, prononçant des phrases sans suite, rentrait dans son appartement et s'endormait dans un fauteuil. Lui-même ne conservait qu'une vague notion de ces accidents, dont ses serviteurs rendaient un compte exact et détaillé. Sa mémoire, en toutes choses, avait faibli, et il avait dû renoncer, dans son isolement, à des lectures qui le fatiguaient sans l'intéresser. Une attaque de ce genre, mais plus intense, s'était produite chez un de ses parents au moment de se mettre à table et en présence d'une nombreuse compagnie; on avait dû ramener le malade en voiture à son domicile. Il n'invoquait et ne pouvait invoquer, pour sa défense, ses souvenirs, qui lui faisaient défaut. Aucune suite ne fut donnée à l'affaire, et le malade est mort depuis, hémiplégique, chez un de ses parents qui l'avait recueilli pour éviter de nouvelles aventures.

Un administrateur, également distingué jusque-là par l'intelligence, est arrêté pour une exhibition périodique de ses organes génitaux dans une rue de Paris. Ses antécédents sont d'une telle honorabilité qu'on admet un trouble mental sans recourir à l'expertise d'un médecin. Un an après, je suis obligé d'interner le malade dans un asile privé d'aliénés, où il succombe aux suites d'une démence sénile à marche rapide. L'attention une fois éveillée, on découvre que cette aberration génésique n'est qu'un chaînon dans la chaîne des perversions intellectuelles qui avaient passé inaperçues. En médecine mentale, les observations rétrospectives sont toujours les plus précises et les plus probantes; des renseignements qu'on aurait sollicités vainement avant la chute, se produisent en foule, dès que les observateurs non médicaux sont mis sur la voie par la maladie confirmée.

On comprend que je signale des types, et n'entends donner ni une statistique, ni un catalogue des cas trop nombreux que j'ai été en mesure de recueillir.

Un jeune homme (vingt-six ans) est arrêté dans les conditions suivantes : Toutes les après-midi, à cinq heures sonnantes, il se place

au coin de la porte d'un pensionnat de jeunes filles. Au moment de la sortie des enfants externes, il découvre ses organes génitaux et laisse défiler les pensionnaires devant lui. Le manége, uniforme quant au lieu, quant à l'heure, quant au procédé, n'est signalé qu'au bout d'une dizaine de jours. L'affaire s'instruit, et donne lieu à une condamnation à quelques semaines de prison.

La famille réussit à empêcher que la chose ne s'ébruite, et le condamné peut rentrer dans l'administration à laquelle il appartient. Deux mois plus tard, il est mis en congé pour cause de maladie ; on s'aperçoit que ses écritures sont irrégulières, qu'il a des détaillances intellectuelles incompatibles avec son service. Le malade rentre dans sa famille. Il est célibataire, et sa conduite ne diffère en rien de celle des jeunes gens de son âge. Après un an d'oisiveté, surviennent des accidents cérébraux qui me forcent à provoquer le placement du malade. Il est dans un état de délire hypochondriaque, avec excitation, une forme connue, mais mal décrite ; sa conviction est que sa personne se compose de deux pôles en antagonisme : sa tête et ses organes génitaux. L'excitation passe de l'un à l'autre de ces foyers, et il est là, anxieux, attendant chacune des révolutions, qu'il compare à des secousses électriques. Un amendement relatif se produit bientôt, suivi d'une rechute ; et l'aliénation, devenue incurable, persiste encore aujourd'hui avec des accidents vertigineux graves.

Un hommes de lettres (soixante-trois ans), de mœurs pacifiques, vivant avec une sœur plus âgée que lui, dans les conditions les plus modestes et les plus dignes, est arrêté, un soir, faisant l'exhibition de ses organes génitaux dans une rue isolée de son quartier et devant de rares passants. Il est condamné à deux mois de prison. Un an plus tard, nouvelle arrestation, à la même heure, neuf heures du soir, en plein été, à l'entrée d'un des urinoirs des Champs-Élysées, attendant avec une passivité niaise. C'est un pauvre homme, faible de caractère, sujet à des éblouissements, à marche mal assurée, sans paraplégie, et présentant quelques intermittences cardiaques.

J'avais, il y a peu de jours, dans mon service un jeune homme qui peut servir de type. C'est par son observation très-résumée que je clorai ce long et sommaire exposé.

X... a trente-ans. Il a fait la guerre comme soldat, puis comme sous-officier dans un régiment de ligne. Ses notes militaires sont parfaites de tout point. En 1873, étant au service, il est atteint d'une maladie mal définie qu'on aurait, à son dire, nommée fièvre typhoïde, qui se renouvelle à deux reprises dans la même année et, chaque fois, débute par une attaque subite et comateuse. Rentré chez son père, il y exerce la profession de commis marchand de vins. Une plainte est portée par une voisine qui l'accuse de se mettre demi-nu à la fenêtre, presque tous les jours, entre deux et trois heures de l'après-midi. X..., vivement réprimandé, s'enfuit de la maison, court la campagne, fait sur une route la rencontre d'une enfant, à laquelle il exhibe ses organes génitaux sans lui adresser la parole. Arrêté par le père, qui travaillait à peu de distance de là, il est condamné à deux mois de prison.

La peine finie, il se place chez son frère. Le même manége a lieu, à la même heure, à sa fenêtre ; même plainte est adressée à l'autorité ; mais le prévenu est soumis à mon examen, sur la demande de la famille. C'est un homme robuste, sain d'intelligence ; il avoue sans restriction, et déclare que cette tentation, dont l'étrangeté ne lui échappe pas, est au-dessus de sa force de résistance. Quand elle survient, il succombe, et il ne l'éprouve qu'à certaines heures de la journée. X... est d'ailleurs sujet à des attaques de sommeil maladif, dont on rencontre tant d'exemples au début de diverses affections cérébrales. On le trouve dormant au milieu de ses occupations, et demi-conscient de ce qui se passe autour de lui ; réveillé, il reprend immédiatement sa besogne. Jamais de crise ni épileptique ni épileptiforme.

Les faits que je viens de résumer portent l'empreinte des états pathologiques : leur instantanéité, leur périodicité, leur non-sens reconnu par le malade, l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux conséquences qui en résulteront, la limitation de l'appétit à une exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques aventures, toutes ces données imposent la croyance à la maladie.

Seulement, le fond sur lequel ces accès se développent n'a rien de commun avec les folies confirmées. A l'égal de toutes les affections intermittentes, qu'elles s'appellent la fièvre paludéenne, la goutte ou l'hystérie, la maladie fondamentale comporte des intermissions absolues.

Déclarer que la continuité est l'élément obligé de l'aliénation serait, aujourd'hui plus que jamais, une erreur inadmissible.

C'est pour poser un nouveau jalon sur la route encore peu frayée qu'on doit suivre dans la recherche des désordres intermittents et des impulsions par accès, que j'ai rassemblé ces souvenirs.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la dyspepsie douloureuse (1).

III

Les causes de la dyspepsie sont extrêmement variables. En première ligne, je citerai l'ingestion d'aliments en trop grande quantité, et l'usage de substances alimentaires de mauvaise nature. Dans ces cas, il suffit de changer le régime pour voir la maladie disparaître.

Quelquefois, elle dépend d'une mauvaise distribution dans l'heure des repas qui tantôt sont trop éloignés, tantôt trop rapprochés ; ou bien encore d'un travail intellectuel commencé trop tôt après le repas.

Souvent encore la dyspepsie dépend d'une constitution débile, l'estomac, comme les autres organes, étant alors incapable de remplir d'une manière suffisante les fonctions qui lui sont assignées.

Quelquefois, la maladie provient d'une mauvaise nourriture première, soit encore que les malades aient été élevés au biberon, qu'ils aient eu une mauvaise nourrice, soit enfin qu'ils aient été sevrés trop tôt, toutes conditions qui prédisposent aux affections gastriques et deviennent des causes de dyspepsie.

Chez notre malade, cette faiblesse était acquise, depuis longtemps ; car de tout temps, elle a très-peu mangé, et de tout temps elle a souffert de l'estomac.

L'état d'hystérie et l'anémie profonde dans laquelle elle est tombée peuvent-elles être considérées, chez cette malade, comme une cause de dyspepsie ?

Évidemment, l'hystérie et l'anémie peuvent avoir exercé une certaine influence sur la gastralgie, mais je crois qu'il faut voir là simplement des phénomènes concomitants qui sont augmentés par ces deux états morbides. Je ne crois pas ici à l'influence sérieuse de ces affections pour produire la dyspepsie. Une autre cause particulière qui n'est probablement pas sans avoir exercé une certaine influence sur l'évolution de la maladie dont cette femme est atteinte, c'est la profession qu'elle exerce. En effet, je vous ai dit qu'elle est cigarière, c'est-à-dire qu'elle passe sa journée dans une atmosphère de tabac. Eh bien, il faut savoir, et c'est un signe sur lequel le docteur Mélier a appelé l'attention dans un mémoire, lu à l'Académie de médecine en 1845, sur les ouvriers qui travaillent le tabac, que celui-ci peut donner lieu à une anémie particulière se traduisant par une teinte grise de la face intermédiaire à la teinte de l'anémie et du cancer, par la lenteur des fonctions digestives et une variété particulière de dyspepsie. Eh bien, ne pouvons-nous pas nous demander si le tabac n'a pas exercé une certaine influence sur la maladie? et pour ma part, je crois devoir lui réserver une petite place dans l'étiologie, chez cette femme, déjà anémique et hystérique on comprend très-bien que cette cause s'ajoutant aux autres ait pu déterminer une exagération des accidents gastralgiques.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 avril.

J'arrive au traitement.

Le traitement de la dyspepsie comprend une foule de moyens, mais il importe d'abord de savoir à quelle variété de dyspepsie on a affaire, car il varie suivant l'espèce. Il est différent suivant qu'il s'agit d'une boulimie, d'une dyspepsie acide ou bien d'une gastralgie, et c'est pour n'avoir pas bien fait cette distinction qu'on conseille à des malades des médications qui ne réussissent pas.

Ici notre diagnostic étant fait et sachant qu'il s'agit d'une dyspepsie douloureuse, comment allons-nous la traiter?

La première indication à remplir consiste à calmer la douleur et c'est à l'emploi des narcotiques, sagement administrés, qu'on devra d'abord s'adresser. C'est ainsi que l'on se trouvera bien de l'administration des narcotiques ou des narcotico-anesthésiques. La belladone a donné quelques bons résultats; on l'administre en pilules de 1 centigramme d'extrait de belladone, données une avant le déjeuner et une avant le dîner. On obtient ces mêmes avantages en donnant au malade immédiatement avant chaque repas 1 ou 2 centigrammes d'extrait d'opium. J'en dirai autant de 2 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau prise dans les mêmes conditions, et d'une préparation officinale anglaise qu'on désigne sous le nom de gouttes noires. Une, deux, trois gouttes noires dans un peu d'eau, prises avant le repas constitue un très-bon moyen. Une préparation d'opium que je vous recommande également, c'est la codéine qui est encore très-indiquée avant les repas, à la dose de 1 centigramme pour calmer les douleurs et qui souvent produit une amélioration telle, que les malades peuvent manger sans difficulté.

Si l'administration à l'intérieur des narcotiques ne suffit pas, on pourrait y joindre les injections par la méthode hypodermique en un point quelconque du corps. C'est ainsi qu'on se trouvera bien de l'injection de 20 gouttes d'une solution au 100e de chlorhydrate de morphine.

D'autre part, on facilitera la digestion par l'emploi de quelques eaux alcalines, qui amélioreront les digestions en déterminant une excitation un peu factice de l'estomac.

Quand les fonctions de cet organe ne sont pas trop languissantes et lorsque le malade mange de la viande, on obtient de bons effets de l'emploi des préparations de pepsine. C'est ainsi que un ou deux grammes de pepsine neutre, après avoir mangé, faciliteront la transformation des substances animales en chyme.

Outre ces moyens, il en est encore d'autres auxquels on peut recourir, surtout quand les malades sont anémiques.

Je veux parler des bains alcalins ou sulfureux qui ont pour effet d'exciter la circulation de la peau; et surtout des différentes pratiques de l'hydrothérapie.

Les douches froides, en particulier, dirigées sur le tronc ou sur les membres produisent des effets remarquables et tels que par leur emploi, certains malades en arrivent à digérer sans douleur. C'est qu'en effet les douches froides n'agissent pas comme dérivatifs, mais particulièrement comme reconstituants : surtout chez les gens anémiques. Elles ont presque la même action que le fer et ont de plus l'avantage de lui être préférable : ce médicament étant ordinairement mal supporté dans la dyspepsie douloureuse. Aussi l'emploi du fer n'est-il indiqué qu'autant qu'il est contenu dans certaines eaux minérales.

A côté de ces divers moyens, il me reste à vous parler encore d'une chose extrêmement importante, de l'alimentation. Chez ces malades, il est quelquefois difficile de prescrire d'avance l'alimentation qui convient, et, sous ce rapport, on doit consulter avant tout les aptitudes des individus. En sorte que l'on peut dire qu'un malade intelligent doit être son propre médecin relativement à son alimentation. Néanmoins, en général, quand il n'existe pas d'idiosyncrasie gastrique qui porte les malades à préférer tel ou tel aliment, vous recommanderez de préférence les viandes rôties, les poissons, les légumes verts, les œufs frais. Vous proscrirez surtout dans la dyspepsie, les crudités, les aliments gras, le beurre, la graisse, l'huile, etc. Mais en outre, il faut s'appliquer par dessus tout à recommander un régime alimentaire exactement suivi. Si les heures des repas ne sont pas parfaitement réglées, non-seulement vous risquerez de n'obtenir qu'une amélioration incomplète, ou même, dans certains cas, aucun résultat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté déposé par M. Reynier. (Accepté.)

PRÉSENTATIONS

M. LEFORT présente, au nom de M. Chabbert, un mémoire sur les veines de la face et du cou.

M. LABOULBÈNE, au nom de M. le docteur Roubaud, présente un exemplaire de la quatrième édition de son livre intitulé : *Pougues, ses eaux minérales, ses environs ;*

Et au nom de M. Robinet, une brochure intitulée : *Étude historique et scientifique sur la fermentation.*

M. LARREY présente un volume de *Recueil des mémoires de l'Académie des sciences et belles-lettres de Toulouse.*

M. PIORRY présente, au nom de M. le docteur Tamain-Despalles, une brochure intitulée : *Oxythérapie et azothérapie.*

M. LE PRÉSIDENT déclare qu'une vacance est ouverte dans la section d'hygiène pour le remplacement de M. Lélut.

LECTURE

M. HENRY GUÉNEAU DE MUSSY lit un travail sur l'emploi de l'isolement comme moyen prophylactique des maladies contagieuses. Ce travail est basé sur les observations que M. Guéneau de Mussy a pu faire dans quelques pays étrangers, particulièrement en Angleterre. On se demande comment l'isolement, dont l'efficacité a toujours été reconnue quand on l'oppose à un fléau venu du dehors, ne pénètre que si laborieusement dans la législation et les habitudes sociales, quand il s'agit des maladies contagieuses. M. Guéneau de Mussy s'applique à combattre l'indifférence des peuples en cette matière. Il est cependant bien évident que le seul remède efficace contre le développement des maladies contagieuses est encore, comme au temps de Moïse, la séparation, l'isolement de l'individu malade. S'il fallait prouver que la promiscuité des maladies contagieuses est, dans les hôpitaux d'enfants surtout, une cause de mort fréquente, l'orateur n'aurait qu'à puiser dans les travaux français, et particulièrement dans les comptes rendus de M. Besnier, à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies régnantes, M. Guéneau de Mussy rappelle le rapport de M. Vidal, en 1864, rappelant lui-même les propositions de Tenon, en 1788, un arrêté du conseil des hospices, en 1815, tendant à demander l'isolement des contagieux, en particulier des varioleux. L'expression de ce vœu s'est bien souvent renouvelée; il y a plus de dix ans que M. Besnier recueille des milliers de faits et établit des statistiques irréfutables, d'où il déduit les leçons les plus instructives à ce point de vue. Toutefois, il faut reconnaître qu'on est arrivé à obtenir un local spécial, dans les hôpitaux, pour les varioleux, local qui est loin d'être sans défaut et qui a surtout celui de n'avoir qu'une destination temporaire. De cette conquête toute récente, M. Guéneau de Mussy tire des preuves nouvelles en faveur de la nécessité d'établissements affectés aux autres maladies contagieuses.

Il est un grand nombre d'exemples de contagion de la rougeole et surtout de la diphthérie dans les hôpitaux d'enfants; ces exemples sont empruntés aux rapports de M. Besnier et portent sur des enfants entrés à l'hôpital pour des affections bénignes, et qui y ont succombé pour y avoir contracté l'une de ces maladies. (Voir *Gazette des hôpitaux*, comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux). En poursuivant ces relevés, on arrive à la démonstration mathématique, pour certaines maladies du moins, qu'il se développe par contagion dans les hôpitaux presque autant de cas qu'il en vient du dehors.

M. Guéneau de Mussy établit ainsi que la mesure initiale de toute pratique fructueuse de l'isolement, l'isolement dans les hôpitaux, n'a pas encore été obtenue en France et surtout à Paris.

Il n'en est pas ainsi en Angleterre; loin d'être indifférent à ces questions, le public veut être au fait de ce qui intéresse sa santé; les journaux quotidiens le mettent au courant de ces matières et se font volontiers ses intermédiaires avec le corps médical. On y recherche ainsi, on y discute les causes de l'apparition d'une affection zymotique dans un quartier, dans une rue, on indique souvent la maison où le premier cas s'est déclaré, en même temps que les précautions à prendre ou déjà prises. Que dirait-on chez nous si les journaux quotidiens s'occupaient de ces questions; cela ne servirait qu'à créer des embarras à l'administration! En Angleterre, on raisonne autrement, on pousse jusqu'à l'extrême les révélations des moindres faits capables de compromettre la santé publique.

M. Guéneau de Mussy cite ici un exemple des précautions qu'on prend en Angleterre au sujet de la désinfection des voitures qui ont servi au transport des varioleux dans les hôpitaux; un député a interpellé le ministre pour savoir si on tenait la main à ce qu'un policeman fût de garde à la porte de chaque hôpital, avec la consigne de s'assurer que toutes ces voitures subissent la désinfection réglementaire avant de s'offrir au public. Un cocher qui a éludé ces prescriptions a été condamné à cinq livres sterling d'amende, et de plus, à désinfecter sa voiture à ses frais.

M. Guéneau de Mussy cite encore, entre autres exemples, celui d'un tailleur, ayant deux enfants atteints de la scarlatine, qui a été également condamné à une amende, pour avoir envoyé cette maladie à ses pratiques avec leurs vêtements. L'auteur montre, à l'aide de ces exemples, par quels moyens le public, en Angleterre, est appelé à toucher du doigt les causes des maux qu'il a à cœur d'éviter. On comprend aisément après cela, que partout en Angleterre on admette l'importance de l'isolement. Londres possède seul, depuis 1746, un hôpital spécial pour la petite vérole et, depuis 1802, un hôpital pour les fièvres contagieuses, qui n'a cessé depuis, d'être agrandi et amélioré. Enfin, dans ces derniers temps, on a installé un grand nombre de chambres particulières, destinées à ceux qui, sans appartenir à la classe pauvre, n'ont pas chez eux les moyens de se soigner et de s'isoler convenablement. On a ainsi créé quatre grands établissements hospitaliers, uniquement destinés aux malades atteints d'affections contagieuses ou zymotiques. Les paroisses en font les frais et ils sont administrés par des citoyens de bonne volonté. Enfin, dans chaque hôpital se trouvent des salles réservées aux malades atteints d'affections contagieuses. M. Guéneau de Mussy complète ces renseignements, en faisant connaître les lois et les règlements relatifs à la création, à la disposition d'un hôpital, suivant les lieux, les besoins de la population, etc. L'isolement des maladies contagieuses est toujours la première condition qui doit être remplie.

La loi prescrit encore que toute maison ou appartement à louer, après avoir été occupé par un malade, soit désinfecté à la satisfaction d'un médecin dûment qualifié qui donnera un certificat à cet effet. Elle condamne sévèrement celui qui, contrairement à la vérité, nie avoir logé un malade atteint d'affection contagieuse, elle défend la transmission de tout objet contaminé avant de lui avoir fait subir la désinfection réglementaire; elle interdit aux personnes infectées, le droit de se montrer en public. Cependant cela ne suffit pas encore, de tous côtés aujourd'hui des pétitions sont adressées au gouvernement pour que, non pas seulement le premier décès par maladie contagieuse, mais bien le premier cas lui-même de la maladie soit publiquement déclaré. Cette déclaration est reconnue obligatoire en Hollande. Elle est imposée de même à New-York. En dernier lieu, le comité d'hygiène de New-York vient d'ordonner que tout individu atteint de variole soit transféré à l'hôpital toujours pourvu de chambres particulières, où d'ailleurs les médecins de la famille peuvent continuer leurs soins.

M. Guéneau de Mussy cite encore un grand nombre d'exemples des précautions infinies que l'on prend dans certains pays, contre les maladies contagieuses. Il insiste sur l'importance qu'il y aurait à introduire, pour tous les états, une législation qui imposerait des règlements uniformes dont l'isolement doit toujours être le point de départ.

Il fait, en outre, ressortir les bons effets qu'on a déjà obtenus, en France, de l'isolement quelque insuffisant qu'il soit, dans certains hôpitaux. Il rapporte plusieurs exemples d'invasion de la scarlatine dans toute une famille, en Anglerre, et aussitôt arrêtée par suite des précautions prises.

Il termine en se demandant à quoi tient la résistance de l'administration pour introduire ces sages mesures en France, en combattant partout les objections qui pourraient être faites. L'autorité de l'Académie peut-être très-utile en cette circonstance.

(Le mémoire de M. H. Guéneau de Mussy est renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. La parole est à M. Chauffard :

DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. CHAUFFARD. Il n'est pas de problème qui soulève les questions plus complexes que celle qui embrasse toute l'étiologie des maladies spécifiques. L'étiologie de ces maladies paraît, au premier abord, simple entre toutes, et c'est cependant la plus enveloppée, la plus ardue. De toutes les maladies spécifiques, la fièvre typhoïde est peut-être celle qui a l'apparence et le fond le plus commun, le plus rapproché des maladies que j'appellerais volontiers naturelles. Le caractère typhique est, en quelque sorte, un caractère générique, qui se reproduit dans nombre d'espèces morbides; aussi l'étiologie de cette grande fièvre de notre race et de nos climats participe-t-elle des conditions communes et des conditions spécifiques. Ces conditions sont entre elles dans des proportions variables, suivant les cas individuels et suivant les épidémies. N'envisager que les unes ou les autres, c'est ne voir qu'un aspect des choses et supprimer les autres aspects; c'est tourner en une erreur fondamentale un fait qui, pourtant, a sa part de vérité. Il faut tout voir, tout mettre à sa place, et puis chercher la vérité synthétique qui contient en elle et vivifie toutes les vérités particulières. Pour moi donc, ce problème étiologique est l'un des plus difficiles et des plus obscurs de la pathologie. Je suis bien loin de le comprendre et de le résoudre par des affirmations exclusives et tranchées, et d'effacer, à son sujet, toutes les les incertitudes qui accompagnent l'étiologie des maladies spécifiques. Je sais quelles redoutables questions je vais rencontrer, quelles contradictions apparentes les faits vont me présenter, et combien je resterai loin de cette simplicité systématique qui entraîne si aisément les esprits par cela peut-être qu'elle demeure si loin des choses.

La fièvre typhoïde peut se transmettre par contagion, et elle n'atteint qu'une fois, dans sa vie, un même individu. Ces deux faits solidaires, sont l'irrévocable témoignage de sa spécificité. Je les considère comme acquis, je pars donc de ce fait, la spécificité. Qu'implique cette spécificité au point de vue étiologique?

La fièvre typhoïde étant spécifique, ne saurait reconnaître que des causes spécifiques. Il est contraire à toute logique, qu'une affection spécifique puisse naître de causes banales, s'il paraît souvent en être ainsi, c'est que la cause spécifique, l'agent contagieux se dérobe à l'observation.

La pathogénie des maladies spécifiques implique l'action causale d'un agent spécifique; cet agent, ferment figuré, pénètre les tumeurs et s'y multiplie; c'est cette multiplication ou fermentation qui constitue la maladie spécifique.

Mais avant d'exposer la pathogénie des maladies spécifiques, considérées comme fermentations morbides, montrons la réalité du premier fait, savoir qu'une cause spécifique, qu'un contage est la cause unique et effective de la fièvre typhoïde; les autres causes invoquées

jusqu'ici étant simplement prédisposantes, adjuvantes, exceptionnelles, accidentelles. Je ne citerai que les opinions émises par les membres de l'Académie.

M. Chauffard examine successivement les opinions de M. Bouillaud, de M. Bouchardat, de M. Guéneau de Mussy, de M. J. Guérin, de M. Jaccoud.

Vous voyez, messieurs, dit M. Chauffard, après cette revue des opinions de ses collègues, quel entraînement porte aujourd'hui la plupart des médecins sur l'unicité de cause dans les maladies spécifiques. Cet entraînement est plutôt logique, qu'inspiré par la pression des faits.

Mais nous n'avons fait qu'exposer la première partie du problème étiologique que soulèvent les maladies spécifiques et la fièvre typhoide en particulier. A cette assertion que la fièvre typhoïde, maladie spécifique, ne peut naître que d'un agent spécifique, il faut associer les affirmations données sur le mode d'action de cet agent unique et nécessaire. C'est le complément obligé de la question étiologique, il nous conduit en face même de la question pathogénique.

Or, c'est cette action de la cause spécifique, telle que la veulent les doctrines de certains spécifistes, qu'il me reste à exposer.

M. Chauffard expose ici la doctrine étiologique des êtres parasitaires, des ferments animés, des microzoaires, micrococcus, vibrions ou bactéries. On peut voir, dit-il, que cette doctrine est empruntée, dans ses traits essentiels, aux admirables travaux qui ont transformé l'histoire naturelle des ferments.

Quand M. Pasteur est entré à l'Académie, il n'y est pas seulement entré avec son œuvre immortelle, avec la science des fermentations, il y est entré avec toute une pathologie envahissante qui semble avoir conquis déjà la classe entière des maladies spécifiques et tend à gagner les affections internes qui, jusqu'ici, semblent se dérober à la spécificité.

Substituer le parasitisme à la vieille conception de la maladie une, active et spontanée, le travail systématique du jour est là. Beaucoup de médecins assistent à cette évolution, les uns surpris, les autres inconscients. Quelques physiologistes ont su mesurer tout ce que ces nouvelles doctrines médicales si facilement acceptées et propagées, offrent de conséquences étranges. Ici M. Chauffard cite l'opinion exprimée par M. Chauveau, dans un travail sur la physiologie des maladies virulentes, opinion sur laquelle tout en combattant la nouvelle doctrine du parasitisme, il semble plaider en sa faveur les circonstances atténuantes.

Toutefois, ajoute-t-il, l'observation n'a pas permis de constater un microzoaire ou un ferment figuré pour chaque maladie spécifique, comme il y a un ferment figuré pour chaque espèce de fermentation. Cette lacune de l'observation qui se maintient malgré toutes les recherches et tous les efforts, a porté M. Bouchardat à admettre pour la fièvre typhoïde un de ces ferments liquides, comme en montrent certains actes physiologiques. La théorie des ferments liquides ou chimiques, loin d'être entièrement abandonnée, revient à l'ordre du jour. Les bactéries et micrococcus, d'après certains auteurs allemands, seraient dépourvus de toute propriété spécifique, septique ou pyrogène. Cette proprieté appartiendrait uniquement aux poisons putrides chimiques. Je n'ai pas à faire un choix entre ces deux systèmes d'erreur, je reconnais cependant que la faveur médicale est aujourd'hui au parasitisme.

Si les médecins consommés, adonnés à l'observation clinique, admettent aussi facilement des explications étrangères à l'ordre pathologique, c'est qu'elles s'imposent avec evidence et forcent les convictions. Le succès populaire semble répondre aux enseignements prodigués avec une si haute autorité. Quelle vulgarisation facile, en effet, que celle des théories parasitaires! Comme à leur aide, l'étiologie et la pathogénie des maladies spécifiques deviennent simples, aisées à comprendre! Un agent unique, un ferment figuré, un microzoaire pour chaque maladie, voilà la cause; cet agent animé se multipliant, se reproduisant sur le sol organique, se répandant au dehors ensuite, disparaissant enfin, lorsque les conditions du terrain ne lui sont pas favorables, voilà le déterminisme et l'évolution morbides. Comme tout cela semble satisfaisant pour l'esprit. Il me serait doux de m'abandonner au courant sans regarder en arrière... Ma situation d'esprit est malheureusement tout autre, et je me vois en face d'un vaste ensemble d'interprétations fausses, d'une suite d'assertions que je considère comme contraires aux faits, à la clinique, aux vérités fondamentales de la science et de l'art. Je vais entreprendre de la montrer.

L'heure étant trop avancée pour permettre à M. Chauffard de terminer son argumentation, la parole lui est réservée pour la terminer dans la prochaine séance.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

1. Maisonnave. Quelques considérations sur le traitement des hématémèses supplémentaires des règles.
2. Benoît. De l'acide salicylique et du salicylate de soude.
3. R. de Poincy. Étude pratique sur la syphilis infantile héréditaire et acquise.
4. Longuet. De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.
5. Croneau. Essai sur les fractures du maxillaire supérieur.
6. Bertholon. De la vitalité des races du Nord dans les pays chauds exempts d'impaludisme.
7. Sourris. De l'angine tuberculeuse,
8. Bez. De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu.
9. Grizou. Du drainage de l'œil au point de vue de la physiologie et de la thérapeutique oculaires.
10. Bodé. Étude clinique sur la septicémie puerpérale.
11. Degaix. De la ponction aspiratrice des kystes hydatiques du foie.
12. Buvelot. De la tarsalgie chez les adolescents.
13. Gaillard. Essai sur les traitements des fractures transversales de la rotule.
14. Gallois. Quelques recherches et réflexions critiques, sur la question de l'innocuité du lait provenant des nourrices syphilitiques.
15. Coppini. Tumeur volumineuse de l'abdomen très-remarquable sous les rapports du siège, du diagnostic et de l'autopsie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de déclarer que « nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions, n'ont pas droit à ce titre. »

— Par arrêté en date du 30 avril 1877, la chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret en date du 10 avril 1877, ont été promus dans les corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Baldy, Gobet, Biebuyck, Janson et Chauvel.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Lelorrain, Passot, Strauss, Lavat, Jourdan, Dubarry et Bois.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Marcailhou.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Raby et Morel.

— MM. Mervy, médecin aide-major de 2e classe, Passabosc et Weil, pharmaciens aide-majors de 1re classe, viennent de donner leur démission.

— *Prix L. Lacaze.* — L'Académie des sciences décernera pour la troisième fois, dans sa prochaine séance publique annuelle, trois prix de dix mille francs chacun, aux ouvrages ou mémoires qui au-

ront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

— *Prix Montyon* (médecine et chirurgie). — Ce prix a « expressément » pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques. Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée. — Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour. — Nominations de membres titulaires et d'associés libres nationaux; — 2° Fixation de la date du banquet de la Société; — 3° De l'antéversion de l'utérus, par M. Fontès; — 4° Hernie monstrueuse comprenant la généralité des intestins, par M. Girault; — 5° Sur la strophantine, nouveau poison du cœur, par M. Er. Hardy.

— M. le docteur Luys reprendra ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, le dimanche 13 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital de la Salpêtrière, salle des Consultations, à l'Infirmerie générale, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 6 mai, dans les bois de Saint-Cloud et Ville-d'Avray. — Rendez-vous aux gares de Montparnasse ou de Saint-Lazare, à dix heures un quart, pour le train partant de Paris à dix heures et demie pour les stations de Saint-Cloud (rive droite) et de Bellevue (rive gauche). — On pourra prendre, à dix heures, quai du Louvre, le bateau pour Saint-Cloud. — Le rendez-vous est dans le parc de Saint-Cloud, près des cascades, à onze heures un quart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des nouveau-nés. L'Athrepsie, par M. Parrot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés. Leçons recueillies par M. le docteur Froisier, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol. gr. in-8° avec 13 planches, dont 4 en couleurs. Prix : 18 francs. — G. Masson.

Traité des maladies infectieuses. Maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes, fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste, choléra, par W. Griesinger; traduit par le docteur G. Lemattre; deuxième édition, revue, corrigée et annotée par le docteur E. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce. — Paris, 1877, 1 vol. in-8° de xxxii-742 pages. Prix : 10 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Leçons de clinique chirurgicale (clinical lectures and essays), par sir James Paget; traduit de l'anglais par le docteur L. H. Petit, et précédé d'une introduction de M. le professeur Verneuil. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 8 francs. — Germer Baillière et Ce.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier. 12e année, 1876. — 1 vol. in-12 de 550 pages. Prix : 7 francs. — Germer Baillière et Ce.

Leçons sur la localisation dans les maladies du cerveau, faites à la Faculté de médecine de Paris (1875) par le professeur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. Premier fascicule. — 1 vol. in-8° avec 45 figures dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

La Vérité sur les maladies de l'utérus et la physiologie médicale de la femme, par le docteur Dechaux (de Montluçon). — 1 vol. in-18 jésus de 173 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Études médicales sur la chronique de Bernal Diaz de Castillo, compagnon d'armes de Fernand Cortès. — **Les Syphilitiques de la campagne de Fernand Cortès**, par le docteur D. Jourdanet. — In-8°. Prix : 3 francs. — G. Masson.

Étude clinique sur le cancer latent de l'estomac, par le docteur Chesnel. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur une forme d'adéno-lymphite péri-utérine, par le docteur Georges Mary. — Paris, 1877, grand in-8°, 66 pages. — Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 52. — SAMEDI 5 MAI 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 5 MAI 1877. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sémiologie générale de l'urine dans la fièvre typhoïde.

A l'occasion d'un fait de fièvre typhoïde de forme dite rénale, dont nous avons entretenu les lecteurs de la Revue dans le numéro du 21 avril, sur l'invitation de M. le professeur Hardy, M. Albert Robin, chef des travaux chimiques au laboratoire de la Charité, a fait, mardi dernier, dans l'amphithéâtre de la clinique, un exposé de l'état actuel de la science sur la valeur sémiologique des urines dans la fièvre typhoïde.

On sait que, depuis un grand nombre d'années déjà, M. le professeur Gubler enseigne que les urines présentent, dans la fièvre typhoïde et dans les fièvres graves, en général, des caractères assez spéciaux pour que l'on puisse, de prime abord, différencier ces maladies des affections inflammatoires de nature franche.

Aux périodes d'augment et d'état de la dothiénentérie, suivant M. Gubler, l'urine a une coloration jaune brunâtre sale, semblable à celle du bouillon de bœuf, sa réaction est très-acide; quand on l'additionne d'acide nitrique, on voit apparaître : 1° de l'indigose, qui donne, au fond du verre où se fait la réaction, une teinte d'un bleu pur très-intense; 2° une couche d'albumine plus ou moins épaisse, mais constante; 3° un diaphragme de 2 à 3 millimètres de hauteur d'acide urique, visible de suite; 4° parfois du givre d'urée.

Quand vient la défervescence, l'urine s'éclaircit, l'albumine diminue ou disparaît, l'acide urique augmente souvent et forme des dépôts qui ont, dans quelques cas, toute l'importance d'un phénomène critique; la coloration produite par l'acide nitrique perd son aspect d'un bleu foncé; elle devient d'abord violette par suite d'un mélange du rouge qui apparaît avec le bleu préexistant; puis, le bleu diminuant chaque jour, le violet passe peu à peu au rouge, puis au rose de Chine, indice de la pleine convalescence; en même temps, l'acide urique diminue, l'acidité disparaît et l'alcalinité produite par des alcalis fixes, vient s'ajouter aux autres signes du retour à la santé.

Tels sont les faits que M. Albert Robin a pris pour bases des nouvelles recherches, dont il a enrichi la science, et dont il a consigné les résultats dans un très-important travail ayant pour titre *Essai d'urologie clinique* (1). C'est l'exposé sommaire de ces recherches qu'il a fait devant les élèves de la clinique de M. Hardy. En attendant la publication textuelle de cet exposé, que nous avons écouté, pour notre part, avec une grande attention et un vif intérêt, nous allons rapidement indiquer ici quelques-uns des faits principaux contenus dans cet important travail et les applications qui en ressortent pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de la fièvre typhoïde.

Les recherches de M. A. Robin ont porté sur chacun des caractères physiques et des matériaux constituants de l'urine et sur leurs variations dans la fièvre typhoïde tels que la couleur, la quantité, la densité et les matériaux solides éliminés en vingt-quatre heures; sur les sédiments et les matières extractives, etc.

Coloration de l'urine.

Pour la coloration, à laquelle il semblerait à première vue presque impossible d'attribuer une valeur clinique, tant les teintes de l'urine sont diverses, M. Robin est parvenu à démontrer que ces teintes, si dissemblables qu'elles soient, peuvent se catégoriser autour de quelques types primordiaux, qui sont eux-mêmes sous la dépendance de certaines circonstances pathogéniques.

Ainsi, prenant comme exemple la fièvre typhoïde, commune, de moyenne intensité, il montre que la teinte ordinaire pour les périodes d'augment et d'état est la couleur bouillon de bœuf, jaune sale brunâtre, à reflets rougeâtres. Les reflets verts disparaissent quant les oscillations diurnes de la température descendent graduellement pour atteindre le taux normal, et l'urine devient orangée. Pendant la convalescence, le rouge, puis le jaune diminuant, l'orangé vise au jaune pâle.

Dans la forme commune grave et de longue durée, les tons foncés bruns et rouges prédominent; dans la variété thoracique, ce sont les tons rouges. Dans les variétés ataxiques et adynamiques, on voit les couleurs foncées à tous leurs degrés. Quand la fièvre typhoïde doit se terminer par la mort, les teintes diverses peuvent se ranger sous trois chefs principaux. La maladie est-elle adynamique, l'urine a jusqu'à la fin la teinte de bouillon avec prédominance du ton vert glauque. La fièvre typhoïde est-elle compliquée de péricardite ou d'endocardite, de la teinte bouillon vert glauque l'urine passe bientôt aux nuances plus foncées, jaune ocreux rougeâtre, jaune rouge, jaune brun hémophéique, fréquemment verdâtre. Dans la forme rénale, dont il était question dans notre Revue du 21 avril, la succession des teintes précédentes aboutit rapidement à la

(1) *Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde.* — In-8°. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1877, chez J.-B. Baillière.

couleur des urines de la néphrite parenchymateuse aiguë, d'un rouge sanguinolent.

M. A. Robin a constaté aussi que les réversions de la fièvre typhoïde s'accompagnaient de changements de coloration également remarquables.

Outre ces relations générales, il existe certaines colorations moins habituelles déterminées par des circonstances plus ou moins insolites de la maladie, telles qu'un début brusque, les formes ataxiques, cérébro-spinales, rénales ou cardiaques de la période d'état.

En dehors de ces circonstances, l'apparition brusque d'une urine rouge hémaphéique est l'indice d'une complication.

Quantité, densité et matières solides.

L'étude des variations de la quantité, de la densité et des matériaux solides éliminés, fournit un ensemble de signes cliniques d'une importance immédiate. Prenant toujours pour base la fièvre typhoïde commune d'intensité moyenne, voici ce que l'on constate : aux périodes d'augment et d'état, la quantité s'abaisse légèrement, la densité augmente proportionnellement; la quantité des matériaux solides varie peu. A la période des oscillations descendantes, la quantité augmente et se rapproche de la normale, la densité s'abaisse, mais reste un peu plus élevée qu'à l'état habituel; la quantité des matériaux solides ne subit qu'une augmentation insignifiante.

Enfin pendant la convalescence, la quantité augmente et dépasse le chiffre normal, la densité tend à s'abaisser un peu; les matériaux solides subissent une augmentation très-marquée.

Dans les formes longues et graves, ces caractères sont sensiblement modifiés, au moins dans les proportions. Aux deux premières périodes, la densité s'abaisse un peu, ainsi que les matériaux solides, la quantité restant la même. A la troisième période, au contraire, c'est la quantité qui s'élève au-dessus de la normale. Enfin, pendant la convalescence, la quantité augmente encore, la densité diminue, mais les matériaux solides montent.

Si la dothiénentérie doit se terminer par la mort, la quantité descend sensiblement, la densité ne s'élève que de quelques degrés au-dessus de la normale, la somme des principes solides est notablement inférieure. A chaque forme morbide correspondent des chiffres particuliers. C'est dans la variété adynamique que la quantité, la densité et les matériaux solides sont le plus abaissés; la moyenne un peu plus élevée dans la forme thoracique, atteint son taux le plus élevé dans la forme rénale.

Ces trois caractères présentent, dans la fièvre typhoïde à rechutes, un mode d'association qui s'éloigne beaucoup de ce qui vient d'être signalé. Ils varient, comme on le voit, selon les formes et les périodes de la maladie. Envisagés en bloc, les cas à terminaison funeste présentent une diminution graduelle de la quantité, de la densité et des matériaux solides, depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à la mort.

Influence des sueurs et des selles sur l'urine.

Outre les formes générales, il y a dans la fièvre typhoïde des symptômes qui, par leur présence ou leur exagération, impriment à la maladie un caractère tout spécial, ce sont notamment les sueurs et la diarrhée qui retentissent sur la sécrétion urinaire.

Quand les formes communes, légères et moyennes s'accompagnent de sueurs, la quantité très-diminuée aux deux premières périodes, n'augmente pas dans les proportions ordinaires aux périodes de défervescence et de convalescence; mais la densité, d'abord plus élevée que la moyenne générale reste à un chiffre plus haut que celle-ci, aux périodes subséquentes; l'élimination des matériaux solides varie à peine d'une période à une autre et son taux est plus considérable qu'à l'ordinaire.

Au contraire, lorsque la peau est restée sèche durant la totalité de l'affection, les trois caractères en question présentent un ensemble tout différent du précédent. La quantité est plus considérable, la densité et les matériaux solides baissent un peu au-dessous de la moyenne. A la défervescence et à la convalescence, la quantité dépasse les chiffres des formes sudorales, mais la densité et les matériaux solides ne les atteignent pas, quoique suivant, par rapport aux périodes d'augment et d'état, la marche de la moyenne.

Aux diarrhées abondantes et continues, répondent : une diminution de la quantité, une augmentation de la densité, une diminution légère des matériaux solides.

Quand la diarrhée manque, les principes qui devraient être entraînés par les garde-robes, passent par l'urine, dont ils augmentent la densité et la teneur en matériaux solides.

Si la diarrhée et les sueurs manquent à la fois, on observe une exagération des caractères ci-dessus indiqués, l'urine entraînant une partie de l'eau et des principes solides qui auraient dû passer par l'intestin et la peau.

L'apparition ou la cessation subite de la diarrhée ont aussi leur retentissement : l'apparition subite se traduisant par la diminution de la quantité et des matériaux solides, l'augmentation de la densité ; la cessation produisant une augmentation de la quantité, des principes solides et de la densité.

Sachant que d'une manière générale et dans les formes ordinaires, la quantité d'urine et les matériaux solides augmentent graduellement jusqu'à la convalescence, en même temps que la densité s'abaisse, on comprend la valeur de cet ensemble de caractères au point de vue du pronostic. En effet, M. A. Robin a constaté que dans 55 pour 100 des cas pris en bloc, la polyurie et l'abaissement de la densité débutent à la fin de la période d'état, précédant de un à six jours la période des oscillations descendantes; dans 17 pour 100, elles surviennent pendant les premiers jours de la défervescence ; dans 15 pour 100, au cours de la convalescence; elles manquent dans 13 pour 100 des observations.

Dans les formes graves, cette polyurie et cet abaissement de la densité précédant la défervescence, sont, pour ainsi dire, constants et s'accompagnent d'une élimination de matériaux solides dont le taux dépasse les moyennes générales de chaque période.

Ces caractères sont moins constants, mais encore très-fréquents, dans les formes qui sont graves seulement à leur début ; s'il s'agit, au contraire, d'une forme bénigne, ou bien l'on n'observe pas de polyurie, ou bien cette polyurie existant, elle marche de pair avec un tel abaissement de la densité, que le chiffre des principes solides tend plutôt à diminuer sur celui des autres périodes.

A côté de la polyurie, qui marque la fin de la phase d'état, se place la diminution de la densité et l'augmentation des matériaux solides.

Ces deux faits établissent en quelque sorte des phases prémonitoires de la défervescence et de la convalescence.

Parmi les variations des trois caractères qui sont l'objet de cette étude, nous devons mentionner encore celles que M. A. Robin a constatées comme étant dues aux complications de la fièvre typhoïde, telles que la complication cardiaque, pneumonique, érysipélateuse, gangréneuse, etc.

Ce que M. A. Robin a fait pour les caractères que nous venons de passer en revue : coloration, quantité, densité, et proportion des matières solides des urines, il l'a fait également, comme on le pense bien, pour les sédiments, pour l'urée et l'acide urique, les matières extractives, l'albumine, le glucose, les chlorures, enfin les pigments.

Puis, après l'étude de chacun de ces éléments en particulier, il a étudié la constitution des divers syndromes urologiques répondant aux diverses périodes et à quelques-unes des formes de la fièvre typhoïde.

Il nous aurait été impossible, sans dépasser de beaucoup les limites habituelles d'un article de revue, de suivre cette œuvre considérable dans tous ses développements. Ce que nous en avons donné n'est, en quelque sorte, qu'à titre de spécimen et encore avons-nous dû, pour simplifier notre exposé, supprimer les chiffres, ainsi que tout ce qui a trait au côté technique, ce qui lui enlève naturellement le caractère de précision scientifique qu'ont ces études. Il y a toute apparence que la clinique sur laquelle ce genre d'études tend à jeter de si vives lumières, nous ramènera plus d'une fois à reprendre quelques-uns de ces points. Nous ne voulons cependant pas quitter, pour aujourd'hui, ce sujet, sans résumer encore ici, sous forme de propositions, quelques-uns des résultats généraux de ces recherches, considérées dans leur application au diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et des affections qui ont avec elle le plus de ressemblance, et aux indications pronostiques et thérapeutiques.

Diagnostic par le syndrome urologique.

A cette question : les syndromes que nous venons d'établir, possèdent-ils une valeur diagnostique qui puisse s'associer aux signes utilisés en clinique pour fixer l'existence d'une fièvre typhoïde, et cette valeur peut-elle s'étendre au diagnostic différentiel des diverses formes et périodes de la maladie? M. A. Robin répond par la proposition suivante : « Quand dans une maladie d'apparence typhoïde, on hésitera entre une fièvre continue et une des affections qui revêtent le même aspect, si, tous les autres signes absolus faisant défaut, l'on trouve le syndrome urologique de la fièvre typhoïde, il sera utile de joindre ce signe à ceux qui militent en faveur d'une dothiénentérie et l'on pourra poser le diagnostic de cette maladie. »

Le rapprochement du syndrome urologique de la dothiénenthérie avec syndromes de même nature de la tuberculose miliaire aiguë, de la pneumonie typhoïde, de la grippe, de l'embarras gastrique, de la méningite, du rhumatisme articulaire aigu et de quelques autres affections plus ou moins susceptibles d'être confondues avec elle, montre en effet la légitimité de cette proposition, mais à la condition toutefois qu'on y ajoute ce petit correctif, savoir : « que si l'on peut incliner vers la fièvre continue, quand, dans une maladie d'apparence typhoïde, on trouve son syndrome urologique, on n'est pas en droit de conclure à son absence, quand le syndrome fait défaut. »

Enfin, le diagnostic profitera aussi des distinctions qui ont été faites sur les variations que subissent les caractères et les principes constituants de l'urine, sous l'influence de la diarrhée ou des sueurs, des modifications de la température, des accidents nerveux, des complications pulmonaires, cardiaques, hémorrhagiques, des réversions, de l'alimentation prématurée ou retardée.

Pronostic.

Quant au pronostic, voici un résumé succinct des différents signes que l'on peut tirer de l'examen des urines.

La maladie est-elle d'intensité moyenne, le pronostic favorable se déduira des caractères suivants de l'urine : quantité normale, matériaux solides un peu augmentés, densité assez augmentée; sédiments inorganiques, principalement formés d'urates; sédiments organiques rares ou insignifiants comme quantité; urée augmentée, normale ou peu diminuée; acide urique augmenté; albumine à l'état de traces; indican (1) en quantité moyenne.

Une quantité d'urine augmentée dès le début et dans tout le cours de la période d'état, co-existant avec une densité plus élevée que la normale, une coloration orangée, l'absence de principes organiques ou organisés dans les sédiments, des traces d'albumine, le tout avec une augmentation des matériaux solides et une proportion peu élevée d'indican, sont un signe de bon augure, alors même que la maladie, dans sa période d'état, aurait une apparence grave.

En présence d'une fièvre typhoïde grave, alors que rien dans les symptômes ne permet encore de prévoir le début prochain de la convalescence, l'état de l'urine annonce souvent l'approche de la défervescence, en présentant le syndrome prémonitoire de cette période.

Dans une forme grave, en pleine défervescence, l'urine aide à reconnaître que cette défervescence touche à sa fin et que la convalescence commence, par l'augmentation de sa quantité, la coloration pâle, l'abaissement de sa densité, l'élévation des matériaux solides, l'alcalinité, etc., etc.

D'une manière générale, l'existence ou l'apparition de la polyurie, dans une dothiénentérie, si grave qu'elle soit, compte toujours au nombre des signes favorables.

Enfin, la maladie est-elle grave? le pronostic sérieux est indiqué encore par la diminution de la quantité, de la densité de l'urine et de ses matériaux solides, par la présence de sang, de pus, de graisse et de cylindres, dans les sédiments, l'abaissement de l'urée et des matières extractives, l'abondance de l'albumine et de l'indican, etc.

Indications thérapeutiques.

Nous avons dit que les résultats de ces recherches urologiques avaient aussi leurs applications à la thérapeutique. En effet, les lumières qu'elles jettent, de concert avec les études analogues faites sur le sang, les gaz expirés, la bile et les matières fécales, sur la statique chimique de la fièvre typhoïde, en éclairent singulièrement la pathogénie et les divers processus physiologico-pathologiques. En montrant que l'un des éléments principaux de la gravité de la fièvre typhoïde, est l'intensité de la destruction des tissus et la rétention des produits de cette déchéance dans l'organisme, on arrive à des indications pratiques qui sont confirmatives et en même temps explicatives de celles que l'observation des phénomènes et l'expérience empirique avaient déjà en grande partie formulées; savoir : à défaut de la connaissance scientifique du poison typhique et des moyens directs de le détruire, chercher à diminuer l'énergie de la destruction qui en est la conséquence et à accroître la résistance organique; empêcher la rétention des produits de destruction et en déterminer l'élimination, en favorisant les combustions par l'apport de l'oxygène, en solubilisant les résidus, en surveillant l'intégrité mécanique de la circulation et en aidant à l'action de tous les émonctoires.

— Nous demandons pardon à nos lecteurs de nous être laissé entraîner à remplir par un seul sujet cette Revue, mais ils re-

(1) Principe de l'indigo ($C^{52}H^{31}AzO^{34}$).

connaîtront sans doute qu'il en valait la peine. Nous sommes même bien loin encore d'avoir fait ressortir tout ce qu'il y a d'intéressant dans ce bel ensemble de recherches. Mais nous laisserons à M. A. Robin lui-même le soin de remplir les lacunes voulues ou involontaires de cette analyse, dans la reproduction textuelle de sa conférence. Dr Broghin.

REVUE DE LA PRESSE

Accouchement pendant le cours d'une grossesse extra-utérine. — Nous avons rapporté dans une revue précédente, un cas curieux d'accouchement pendant le cours d'une grossesse extra-utérine. Nous empruntons à M. le docteur Lamy une observation analogue qui, pour s'être terminée d'une manière moins heureuse, n'en est pas moins remarquable.

La malade qui fait le sujet de cette observation, est accouchée depuis quelques mois, quand les règles, après deux apparitions, cessent de nouveau de se produire. A partir de ce moment, surviennent des vomissements, du malaise, une faiblesse extrême. Le ventre est douloureux à la pression et le palper y révèle l'existence d'une tumeur globuleuse arrondie, manifeste surtout à gauche de la ligne blanche s'étendant dans le petit bassin, et dont le volume semble éloigner l'idée d'une grossesse. Mais quelques mois plus tard, le 14 avril, le doute n'est plus permis : le développement de la tumeur qui occupe alors la partie médiane de l'abdomen et dépasse l'ombilic, et la sensation au palper de mouvements peu prononcés, mais accusés par la malade elle-même, fait reconnaître une grossesse de six mois.

Le 17 juin 1872, la malade est prise de douleurs analogues à celles de l'accouchement ou de l'avortement. Elles s'accompagnent de perte de sang. Ce dernier phénomène persiste jusqu'au 30 juillet sous forme d'hémorrhagie abondante au début, puis plus tard sous forme d'un suintement dont la quantité varie. A mesure qu'il se produit, le ventre s'affaisse, la tumeur s'atténue, en même temps les forces et l'appétit reviennent.

Mais les règles qui s'étaient rétablies le 30 juillet disparaissent encore en février 1873 ; la tumeur redevient volumineuse, les seins se raffermissent et neuf mois après, la disparition des menstrues et toute espèce d'écoulement, la malade accouche sans difficultés d'un enfant bien portant.

A partir de ce moment, les menstrues ne sont plus aussi régulières ; elles sont abondantes, fétides, purulentes ; à plusieurs reprises, on y trouve des cheveux, et à deux fois différentes, un os qui n'est autre qu'une phalange. Enfin, la malade s'affaiblit, elle se tuberculise et succombe à une attaque d'apoplexie. — (*Journ. de méd. et chirurg. prat.*)

Traitement de la phthisie par les voyages sur mer. — A propos d'un phthisique dont la mort paraissait imminente et, qui d'après les conseils de son médecin, avait entrepris sur mer, un voyage dont il était revenu complétement guéri. M. le docteur Soucaze, examine les divers éléments de thérapeutique que la mer offre dans ces conditions.

Ces éléments, dit M. Soucaze, sont au nombre de quatre : 1° le mal de mer qui, en ne laissant les voyageurs que lorsque les voies digestives sont aptes à digérer et à recevoir toutes sortes d'aliments, permet à la nutrition de s'effectuer d'une manière complète ;

2° Le goudron qui recouvre les cordages et la coque du navire ;

3° Le fer, les pièces où l'on conserve l'eau étant en fer, l'eau devient fortement ferrugineuse ;

4° Enfin, l'eau de mer pulvérisée, et par conséquent, les divers principes qui entrent dans sa composition : chlorures de sodium, de calcium, de magnésium ; sulfate de soude, sulfhydrate d'ammoniaque ; iodure et bromure de potassium ; carbonate de chaux ; et cette substance organique qu'on appelle mucosité de mer.

Toutefois, M. Soucaze fait observer, que pour être efficaces, ces voyages ne devront être entrepris que sur des navires à voile ; à bord des transports à vapeur, la poussière et la fumée du charbon de terre, loin de favoriser la guérison, étant au contraire une cause d'aggravation de la maladie.

Aux phthisiques qui, pour diverses raisons, ne sauraient entreprendre un voyage sur mer, M. Soucaze recommande un traitement composé d'ipéca, de sulfate de magnésie, de protochlorure et protoiodure de fer, d'eau oxygénée goudronneuse, légèrement salée avec de l'eau de mer naturelle ou artificielle, d'émanations de goudron et d'iode ; en un mot, rénnissant autant que possible, les conditions diverses que présente un voyage en pleine mer. — (*Rev. méd. de Toulouse.*)

Gastrotomie dans un cas de rétroversion de la matrice. — M. le professeur Kœberlé a été conduit à pratiquer la gastrotomie, dans un cas de rétroversion de la matrice, irréductible par les moyens ordinaires, et dans le but de remédier à une obstruction intestinale déterminée par cette disposition anormale de l'utérus.

Après avoir ouvert le ventre et relevé, non sans difficulté, le corps de l'utérus enclavé au milieu des scybales de l'intestin arrêtées au niveau du fond de la matrice, puis malaxé ces dernières avec l'index et le médius, de façon à les dissocier pour les faire ensuite progresser vers l'orifice du rectum, M. Kœberlé fixa le ligament large du côté gauche de l'utérus, par l'intermédiaire de la trompe, et de l'ovaire gauche dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, en sacrifiant l'ovaire ainsi que l'on opère dans l'ovariotomie. La matrice fut ainsi retenue par son angle gauche contre la paroi abdominale, de manière à s'opposer à tout déplacement ultérieur. Dès le vingt-quatrième jour, la cicatrisation de la plaie était complète.

Il serait donc, d'après M. Kœberlé, des circonstances dans lesquelles la rétroversion de la matrice peut donner lieu à une constipation telle qu'il en résulte un iléus, et dans lesquelles cette disposition de l'utérus peut être irréductible et nécessiter ainsi une intervention chirurgicale. Toutefois, le professeur ajoute que la fixation de la matrice à la paroi abdominale, comme traitement curatif de la rétroversion et l'ovariotomie normale, envisagée d'une manière générale, ne doivent trouver leur application que dans des cas exceptionnels où les indications sont précises. — (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Éléments de diagnostic entre les cancéreux et les tuberculeux. — A l'occasion d'une malade dont l'observation a été publiée par la *Gazette*, et qui, avec des ulcérations cancéreuses du col utérin, présentait des symptômes tels qu'il avait cru devoir diagnostiquer un cancer du poumon, et chez laquelle l'autopsie démontra, au lieu des masses disséminées du cancer, des granulations tuberculeuses, M. le professeur Potain, tout en reconnaissant que ces cas de diagnostic sont extrêmement difficiles, indique les caractères à l'aide desquels on pourra quelquefois distinguer un cancéreux d'un tuberculeux.

Ce dernier est pâle, amaigri ; il a de la moiteur, de la fièvre, la face altérée, les pommettes rouges, saillantes, l'humeur gaie ; le cancéreux, au contraire, a le teint terreux, jaunâtre, la peau collée sur les os ; il est triste, morose, mais il n'a point de fièvre. Mais si les cancéreux peuvent n'avoir aucun mouvement fébrile pendant toute la durée de la maladie, il y a aussi des tuberculeux qui n'ont pas de fièvre et chez lesquels la maladie évolue avec une fièvre chronique sans qu'on puisse la constater ni le matin ni le soir ; le mouvement fébrile est même absolument nul dans la tuberculose généralisée. Dans ces cas, le diagnostic est extrêmement difficile : il n'y a plus à invoquer ni l'âge ni l'hérédité, la tuberculose est plus fréquente chez les individus jeunes que chez les vieux, mais on la trouve même généralisée, chez des individus très-âgés (*Mouv. méd.*).

Du traitement de la dilatation de l'estomac par la sonde stomacale. — A propos d'un malade de son service, qui était affecté de cancer de l'estomac, avec dilatation de cet organe, M. le docteur Bucquoy expose le traitement de cette dernière lésion par la pompe stomacale.

Kussmaul est le premier qui eut l'idée de recourir à l'aspiration pour débarrasser l'estomac des liquides qui en gênent les contractions. Niémeyer et Bartels, puis Liebermeister en Allemagne, acceptèrent bientôt sa méthode, qui fut essayée également en France par

Raynaud, Charcot, Hérard et bien décrite par Louradour Ponteil dans sa thèse inaugurale en 1875. Elle consiste à aspirer les liquides contenus dans l'estomac au moyen d'une pompe spéciale, ou même d'une seringue ordinaire, qu'on adapte à l'orifice d'une sonde œsophagienne. Si celui-ci n'en renferme pas une quantité très-notable, il convient, avant de chercher à les aspirer, d'injecter 400 ou 500 grammes d'eau dans sa cavité pour empêcher la muqueuse de venir s'appliquer sur les yeux de la sonde et prévenir des déchirures et des hémorrhagies, et en délayant le contenu de l'estomac, s'opposer à ce que les orifices latéraux de la sonde ne viennent à se boucher.

Après l'aspiration, on lave la muqueuse stomacale soit avec une eau alcaline pure ou mélangée avec du lait; soit avec une solution d'hyposulfite ou de borate de soude. On s'est servi aussi pour détruire les sarcines, fréquentes dans cette affection, d'eau créosotée. C'est encore dans ce but que Raynaud a employé une faible solution de nitrate d'argent.

Au lieu d'une pompe, Jurgensen se servait d'un simple tube faisant office de siphon. Louradour Ponteil préconise la même méthode. Il se sert, à cet effet, d'un tube terminé en entonnoir de 1 mètre de longueur et rempli préalablement de liquide; de cette façon, le siphon est amené de lui-même quand on renverse la partie qui est au dehors après l'introduction de l'autre extrémité jusque dans l'estomac. Mais ce procédé, fondé simplement sur l'action de la pesanteur, a l'inconvénient aux yeux de M. Bucquoy, d'être souvent insuffisant. (*France méd.*)

Monstre composé double parasitaire hétéradelphe. — Une observation d'un cas de monstre composé double parasitaire hétéradelphe et de la séparation de cette dernière position de l'autosite, due à M. le docteur Lardier, a été récemment le sujet d'un rapport fait à la Société de médecine de Nancy par M. Gross.

Ce monstre était, paraît-il, composé de deux parties jumelles, toutes deux du sexe masculin; l'une était un enfant bien constitué et sain, l'autre un paracéphalien implanté sur la région épigastrique du premier.

Le cordon ombilical, unique, s'insérait à peu près à sa place normale, et c'est entre ce point d'insertion et l'appendice xiphoïde, sur la ligne médiane, que l'être parasitaire était implanté sans pédicule intermédiaire.

Ce monstre différait de l'hétéradelphien type, dont J. Geoffroy Saint-Hilaire a fait la description, en ce que l'appareil sexuel, quelquefois douteux, était ici très-net et très-développé; il présentait, de plus, cette particularité que le pénis parasitaire était érectile.

L'anus était imperforé et à sa place on voyait une sorte de petite ampoule aplatie, du volume d'un gros pois.

Enfin les membres, surtout le gauche, étaient mal conformés, difformes et terminés par des pieds-bots valgus; les orteils étaient normaux et munis d'ongles bien développés. La peau avait son apparence ordinaire; elle était insensible.

La portion parasitaire fut séparée de l'autosite par l'écraseur linéaire de Chassaignac; l'enfant a survécu à cette grave opération. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Dangers de l'exploration du rectum avec la main. — L'exploration du rectum avec la main a acquis une grande notoriété depuis que le professeur Simon (de Heidelberg) a publié, en 1872, son mémoire sur ce sujet. L'observation suivante, rapportée par M. le docteur Dandridge, montrerait que cette opération n'est pas d'une innocuité aussi parfaite que M. Simon semble le croire.

Un malade entre à l'hôpital avec divers accidents qui font supposer un abcès du psoas. Dans le but de confirmer ce diagnostic, le docteur Dandridge, aidé du docteur Connor, entreprend l'exploration par le rectum.

Le malade étant endormi, la main du chirurgien, bien huilée et repliée en forme de cône, dilate très-lentement le sphincter. Après avoir été momentanément arrêtée à quelques pouces au-dessus de l'anus par une sorte de rétrécissement de l'intestin, elle pénètre sans difficultés jusqu'au niveau du promontoire du sacrum. Immédiatement au-dessous de ce point, on constate l'existence d'une tumeur considérable siégeant derrière le rectum. M. Dandridge explore successivement la face antérieure du corps des vertèbres et du sacrum, et constate à gauche que le psoas a plusieurs fois le volume de celui du côté droit, et conclut définitivement à l'existence d'un abcès du psoas. Le docteur Connor répète l'examen et confirme ce diagnostic. Dans aucun cas la main ne força l'intestin, et on n'essaya pas de la porter plus haut que la bifurcation de l'aorte.

Néanmoins, immédiatement après l'exploration, le malade est pris d'une impossibilité absolue d'uriner, puis, quelques heures plus tard, surviennent des symptômes de péritonite, qui cessent presque complétement le troisième et le quatrième jour, mais auxquels succèdent bientôt une complication pulmonaire grave, à la suite de laquelle le malade succombe le dixième jour.

L'autopsie démontra alors que, pendant l'exploration, la tunique péritonéale du rectum s'était rompue à environ cinq pouces au-dessus de l'anus, ainsi que la muqueuse au-dessus du sphincter, et que ces lésions avaient été cause de la péritonite. (*Bull. gén. de thérap.*)

Exploration de la vessie par la dilatation méthodique du canal après la section de l'orifice externe. — M. le professeur Hergott (de Nancy) appelle l'attention sur un nouveau mode d'exploration de la vessie chez la femme, qui serait, paraît-il, fréquemment employé à l'université d'Heidelberg par le professeur Simon, qui en obtiendrait d'excellents résultats.

Il consiste, la malade étant préalablement endormie et placée dans la position dorsale inclinée, adoptée pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, à élargir le canal en faisant, dans le bord de l'orifice externe (méat), des incisions et en employant des spéculums spéciaux.

Ceux-ci sont en caoutchouc durci et munis d'un obturateur. La longueur du tuyau est de 6 centimètres et demi; celle de l'obturarateur de 8 centimètres et demi. On en a de sept numéros différents, et leur diamètre varie de 9 à 21 millimètres. Le plus petit, le n° 1, qui correspond au calibre du cathéter n° 27 de la filière Charrière, huilé et muni de son obturateur, est introduit par de légers mouvements de rotation et poussé jusqu'à sa partie inférieure; il est ensuite retiré et remplacé par le numéro supérieur et ainsi de suite jusqu'au n° 7.

Ordinairement, le calibre des derniers numéros est trop fort pour que ces spéculums puissent être introduits directement; on pratique alors des incisions de 1/4 à 1/2 millimètre de profondeur sur le bord tendre de la muqueuse, et atteignant à peine les fibres musculaires. Ces incisions, qui n'auraient aucune influence sur la continence de l'urine, permettraient d'éviter les tractions et les déchirures violentes du canal qui, sans elles, ne manqueraient pas de se produire.

Le spéculum n° 7 étant ainsi introduit, on peut, après avoir retiré l'embout et au moyen d'un éclairage convenable, examiner à loisir la paroi postérieure de la vessie, qui, lorsque le réservoir est vidé, vient s'appliquer contre la lumière de l'instrument; ou bien le spéculum étant retiré, il est facile au chirurgien d'introduire l'index, ou mieux le médius, et d'explorer le sommet de l'organe. (*Rev. méd. de l'Est.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une brochure de M. F. Paquet (de Roubaix), intitulée : *Recherches personnelles sur la pathogénie et la thérapeutique des hernies étranglées* ;

2° Une brochure sur la *suture des tendons*, par M. Bertheraud (d'Alger).

M. LARREY dépose, de la part de M. Védrenne, médecin principal de l'armée, un manuscrit intitulé : *De la chirurgie de Celse et de*

l'arsenal chirurgical décrit dans son livre. (Commiss.: MM. Polaillon, Terrier, Lucas-Championnière).

M. TERRIER offre, de la part de M. Ch. Abadie, le deuxième volume de son *Traité des maladies des yeux.*

COMMUNICATION

Traumatisme et grossesse. — M. VERNEUIL apporte à la tribune quelques observations inédites sur les rapports du traumatisme et de la grossesse. La première a trait à une jeune femme de vingt ans qui entra dans le service de M. Verneuil avec un abcès de la cuisse, s'étendant du grand trochanter au genou. Dans son enfance elle avait présenté quelques signes de scrofule, et avait eu à quatre ans, une coxalgie qui guérit en laissant la difformité caractéristique. A dix-neuf ans, elle devint enceinte, et, très-peu de temps après, survint une douleur dans l'aine et dans la cuisse. Vers la fin de la grossesse, la douleur est très-vive et la marche est gênée. Peu après son accouchement, la cuisse se tuméfie, et quatre mois plus tard, elle entre à l'hôpital avec un abcès contenant deux litres de pus présentant les caractères du pus des abcès froids.

L'observation suivante démontre d'une manière très-nette l'influence de la grossesse: Une jeune femme qui avait eu à onze ans une arthrite du genou qui guérit avec raideur de l'articulation, devient enceinte à dix-sept ans; il se produit une poussée inflammatoire vers l'extrémité inférieure du fémur. A vingt ans, nouvelle grossesse, nouvelle inflammation. A vingt-trois ans et demi, les mêmes accidents se renouvellent avec plus d'intensité et elle entre à la Pitié, un an après, avec un genou volumineux qui rend la marche impossible. Traitée par M. Nicaise, elle sort guérie ne présentant plus que quelques fistules.

Un mémoire de Robert (de Coblentz) publié en 1840, sur les amputations partielles du pied, renferme deux observations d'arthrites du pied, qui ont été singulièrement aggravées par la grossesse.

Ces observations viennent à l'appui de l'opinion déjà émise par M. Verneuil, que le gravidisme prédispose à la formation du pus. Il est vrai que M. Guéniot pense que cette prédisposition n'est pas le fait de la grossesse, mais d'un état général antérieur, ce que M. Verneuil accepte pour la scrofule.

Une autre question a été discutée et résolue d'un commun accord par la Société de chirurgie, c'est le laps de temps qu'il convient de laisser s'écouler entre l'accouchement et une opération chirurgicale, On a admis que deux mois seraient une bonne moyenne. M. Verneuil a fait, dans ces derniers temps, deux operations de périnéorrhaphie, l'une trois mois, l'autre près de cinq mois après l'accouchement, et les deux opérations ont été suivies d'accidents graves et de succès chirurgical incomplet. Dans un de ces cas, il y avait eu pendant la grossesse, de l'albuminurie avec œdème des pieds. Après l'opération, la néphrite se réveilla avec intensité, quoique l'accouchement fût antérieur de près de cinq mois. Dans l'autre, il y eut une congestion ovarique très-intense et très-douloureuse qui mit en danger la malade.

DISCUSSION

M. POLAILLON. La congestion mécanique déterminée par la grossesse dans les membres inférieurs peut prédisposer ces membres à la suppuration et au réveil d'inflammations anciennes. Il serait utile de rechercher les cas où ces accidents se produisent dans d'autres régions.

M. T. ANGER a observé à Lourcine combien la grossesse a d'influence, non sur la pyogénie, mais sur le développement de certaines tumeurs. Une femme enceinte de trois mois, non syphilitique, portait des végétations très-étendues et très-douloureuses qui rendaient tout mouvement impossible, ce qui décida M. Anger à l'opérer. L'opération fut faite avec des ciseaux, sans autre accident qu'une perte de sang notable. La plaie fut cautérisée avec une solution concentrée de chlorure de zinc. Malgré cette précaution, les végétations repullulèrent avec une ténacité et une rapidité énormes. Enlevées de nouveau avec le thermo-cautère, elles ont reparu, un peu moins nombreuses, il est vrai. Cette femme est actuellement enceinte de huit mois.

M. GUÉNIOT ajoute aux observations précédentes qu'il faudrait choisir, pour élucider la question de l'influence de la grossesse sur la pyogénie, des sujets n'ayant aucune tare antérieure. S'il y a eu de la scrofule dans l'enfance, cette condition peut à elle seule provoquer la suppuration. Il faut étudier les effets de la grossesse agissant isolément. L'accouchement est bien souvent une cause de plaies contuses de la vulve ou du col qui guérissent dans un espace de huit jours à trois semaines. Les débridements du vagin avec des ciseaux guérissent sans accident, au moment où la modification organique est la plus accentuée. M. Guéniot fait quelques réserves au sujet des observations de M. Verneuil. La congestion douloureuse de l'ovaire est fréquente à l'époque des règles. Il n'est pas étonnant qu'elle se reproduise au premier retour de la fonction si elle existait avant la grossesse.

M. VERNEUIL répond à M. Polaillon que la réplétion sanguine des membres inférieurs n'est pas une cause de suppuration, et donne, comme preuve, ce fait que les sujets atteints de varices ne suppurent pas plus facilement que d'autres.

Les remarques faites par M. Anger sur le développement des tumeurs pendant la grossesse peuvent se rapprocher de l'observation qui a été faite de l'augmentation de volume d'une tumeur de la parotide à chaque époque menstruelle. M. Verneuil a voulu par son argumentation démontrer qu'on ne pouvait pas assigner de date fixe pour faire une opération sans danger après l'accouchement.

M. TARNIER fait observer que les végétations du vagin sont très-fréquentes chez les femmes enceintes et qu'elles pullulent avec rapidité; mais bien souvent elles guérissent sans traitement après l'accouchement. Quant à la durée possible d'une albuminurie après l'accouchement, elle est variable et peut se prolonger très-longtemps. M. Tarnier a vu une cécité de cause albuminurique ne céder qu'après un an de traitement par le régime lacté. Chez une autre malade, l'albumine a persisté dans l'urine pendant quinze mois.

M. GUÉNIOT. L'albuminurie peut même quelquefois rester permanente, comme M. Imbert-Gourbeyre en a cité des exemples dans son mémoire. Le plus souvent c'est l'accouchement, malgré le traumatisme dont il s'accompagne, qui délivre les femmes de cette maladie. Mais quelquefois aussi elle persiste après la grossesse, et peut même se terminer par la mort.

NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE

La Société procède au vote sur la demande de M. Le Fort qui désire changer son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. La demande de M. Le Fort est favorablement accueillie.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. GUYON présente à la Société deux malades auxquels a été pratiquée l'amputation sus-malléolaire par le procédé qu'il a proposé en 1868.

L'un de ces malades a été opéré par M. Lucas-Championnière, pendant les vacances, pour une tumeur blanche. L'amputation fut faite le 13 septembre et la cicatrisation était complète le 2 octobre, après sept pansements de Lister. L'autre a été opéré par M. Guyon, le 6 novembre, pour une lésion traumatique. Le sixième et dernier pansement a été fait le 19 du même mois. Il ne restait plus, dans les deux cas, à cicatriser, que les coins de la plaie qui donnaient passage au drain. Le pansement de Lister a permis d'éviter les fusées purulentes dans les gaines des tendons, qui s'observaient fréquemment avant son emploi. M. Lucas-Championnière a apporté une modification heureuse au procédé de M. Guyon, en réséquant complétement le nerf à la base du lambeau qui devient ainsi insensible. Les amputés présentés par M. Guyon, peuvent marcher sur leur moignon et frapper le sol avec violence sans éprouver aucune douleur.

M. PANAS fait remarquer qu'en général les amputations et les résections qui sont faites, après une lésion chronique, laissent les membres moins aptes à être utiles par suite de l'atrophie des muscles.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait l'opération dont M. Guyon vient de parler dans de très-mauvaises conditions. Le membre était œdématié et le lambeau a dû être pressé pour en exprimer la sérosité. Malgré cela, grâce au pansement de Lister, la cicatrisation a été

très-rapide. La résection du nerf a déjà été faite par M. Verneuil; elle est d'autant plus utile que le moignon est plus exposé à être froissé. Elle rend aussi des services dans les pansements si douloureux qui suivent les désarticulations de l'épaule.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PAULET présente, de la part de M. Creuzot, fabricant d'instruments, un bandage herniaire qui lui semble devoir rendre des services. Il est constitué par deux tiges rigides en acier, qui doivent être modelées sur le malade et qui se termine par des pelotes. Ces tiges sont articulées et peuvent être serrées à volonté et fixées dans la position la plus favorable pour la contention de la hernie, sans avoir l'inconvénient des tiges élastiques qui serrent ou trop ou pas assez.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix Alhumbert. — L'Académie des sciences remet au concours, pour 1878, l'étude du mode de nutrition des champignons.

— *Prix Bordin* (botanique). — L'Académie des sciences remet au concours la question suivante : « Étudier comparativement la structure des téguments de la graine dans les végétaux angiospermes et gymnospermes. »

— Un concours pour trois places de médecins du Bureau central s'ouvrira le lundi 4 juin 1877, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscriptions sera ouvert de midi à trois heures, du samedi 5 mai au samedi 19 mai.

— M. le docteur Panas, agrégé, commencera ses leçons théoriques d'ophthalmologie (cours complémentaire de la Faculté) le lundi 7 mai, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les leçons cliniques et les opérations ont lieu à Lariboisière les lundis et jeudis, à neuf heures du matin.

— M. Daubrée, professeur au Muséum, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 6 mai 1877, aux environs de Montereau. — On se réunira à la gare de Lyon, où l'on prendra à six heures cinquante du matin le train pour Montereau. (On sera de retour à Paris à huit heures vingt du soir.)

— M. Maxime Cornu fera sa prochaine excursion botanique pour l'étude et la récolte des plantes cryptogames le dimanche 6 mai 1877 dans les bois de Meudon. Rendez-vous à Bellevue à l'arrivée du train partant de Paris (gare Montparnasse) à dix heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du microscope, par Ch. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition. — Paris, 1877, 1 vol. de 1,028 pages avec 317 figures et 3 planches. Prix : cartonné : 20 francs. — J.-B. Bailllière et fils.

Les Secours d'urgence. Guide pratique des comités et postes d'assistance aux blessés, etc. Conférences faites à la Société des Hospitaliers d'Afrique, par le docteur E.-V. BERTHERAND. — 1 vol. in-8o de 169 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

La Gymnastique pulmonaire ou l'art de respirer dans tous les actes de la vie physique, par J.-F. BERNARD, professeur de chant. Quatrième édition. — In-8o de 69 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, par C.-H. PETIT. — In-8o. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876. — Alexandre Coccoz.

Manuel du Pédicure ou l'art de soigner les pieds, par GALOPEAU. — 1 vol. in-12 de 132 pages, avec 26 figures. — Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 53. — MARDI 8 MAI 1877. 50e ANNÉE. MARDI 8 MAI 1877. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Contrats. Ventes. Achats. Engagements onéreux. — Les obligations de toute nature qui viennent à être souscrites par les épileptiques sont, en général, parfaitement valables. On s'est néanmoins demandé comment il se faisait qu'une classe très-nombreuse de malades, si fréquemment atteinte d'une suspension temporaire de la raison, ne fût pas à chaque instant l'objet de contestations civiles? On ne paraît pas encore avoir soupçonné la cause de l'excessive rareté de ces contestations, alors que tant d'occasions devraient en apparence les multiplier à l'infini. Dans mon opinion, une explication toute simple s'offre d'elle-même.

L'épileptique, qui vient à présenter passagèrement des troubles intellectuels, ne se prête en aucune façon à des tentatives astucieuses de captation. Il n'est ni doux, ni communicatif, ni confiant, ni serviable, ni optimiste : il est égoïste, taciturne, méfiant, haineux ou furieux. Il est absolument incapable de donner à autrui, de répondre pour un insolvable, de faire des dépenses exagérées ou de s'endetter pour venir en aide à sa famille. Il n'a jamais désiré la prospérité de personne, s'est toujours réjoui des malheurs qui frappaient les autres ; il n'achète rien et ne vend rien. Étranger, dans son délire momentané, aux combinaisons d'argent, et instinctivement privé de toute aspiration libérale, il n'écoute ni ne comprend ce que sollicite de lui un entourage avide. Il a l'abord dur, reste silencieux, s'emporte, frappe ou se sauve, mais il ne signe rien.

Et, en effet, il n'a ni la docilité attendrie de l'apoplectique, ni les élans généreux du paralysé général : ceux-là s'obèrent inconsciemment pour faire plaisir à quelqu'un et deviennent la proie facile des fripons et des coureurs de successions. L'épileptique déjoue tous les plans, se montre réfractaire aux entreprises qui tendent à se produire autour de lui, met le feu ici et assassine là, mais il n'aventure point son avoir, n'est dépouillé par personne et ne se ruine pas. En un mot, il est aussi actif au point de vue criminel qu'il est passif au point de vue civil.

Il se pourrait que des tiers vinssent à demander la résiliation d'un marché conclu à la légère par un épileptique, avec des individus de bonne foi et n'ayant pas eu la moindre intention frauduleuse. On devrait alors examiner l'acte lui-même, ses termes, ses clauses, sa convenance et son opportunité ; entendre les témoins ou étudier leurs dépositions écrites ; remonter autant que possible à l'état mental du malade, au moment de la signature de la convention, et doser, en quelque sorte, la somme de liberté morale qui pouvait lui être laissée, eu égard à la date précise des accidents épileptiques éprouvés et à leur mode de retentissement habituel sur les facultés de l'intelligence et sur la volonté. On arriverait ainsi à des conclusions extrêmement voisines de la vérité.

Un certain abbé Gattus, très-peu de temps après une série de crises convulsives, souscrivit une obligation onéreuse. Zacchias fut consulté et conclut à l'invalidation.

Je n'ai eu à intervenir qu'à l'occasion d'une commande à peu près absurde qu'un jeune épileptique avait faite verbalement à un tapissier, au nom de ses parents, et uniquement pour jouer un mauvais tour à ces derniers et se venger d'une punition encourue : une transaction amiable mit fin au débat. Mais j'ai noté, en février 1870, un fait réellement exceptionnel et qui ne contredit pas encore trop les opinions générales que j'émettais tout-à-l'heure sur l'inaptitude des épileptiques à s'immiscer dans les affaires financières, après les crises qui ont un peu troublé leur intelligence. Je résume le fait.

Pendant un certain temps, le monde de la Bourse a bien connu un sieur B..., âgé de trente-cinq ans, spéculateur aux aguets de toutes les nouvelles, mais froid, morose, ne laissant jamais deviner ses impressions et cachant soigneusement toutes ses opérations. A différentes reprises, on l'avait vu très-exalté, loquace, imprudent et audacieux, et l'on avait simplement attribué son expansion et sa témérité à quelques excès de table. Or, il était très-sobre, mais épileptique depuis deux ou trois ans, avec cette circonstance que ses crises n'avaient jamais lieu qu'entre sept heures et neuf heures du matin. Un jour, après une crise, se sentant « la tête en feu », il se rendit à la Bourse, comme à l'ordinaire, et il y étonna un peu ses amis par son allure inquiète, mobile, irritable et follement

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 avril 1877.

entreprenante. Il donna des ordres presque ridicules, ne jouant que sur les différences, et il réalisa un bénéfice considérable ! Le succès importe peu et ne justifie rien. Un acte empreint de témérité pathologique et de cécité d'esprit a été accompli. Le hasard a fait le reste.

J'ai toujours pensé que ce malade n'était point un épileptique ordinaire. Plus je réfléchis aujourd'hui à cet exemple et plus je suis tenté de croire que M. B... devait rentrer dans la variété des épileptiques paralytiques, que j'ai décrite ici, et qu'il aura dû finir par présenter les phénomènes les plus caractéristiques de la méningo-encéphalite chronique diffuse. Je l'ai perdu de vue et mon observation demeure malheureusement incomplète.

Les recueils de jurisprudence mentionnent un fait qu'il est bon de noter, en passant.

Un sieur Briat, cultivateur, habitant la commune de la Chouette, avait eu de fréquentes attaques d'épilepsie. Lorsqu'il mourut, ses héritiers demandèrent la nullité d'une vente qu'il avait consentie à un sieur Bayard, curé de la paroisse, en soutenant que cette vente n'était qu'une donation déguisée, et qu'elle ne pouvait être valable puisqu'elle avait été faite à un incapable de recevoir (ministre du culte ayant donné des soins pendant la dernière maladie).

Ils offraient de prouver par témoins :

1° Que, à l'époque de la vente, Pierre Briat était, depuis plusieurs années, malade de la maladie qui avait déterminé sa mort;

2° Que cette maladie avait tellement diminué ses forces qu'il était dans l'impossibilité de se conduire lui-même, de faire le moindre travail et de porter le moindre fardeau;

3° Que Bayard était le directeur spirituel de Briat.

La cour de Riom a rejeté la demande par l'arrêt suivant :

Attendu que Briat avait été atteint, en 1842, d'une maladie grave, à la suite de laquelle il avait été frappé d'épilepsie, dont les attaques étaient plus ou moins rapprochées; mais que ces attaques lui laissaient, dans les intervalles, la plénitude de ses facultés.

Que le médecin qui l'a soigné en 1842 n'a plus été appelé pour lui donner des soins qu'en 1849, et qu'il a constaté que Briat avait succombé à une plaie gangréneuse qu'il avait à la tête par suite d'une chute qu'il avait faite dans le feu et d'une brûlure qu'il avait éprouvée quelque temps avant sa mort.

Attendu que l'acte de vente de 1845 avait été contracté avant sa dernière maladie, en sorte que, lors même qu'il contiendrait une libéralité déguisée, il ne réunirait pas les deux conditions nécessaires pour en faire prononcer la nullité.

Par ces motifs, etc. (Cour de Riom, 2 février 1852.)

Tutelle. Curatelle. — De grands devoirs de famille sont parfois imposés par les événements. Une très-proche parenté crée des obligations, dicte des sacrifices ou inspire des dévouements. Si, en thèse générale, les épileptiques ne sont point exclus des charges de tuteur ou de curateur, et si leur névrose n'est point considérée comme une cause d'indignité civile ou sociale, ces malades doivent cependant être admis à faire valoir leurs excuses bien plus facilement que d'autres. Leur droit à l'exonération serait une injure, mais leur titre à une dispense doit être rangé parmi les faveurs prévues, sérieuses et nécessaires. La dispense n'est pas seulement un acte de haute convenance vis-à-vis du convulsif, mais elle est aussi une sauvegarde, peut-être précieuse, pour les intérêts des pupilles ou des mineurs émancipés.

J'ai été consulté un jour à l'occasion d'un fait probablement très-rare, ainsi qu'on va pouvoir en juger :

Un sieur G..., négociant, âgé de cinquante-trois ans, ayant parfois des vertiges diurnes et des attaques convulsives nocturnes, amnésique, passant pour avoir de fréquentes *distractions*, perdit sa femme en 1871 et devint tout naturellement le tuteur de sa fille unique, âgée de dix ans.

G... était dans de très-mauvais termes avec sa belle-mère, et il fut accusé en 1872, d'être atteint d'accès de folie momentanée et d'être, par conséquent, incapable de veiller sur sa fille. On lui reprochait, d'autre part, de faire coucher dans sa chambre une domestique âgée de soixante ans, à son service ou au service de son père, depuis trente-sept ans. G..., désespéré, ne donna aucune explication valable devant le conseil de famille d'abord, puis devant le magistrat chargé de l'enquête. Il cacha son état de santé, se fit défendre très-mollement et fut destitué de la tutelle. L'enfant fut confiée aux soins du frère de la belle-mère et quitta la maison paternelle.

Soumis à une médication bromurée persévérante, G... ne ressentit plus que deux vertiges à la fin de 1872, n'eut plus de crises nocturnes et passa l'année 1873 sans le moindre accident. En juillet 1874, allant toujours très-bien, il se décida à introduire une instance et à réclamer la tutelle de sa fille. Il déclara alors qu'il avait été épileptique ; qu'il avait eu des attaques nocturnes graves, pendant lesquelles il se mordait profondément la langue; et que sa vieille servante, qui couchait sur un matelas par terre, dans sa chambre, avait mission de l'assister alors et de lui placer notamment un bouchon entre les dents. Il prouva qu'il avait été habiter un pavillon isolé, au fond d'un jardin, loin de sa maison de commerce, parce qu'il avait souvent poussé un cri effrayant pendant la nuit, que des voisins s'étaient plaints et qu'il avait été sévèrement menacé d'expulsion. Il produisit enfin un grand nombre d'ordonnances de médecins ayant été timbrées dans des pharmacies.

Je remis, à mon tour, une pièce médico-légale dans laquelle j'attestais que G... était traité par moi depuis 1871; qu'il m'avait toujours accusé une mémoire infidèle, mais que je n'avais jamais été à même de noter dans son état mental de sérieux indices d'affaiblissement ou de désordre. J'ajoutais : « Il m'a toujours paru être un homme fort entendu en toute chose et portant les jugements les plus droits sur les événements et sur les hommes. Depuis près de deux ans, son excellent état de santé ne laisse pas subsister un seul doute sur le libre et plein exercice de ses facultés intellectuelles, sur ses aptitudes à remplir tous ses devoirs de citoyen, et sur ses titres incontestables à récupérer ses priviléges de père. »

La tutelle de sa fille lui fut rendue.

Dans la situation relativement si acceptable que le bromure de potassium a faite à la grande majorité des malades, les épileptiques peuvent donc s'élever aux honneurs et aux périls de la vie civile, mais dans le cas d'insuccès thérapeutique et de troubles temporaires de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté et de la conscience, la dispense se présente comme un compromis honorable. Le devoir attire, mais l'infirmité se subit. L'effacement obligé est un aveu d'impuissance, mais c'est encore un acte de courage. Le refus de la part d'un homme bien portant n'est, au contraire, qu'une lâcheté et une trahison.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Des tumeurs blanches.

Nous avons actuellement dans le service, cinq malades atteints d'affection grave du genou que nous appellerons, si vous voulez, arthrites chroniques, et datant, les unes de plusieurs mois, les autres de plusieurs années.

Quand nous prononçons ce mot, arthrite chronique, nous nous préoccupons beaucoup de la question de savoir si cette arthrite est de celles qui peuvent guérir en laissant les mouvements de l'articulation se rétablir et en permettant aux tissus de reprendre leur état normal; ou bien si elle appartient à la catégorie de ces maladies articulaires qui entraînent après elles la suppression des mouvements, en partie, sinon en totalité, et qui, en même temps, s'accompagnent d'une grande tendance à la suppuration, et au développement d'autres ma-

ladies graves nées sous l'influence de la même cause générale.

Un autre point qui appelle ensuite les sollicitations du chirurgien, c'est de savoir, quelle que soit d'ailleurs la nature de la maladie, si, au moment où nous observons le malade, il est permis de croire que l'articulation est ou n'est pas profondément désorganisée dans une de ses parties constituantes, essentiellement importantes, le cartilage articulaire.

Telle est l'étude que nous allons appliquer aux trois catégories de malades que nous avons actuellement dans nos salles.

En voici un d'abord qui est couché au n° 26 de la salle des hommes et sur lequel nous ne saurions avoir aucun doute relativement au diagnostic anatomique principalement, mais sur lequel il reste encore dans notre esprit quelques incertitudes en ce qui concerne certaines parties de ce diagnostic anatomique.

C'est un homme de quarante-huit ans qui souffre du genou droit, depuis seulement deux mois. Avant de souffrir de son articulation, il paraît avoir eu bien évidemment une attaque de rhumatisme polyarticulaire. Toutefois, il n'est pas très-explicite à ce sujet, car, sans être dénué d'intelligence, il présente une certaine excitation intellectuelle qui tient à des habitudes alcooliques fréquentes.

Quoi qu'il en soit, quand cet homme est entré à l'hôpital, les autres articulations étaient débarrassées et il ne présentait plus que des symptômes d'arthrite du côté du genou droit.

Eh bien, cherchant à résoudre le problème anatomique et étiologique que je posais tout à l'heure, je me demande si l'affection que présente ce malade, est de celles qui permettent le rétablissement des mouvements et le retour à l'état normal de l'articulation, ou bien de celles qui doivent suppurer et se compliquer de maladies du côté des reins ou des poumons.

A cet égard, ce que l'on peut affirmer d'une manière positive, c'est que l'arthrite dont il s'agit ici n'appartient pas à la variété de ces maladies du genou constituées par un développement de tissu molasse, grisâtre, plus ou moins vasculaire, avec formation de ces cellules embryonnaires que l'on désigne sous le nom de fongosités. Ici, au contraire, nous avons un gonflement produit par le développement particulier d'un tissu un peu dur, assez résistant pour qu'il soit impossible de distinguer, à la palpation, ce qui appartient aux os ou aux autres éléments de l'articulation. C'est une surface arrondie avec un peu d'épaississement partout.

J'ai bien cherché, comme je fais toujours dans les cas de ce genre, si cet épaississement était plus prononcé du côté de la tubérosité externe du tibia que dans le reste de l'articulation, mais cet examen ne m'a rien appris à ce sujet; et comparant le genou de cet homme avec celui de deux autres malades couchés l'un au n° 39 de la salle des hommes, l'autre au n° 21 de la salle des femmes, qui est incontestablement une tumeur blanche fongueuse de cette articulation, je n'ai pas trouvé chez lui ce boursoufflement un peu plus prononcé au niveau de la tubérosité externe du tibia que l'on rencontre chez ceux-ci.

De plus l'origine de la maladie dont cet homme est affecté me paraît bien franchement rhumatismale. Il a eu un rhumatisme articulaire aigu et la maladie, après avoir quitté les articulations, a persisté au genou sans prendre le caractère de la synovite fongueuse.

D'autre part, je n'ai pas trouvé d'épanchement dans l'épaisseur de l'articulation, mais j'ai constaté un peu de mobilité latérale et en même temps des mouvements naturels extrêmement limités. C'est ainsi qu'il est impossible d'imprimer au membre des mouvements d'extension ou de flexion, qui aillent au delà de quelques millimètres.

Comment maintenant caractériserons-nous la maladie? quel diagnostic anatomique et étiologique établirons-nous, d'après les phénomènes que nous venons d'observer?

Tout d'abord, d'après les antécédents de cet homme, il est évident qu'il s'agit chez lui d'une arthrite rhumatismale. C'est de plus une arthrite avec épaississement de la synoviale dû au dépôt de produits inflammatoires dans son épaisseur, et avec vascularisation de cette séreuse plus considérable qu'à l'état normal, sans pourtant que cette vascularisation exagérée ait été portée assez loin pour donner à la synovite, cette forme hydropique que l'on rencontre dans les synovites congestives.

Eh bien, les synoviales épaissies appartiennent à cette variété de synovites que j'ai désignées sous le nom de synovites plastiques, c'est-à-dire de ces affections articulaires caractérisées d'abord par cet épaississement de la synoviale par le fait de produits inflammatoires nouveaux développés dans son épaisseur, puis souvent par le dépôt de ces mêmes produits néo-membraneux à la surface des cartilages articulaires.

Malheureusement, nous manquons d'éléments de diagnostic pour distinguer entre la synovite plastique interstitielle sans dépôt de fausses membranes et la synovite néo-membraneuse avec dépôt de produits inflammatoires dans l'épaisseur de l'articulation. A cet égard, l'on ne peut avoir que des présomptions, et cette incertitude est liée à une deuxième.

Je vous ai dit souvent que lorsqu'une articulation est malade depuis longtemps, quelle que soit d'ailleurs l'étiologie de l'affection articulaire et qu'elle s'accompagne ou non de l'inflammation de la synoviale, les cartilages diarthrodiaux, puis s'il s'agit du genou, les cartilages semi-lunaires, ont une certaine tendance à se léser, puis à se détruire. Cette condition nous frappe beaucoup dans les tumeurs blanches, parce que cette variété de maladies articulaires est une de celles dont nous avons le plus souvent l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique, tandis qu'il ne nous est pas donné aussi facilement de nous livrer aux mêmes recherches pour des arthrites qui ne nécessitent pas l'amputation du membre ou qui n'entraînent pas la mort des malades; mais dans les quelques cas que l'on en rencontre on voit que même alors que la maladie n'est pas fongueuse, mais qu'elle est de date un peu ancienne, que les cartilages après avoir d'abord commencé par s'altérer par places, et présenté cet état particulier que l'on désigne sous le nom d'altération velvétique, s'ulcèrent puis finissent par disparaître complétement, si l'on a été impuissant à enrayer les progrès de la maladie.

Eh bien, tel est le point qu'il nous importerait de connaître : l'état des cartilages, et qui fait qu'il est très-difficile de porter, dans les cas de ce genre un diagnostic complet, et d'après la nature de celui-ci, d'établir le pronostic, et je dirais volontiers le traitement.

Mais, nous préoccupant seulement chez ce malade de la mobilité latérale que nous avons constatée, surtout dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, nous nous demandons quelle est la valeur de ce signe. Indique-t-il une lésion des tissus articulaires dont la présence, dans l'état normal, empêche la mobilité latérale de s'exécuter quand le membre est dans l'extension? et quelle est la cause de ces mouvements de latéralité?

Ceux-ci peuvent tenir au ramollissement des ligaments latéraux et croisés, mais dans ces arthrites plastiques qui sont d'origine rhumatismale et présentent en même temps un cer-

tain degré de congestion avec épaississement de la synoviale il est peu ordinaire de voir les ligaments ramollis à ce point. Au contraire, dans la variété que nous étudions, les ligaments ont de la tendance à devenir plus denses et plus résistants, différant en cela de ce qui a lieu dans les tumeurs blanches fongueuses. Aussi, les recherches auxquelles nous nous sommes livré à ce sujet, nous ont-elles conduit à considérer comme une des causes de la mobilité latérale, dans ces circonstances, la diminution ou même la disparition des cartilages diarthrodiaux ou semi-lunaires. Seulement, il nous est impossible de distinguer jusqu'à quel degré est arrivé cet amoindrissement ou cette disparition des cartilages, et c'est là encore un des desiderata de la clinique. Ignorance regrettable, parce que nous ne savons si l'articulation est susceptible de recouvrer ses mouvements fonctionnels normaux ou bien si la guérison ne peut s'obtenir qu'au prix d'une ankylose complète.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA ROCHE-GANDON (Mayenne).

M. Henry Bonnet.

Chute sur la tête, commotion cérébrale, fracture de l'apophyse mastoïde. — Valeur diagnostique de l'otorrhagie.

(Observation recueillie par MM. Biaute et Lian, internes du service.)

Dans le cas pathologique qui donne lieu à l'observation suivante, on verra que les conséquences du traumatisme, sont loin de répondre aux troubles auxquels on pouvait s'attendre au moment de l'accident, et que le symptôme *otorrhagie* ne se rattache parfois, qu'à des lésions peu étendues. C'est ce qui ressort d'ailleurs, d'un article récent du *Progrès médical*, analysé dans la revue de la presse de la *Gazette des hôpitaux*, du 27 janvier dernier, et rapportant une leçon clinique de M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce chirurgien l'a fort bien expliqué dans son traité de pathologie : si tant de fractures de la base du crâne, dit-il, diagnostiquées d'après un écoulement sanguin auriculaire, se terminent par guérison, c'est qu'on a tiré de fausses déductions d'un fait, qui manque souvent de caractère pathognomonique réel.

C... Pierre, est entré à l'asile le 15 mai 1874, âgé de vingt-six ans, et atteint depuis plusieurs années de lypémanie chronique : idées de persécution, hallucinations, illusions multiples, propulsions homicides et suicides.

A moments indéterminés, parfois rapprochés, d'autres fois éloignés, il a présenté à l'asile des exacerbations dans l'intensité de son délire ; mais, vers la fin de 1876, un très-mauvais état mental a persisté d'une façon continue. En janvier 1877, il est encore plus troublé, plus désordonné, plus persécuté ; il essaie à plusieurs reprises de fuir devant les attaques nombreuses auxquelles il se croit en butte ; le 13, il s'évade pendant le jour, et il explique ensuite cet acte, dans le sens de ses prédominances profondément lypémaniaques.

Le 16, il était dans un état de calme plus spécieux que réel ; aussi le chef du quartier, crut devoir laisser le malade coucher dans un dortoir d'hommes tranquilles. Vers minuit, les vitres d'une croisée volèrent en éclats, et C... passant à travers, tombait dans la cour d'une hauteur de plus de cinq mètres, sans que le gardien de service eût le temps de l'arrêter. On court immédiatement à son secours, et nous sommes aussitôt prévenus que l'aliéné, ayant sauté par la fenêtre du dortoir, était inerte sur le sol, *bras et jambes cassés.*

Cependant, on l'apporte à l'infirmerie sur un brancard. Nous le trouvons encore sans mouvement et privé de connaissance : les paupières sont abaissées, la face est pâle, la muqueuse buccale froide et décolorée, l'haleine froide aussi, la respiration très-faible, et le pouls d'une lenteur inquiétante. Les membres sont d'abord minutieusement observés : on n'y remarque aucune fracture ; mais soulevés ensuite, ils retombent lourdement, la résolution musculaire est complète. La cage thoracique n'est le siége d'aucune lésion, quoiqu'au niveau des deux dernières fausses côtes du côté gauche, à l'hypochondre, la pression soit douloureuse : ce n'est que par elle, du reste, que la sensibilité générale du sujet se révèle. En différents points du corps, on voit des blessures occasionnées par le verre, mais elles sont insignifiantes. Enfin, phénomène plus grave, et qui a seul ensuite attiré l'attention, un écoulement sanguin continu, mais peu abondant, a lieu par l'oreille droite. Le côté droit de la tête, sur laquelle il n'existe pas de plaie, est couvert de boue, de sorte, qu'on peut être certain que c'est cette partie qui a supporté le poids du corps dans la chute.

En présence de ces symptômes, le diagnostic peut être variable : *Commotion cérébrale, avec fracture probable de la base du crâne, simple fissure, ou bien rupture de la membrane du tympan.*

Les indications thérapeutiques étant peu nombreuses en cette occasion, on ne prescrit que des révulsifs cutanés et une potion cordiale que le malade pourra prendre, car on peut provoquer à la fin des mouvements de déglutition.

Le 17 au matin, l'état est relativement bien meilleur ; mais l'otorrhagie dure encore avec les mêmes caractères que pendant la nuit, et on sent de l'empâtement sous le cuir chevelu de la région temporo-pariétale droite ; c'est d'ailleurs le point où semble avoir porté la tête dans la chute, comme nous en avons déjà fait la remarque. Les muscles de la face, à droite, sont agités par des mouvements convulsifs.

Soir : l'otorrhagie a cessé, une ecchymose se dessine vers l'apophyse mastoïde droite.

18 : l'ecchymose descend sur le sterno-mastoïdien, jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Le malade éprouve des vertiges quand on essaie de le lever. On a de la peine à l'alimenter, en raison de certaines douleurs qu'il manifeste par un tic de la partie droite de la face. On ne pouvait faire encore l'examen du conduit auditif : l'aliéné ne s'y serait nullement prêté.

22, mieux général.

23. C... se lève, faible encore cependant et peu sûr dans la marche ; l'ecchymose persiste, mais l'empâtement du cuir chevelu n'existe plus.

30. L'ecchymose a disparu, et le malade est considéré comme complétement guéri. Depuis le début, on n'a pas pu constater de dysécée à droite. L'aliéné permet un examen convenable : sur la paroi postéro-inférieure du conduit auditif, près de la membrane du tympan, on remarque une ulcération de couleur rougeâtre, et, sur la membrane elle-même, quelques taches grises se dessinent parfaitement sur le fond blanc argenté de ce diaphragme.

D'après ce qui précède, on peut se rendre compte de l'état de gravité dans lequel s'est trouvé notre sujet au moment de l'accident. Il a présenté tous les symptômes d'une commotion cérébrale qui, à elle seule, aurait pu occasionner la mort par sidération du système nerveux, extinction graduelle de l'action du poumon et du cœur ; mais ce n'est pas tant ce phénomène qui doit nous occuper ici. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur cette douleur de l'hypochondre gauche, qui aurait pu faire penser à une de ces lésions de la rate, que l'on constate dans les accidents de ce genre, et dont M. Richet cite un cas dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale. Nous ne devons nous occuper que des lésions possibles de la boîte crânienne.

L'otorrhagie peut être symptomatique : 1° d'une fracture de la base du crâne, étendue au rocher et dont le trait passe par la partie de cet os où s'encadre la membrane du tympan ; 2° d'une fracture de l'apophyse mastoïde ; 3° d'un enfoncement du conduit auditif par le condyle du maxillaire inférieur ; 4° d'une simple déchirure de la membrane du tympan.

D'après le relevé de l'observation ci-dessns et les consé-

quences du traumatisme, quelles lésions doit-on admettre? Tout concourt à faire reconnaître une fracture intéressant l'apophyse mastoïde, avec fissure de l'os, jusqu'au canal auriculaire osseux. En effet, la douleur locale a été manifeste, l'ecchymose s'est produite, par rupture des vaisseaux ou des fibres des muscles mastoïdiens, et enfin l'examen tardif peut-être, mais impossible auparavant, du conduit auditif, a fait voir une ulcération de la paroi qui a pu être fournie par la fissure de l'os, et l'écoulement sanguin pouvait provenir de ce point. D'autre part, la membrane du tympan a montré des traces de lésion récente : elle a pu être déchirée au moment de la chute.

On peut donc dire que l'otorrhagie liée aux phénomènes primordiaux, était de nature à faire croire à une lésion crânienne, plus grave que celle qui a été reconnue dans la suite; mais les symptômes consécutifs sont venus peu à peu, démontrer que son existence ne doit pas toujours servir de base à la gravité d'un diagnostic qu'on lui réserve si souvent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 mai 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Dilatation simple de l'estomac dans la dyspepsie chronique. — M. Leven présente l'estomac d'un homme qui a succombé dans son service où il était entré, offrant tous les symptômes d'un cancer de cet organe. Depuis fort longtemps déjà, cet homme avait des vomissements noirs très-fréquents, était amaigri et présentait tous les caractères d'un cancer stomacal ou tout au moins d'un ulcère. Cependant M. Leven ayant reconnu qu'il était seulement atteint d'une dyspepsie chronique ancienne, avec dilatation énorme de l'estomac, le traita par la pompe stomacale. Il retira ainsi une énorme quantité de liquide, et immédiatement après le malade ne sentit plus de souffrances et demanda à manger. Cet homme qui depuis longtemps ne pouvait plus rien prendre put ainsi, pendant quelque temps, se nourrir et garder ses aliments. Malheureusement, l'état cachectique était chez lui déjà si avancé que ce traitement, tout en l'améliorant singulièrement, ne parvint pas à le guérir. Il succomba, et à l'autopsie, on reconnut que l'estomac ne portait aucune trace de cancer ni d'ulcération. Il n'y avait rien au pylore. On constatait seulement sur la face postérieure une énorme dilatation des vaisseaux, comme cela a toujours lieu dans les cas de dyspepsie chronique avec dilatation simple.

M. Leven fait observer qu'on laisse ainsi mourir un grand nombre de malades, soi-disant atteints de cancer stomacal, qui n'ont qu'une dyspepsie chronique avec dilatation, et qu'on pourrait souvent sauver à l'aide de la pompe stomacale. Dans une prochaine communication, M. Leven présentera plusieurs cas à l'appui de cette opinion.

Des usages de la vessie natatoire chez les poissons. — M. Moreau a entrepris une série d'expériences qui démontrent que la vessie natatoire est, pour ainsi dire, un organe d'équilibration, au moyen duquel le poisson produit ou absorbe une certaine quantité de gaz destinée à lui donner le poids nécessaire pour se tenir, presque sans efforts, à un certain niveau que, pour cette raison, M. Moreau a appelé la ligne des moindres efforts. Si l'on fixe sur un poisson un corps plus léger que l'eau et qui tend à le faire monter à la surface, il perd une certaine quantité de gaz, de façon à devenir plus lourd et à pouvoir plus facilement gagner la ligne des moindres efforts. Si, au contraire, on attache au poisson un poids qui tend à lui faire gagner le fond de l'eau, il absorbe une certaine quantité de gaz qui le rend plus léger et lui permet de remonter facilement vers le niveau qui lui convient.

Des conserves de pois reverdis au moyen du sulfate de cuivre. — M. Galippe, à l'occasion de la crainte exprimée par M. Pasteur à l'Académie des sciences que la présence du cuivre dans ces aliments ne fût dangereuse pour la santé publique, a cherché à déterminer quelle était exactement la proportion de cuivre que pouvaient contenir ces conserves de légumes. Il a réuni douze marques de fabrique différentes. Les boîtes qui lui ont été remises étaient intactes; au fur et à mesure qu'il les vidait, il a pu voir que les pois différaient de couleur entre eux : les uns étaient d'un vert plus beau que nature, les autres étaient insuffisamment colorés et présentaient une couleur jaunâtre; pour d'autres enfin, l'illusion était complète. Tous ces pois avaient absolument la même odeur que lorsqu'ils viennent d'être cueillis.

Les pois égouttés aussi complétement que possible, mais encore imprégnés de liquide, pèsent 3,565 grammes. Dans le but d'obtenir une moyenne de la fabrication de Paris, il a fait un mélange aussi exact que possible de ces échantillons de diverses provenances, et il en a pris le douzième, qui est égal, en chiffres ronds, à 298 grammes. Le liquide pesait 1,380 grammes, dont le douzième est égal à 115 grammes. M. Galippe fit deux prises de pois de 298 grammes chacune; à l'une de ces prises seulement il ajouta 115 grammes de liquide représentant la composition moyenne de celui des douze boîtes.

Cette première portion fut traitée par le procédé classique; la quantité de cuivre métallique trouvée est égale à 16 milligrammes. Cette quantité correspond à 63 milligrammes de sulfate de cuivre cristallisé.

Lorsqu'on doit accommoder des petits pois reverdis au sulfate de cuivre, on a l'habitude, après avoir rejeté le liquide dans lequel baignent les conserves, de passer celles-ci à l'eau bouillante et de les préparer ensuite. Pour se rapprocher autant que possible de ces conditions pratiques, M. Galippe a projeté sur la seconde prise de pois verdis 200 centimètres cubes d'eau bouillante et, après les avoir laissé égoutter, les a traités par le procédé classique. Il a trouvé une quantité de cuivre peu différente de celle qu'il avait précédemment dosée : 15 milligrammes de cuivre métallique correspondant à 59 milligrammes de cuivre cristallisé. Si la combinaison du sel de cuivre était aussi peu soluble, on ne devait trouver que fort peu de ce métal dans le liquide des boîtes de conserves. Pour s'en assurer, M. Galippe prit 115 grammes de ce liquide, et, après des traitements successifs, l'analyse lui a donné : cuivre métallique, 15 milligrammes correspondant à 59 milligrammes de sulfate de cuivre cristallisé. Comme on le voit, cette quantité est très-minime.

Quelles conclusions tirer de ces chiffres fournis par l'analyse? Une demi-boîte de conserves est suffisante pour quatre personnes, de sorte que quatre convives ont à se partager à peu près entre eux 59 milligrammes d'un composé de cuivre, soit pour chacun d'eux un peu plus de 14 milligrammes. Une telle quantité même de sulfate de cuivre ne saurait être nuisible. En outre, dans les pois conservés, le sulfate de cuivre n'existe plus avec les caractères qui lui sont propres; pas de saveur désagréable, une solubilité extrêmement faible, en un mot, c'est un corps inerte. Si l'on n'est pas fixé sur la nature de cette combinaison, on sait au moins dans quelles conditions elle s'opère. Pour qu'elle se produise il faut que les pois soient projetés, pour ainsi dire, vivants dans un mélange destiné à conserver leur teinte naturelle. Une variation brusque de température, un orage peuvent s'opposer à la fixation de la matière colorante. On peut donc dire, sans être paradoxal, que les petits pois reverdis portent, en quelque sorte, la garantie de leur bonne qualité.

A ces arguments, M. Galippe ajoute des preuves plus palpables : il a fait lui-même, pendant une dizaine de jours, un usage quotidien de ces conserves contenant du cuivre sans en avoir éprouvé d'autre inconvénient que l'ennui de voir tous les jours reparaître le même plat. Il pourrait même citer le nom de savants distingués, qui font un usage fréquent de ces conserves, dans un but qui n'a rien d'expérimental. Dans les fabriques de conserves, quand une boîte est mal soudée, elle est distribuée aux ouvriers, de telle sorte qu'il y en a qui mangent presque exclusivement des conserves à leurs repas sans en éprouver le moindre inconvénient.

M. Galippe conclut, en disant que les conservés de pois contien-

nent une quantité beaucoup trop faible de cuivre pour pouvoir être nuisibles à la santé publique. Il est convaincu, en outre, que cette quantité pourrait être encore diminuée, si les fabricants s'entendaient pour adopter une formule unique suffisante pour conserver aux pois leur coloration artificielle, sans aller ni en deçà ni au-delà du but.

Des changements de volume du cœur. — M. FRANÇOIS FRANCK, continue l'exposé de ses recherches sur *les changements de volume du cœur*. L'un des renseignements les plus importants que l'on puisse attendre de cette exploration, c'est l'indication des quantités de sang que le cœur envoie dans les artères à chaque systole. *Le débit* du cœur variant dans des conditions multiples et ne pouvant être directement déterminé sur les animaux ou sur l'homme, c'est à un moyen détourné d'évaluation qu'on doit avoir recours; or il est facile de préciser, sur le cœur isolé soumis à une circulation artificielle (tortue) ou sur le cœur en place (animaux dont on ouvre la poitrine après section de la moelle ou curarisation), la quantité dont le cœur se vide, en tenant compte de l'étendue des courbes de diminution de volume pendant la systole. Peut-être est-il permis d'espérer que la cardiographie buccale chez l'homme, donnera le moyen d'obtenir la même indication.

M. François Franck, se borne aujourd'hui à indiquer la méthode employée pour étudier comparativement les changements de volume du cœur et les débits du ventricule chez la tortue.

Le cœur de l'animal est soumis à une circulation artificielle de sang défibriné; il est placé dans une éprouvette dont la cavité est mise en communication avec un tambour à levier inscripteur; le tube qui représente l'artère afférente porte un branchement, sur lequel est disposé un explorateur des variations de la pression (sphygmoscope). C'est là le dispositif déjà employé par M. Marey. M. François Franck y ajoute un appareil de déversement, dans lequel s'écoulent les ondées envoyées par le cœur. L'appareil se compose de deux éprouvettes réunies en bas par un tube en U et constituant deux vases communiquant. Le sang versé dans l'un des vases élève le niveau dans tous les deux, et ce sont les variations successives de niveau qu'on transmet à un appareil enregistreur. On utilise pour cela les compressions graduellement croissantes de l'air d'un des des deux vases, qui communique par un tube de transmission à un levier inscripteur.

Avec l'appareil complet on recueille simultanément l'indication des changements de volume du cœur, celle des variations de la pression artérielle correspondant à chaque systole et celle des débits successifs.

En soumettant le cœur à des influences variées de température, d'effort à vaincre, d'excitation électrique, etc., etc., on voit varier son rhythme et son débit. M. François Franck reviendra sur ces différents résultats en indiquant ceux que fournit une exploration du même genre sur le cœur dont on étudie les changements de volume dans la cavité du péricarde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

16. Poyet. Des paralysies du larynx.
17. Simyan. Contribution à l'étude de la syphilis laryngée tertiaire.
18. Guillemin. Étude sur l'épilepsie alcoolique.
19. Lespine. De la conservation et du pansement au diachylon dans les plaies graves des doigts.
20. Mignant. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie. Diagnostic et traitement.
21. Cascua. Considérations thérapeutiques sur les sources de salut à Bagnères-de-Bigorre.
22. Mouton. Du traitement des fractures par le pansement ouaté.
23. Gallopain. Des hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires.
24. Tambareau. De la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde.
25. Lallemant. Quelques observations d'hystérie chez l'homme.
26. Phisalix. De la néphrite interstitielle aiguë.
27. Vidal. Considérations sur les kystes hydatiques des os.
28. Hutin. De la température dans l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement.
29. Bauzon. Du sevrage.
30. Raoult. Des atrophies papillaires.
31. Chesnel. Étude clinique sur le cancer latent de l'estomac.
32. David. De l'eczéma impétigineux et de sa contagion.
33. Maire. Sémiologie de la pigmentation.
34. Fornel. Hygiène navale : campagne de circumnavigation à bord de la frégate française *l'Alceste* (relation médicale).
35. Bouvier. De l'influence du traumatisme et des irritations extérieures dans le développement des productions tuberculeuses.
36 Petit. Considérations sur le traitement immédiat et consécutif des lésions de l'urèthre à la suite de chutes sur le périnée.
37 Lagardère. Traitement de l'amaigrissement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats admis à subir la troisième épreuve (consultation) du concours pour les places de médecin au bureau central, sont MM. Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hanot, Homolle, Huchard, Joffroy, Landrieux, Legroux, Quinquand, Rathery, Rendu et Sevestre.

— *Prix Montyon* (statistique). — Ce prix (médaille d'or de la valeur de 453 francs) sera décerné à l'ouvrage qui, ayant pour objet une ou plusieurs questions relatives à la statistique de la France, contiendra, au jugement de l'Académie des sciences, les recherches les plus utiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Cᵉ.

Principes de biologie, par HERBERT SPENCER; traduit de l'anglais par le docteur CAZELLES. — 2 vol. in-8°. Tome Iᵉʳ, 1 fort vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Germer-Baillière et Cᵉ.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur A. LUTAND, ex-médecin de l'Hôpital français de Londres, ex-interne des hôpitaux du Hâvre. — 1 vol. in-12 de 736 pages avec 38 figures dans le texte. Prix : 8 fr. 50. — H. Lauwereyns.

Éléments d'anatomie comparée des animaux invertébrés, par le professeur Th. H. HUXLEY, membre de la Société royale de Londres; ouvrage traduit de l'anglais par le docteur G. DARIN, avec une préface, des notes et un chapitre sur les principes généraux de la biologie, par M. le professeur A. GIARD. — 1 vol. in-18 avec avec 156 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde, par le docteur Albert ROBIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux chimiques au laboratoire de la Charité. — Paris, 1877, grand in-8°, 264 pages. Prix : 4 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Étude statistique et médicale sur La Malou-les-Bains (Hérault) et sur l'application des eaux alcalino-ferrugineuses et arsenicales de La Malou-l'Ancien, au traitement du rhumatisme, de la névropathie et de la chloro-anémie, par le docteur PRIVAT. — In-8° de 120 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

De la Péricardite à forme hydrophobique, par le docteur P. BOURCERET, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° de 80 pages. Prix : 3 francs. — Paris, Octave Doin.

Étiologie de la carcinose, par le docteur SALLE. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des Fractures de l'extrémité supérieure du tibia, par le docteur HEYDENREICH. — In-8° avec 2 planches. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet d'origine congénitale, par le docteur DELAUNAY. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du Diabète sucré chez l'enfant, par le docteur REDON. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur la pathogénie et le traitement des hémorrhagies de la paume de la main, par le docteur LEDOUBLE. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur la syncope, recherches cliniques et expérimentales, par le docteur HOSTEING. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Études sur les maladies charbonneuses observées chez les mégissiers de Millau (Aveyron), par le docteur BOMPAIRE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1877, Alexandre Coccoz.

De l'emploi de la méthode de Brand et du bain tiède dans le traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur P. LAURE, médecin des hôpitaux de Lyon. — In-8° Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Essai sur le rôle du sang dans le phénomène de la généralisation du cancer de l'estomac, par le docteur CRUDIBERT. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale de M. le professeur Jaccoud. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 54. — JEUDI 10 ET SAMEDI 12 MAI 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 10 ET SAMEDI 12 MAI 1877. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE BICÊTRE. Les épileptiques : particularités cliniques; état mental; actes criminels. — THÉRAPEUTIQUE. Le coca et ses applications thérapeutiques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intervention de M. Chauffard dans la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, comme on devait s'y attendre, a élargi le champ du débat et l'a élevé à la hauteur des principes et des considérations générales de l'étiologie et de la pathogénie. En effet, le but que s'est proposé M. Chauffard dans la première partie de son discours a été de montrer que l'étiologie de la fièvre typhoïde participe à la fois des conditions communes et des proportions spécifiques, qui seraient, entre elles, dans des conditions variables, suivant les cas individuels et suivant les épidémies; ce qui ferait, comme on le voit, de ce problème étiologique, l'un des plus difficiles et des plus obscurs de la pathologie, bien loin en cela de l'apparente simplicité des hypothèses par lesquelles on s'efforce de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique et toujours la même, pour les uns un ferment, un virus spécial, contenu ou non, né ou importé, dans les produits des évacuations alvines des typhiques.

A cette théorie, qui frappe par sa simplicité, M. Chauffard oppose, nous ne dirons pas deux objections, mais deux fins de non-recevoir fondées sur l'observation d'une part, et de l'autre sur des principes. L'observation clinique témoigne, sinon affirmativement, du moins négativement. Elle n'a pas démontré jusqu'à présent, la présence de ces parasites ou de ces ferments, pas plus d'ailleurs que du virus quelconque, cause unique et constante de la maladie. Il ne manque à toutes ces hypothèses séduisantes du parasitisme qu'une seule chose, la preuve.

En présence de cette absence de preuve, faut-il simplement s'abstenir, attendre, ou observer encore et expérimenter? Pour M. Chauffard, il y a plus que le doute. Ces théories ne sont pas seulement des hypothèses, elles sont des interprétations fausses, des erreurs, contraires aux faits et aux vérités fondamentales de la science. Dès lors, il n'a plus le droit de s'abstenir et il se croit le devoir de montrer l'erreur et de la combattre.

Comment?

C'est ce que nous allons voir dans la deuxième partie de son argumentation.

Se plaçant au point de vue de l'étiologie d'abord, — l'étude pathogénique viendra plus tard lui fournir son contingent de démonstrations, — M. Chauffard conteste et combat la prétendue nécessité d'un agent causal spécifique pour la fièvre typhoïde. Il se fonde, d'une part, sur ce que la contagiosité de cette affection n'est pas telle qu'elle constitue toujours autour d'elle une atmosphère de contagion, comme le fait par exemple la variole; d'autre part, sur le rapprochement de ce qui se passe à cet égard pour l'infection purulente des blessés et pour la fièvre purulente des accouchées, pour l'ophthalmie purulente des enfants, pour la méningite cérébro-spinale épidémique, etc. Pour ces diverses affections, comme pour la fièvre typhoïde, il ne se croit pas obligé à admettre une cause unique, alors que l'observation montre qu'à côté de la contagion et en dehors de toute circonstance où il soit possible de la faire intervenir, on voit naître ces affections soit spontanément, soit sous l'influence de causes communes, occasionnelles ou déterminantes, telles que l'encombrement, les cohabitations nombreuses dans un même local, l'altération de l'air, les fatigues excessives, le surmenage, une alimentation mauvaise ou insuffisante, sous le bénéfice de la réceptivité. La réceptivité et la spontanéité, dont les lois sont si obscures, si mal connues encore, mais dont le fait ne s'en impose pas moins, tels sont les principes derrière lesquels se retranche M. Chauffard pour se refuser à reconnaître comme légitimes les hypothèses séduisantes de parasitisme et de panspermie.

Nous suivrons le développement que M. Chauffard se propose de donner encore à cette doctrine dans la troisième partie de son discours, qui aura pour objet les considérations puisées dans la pathogénie.

On trouvera dans le compte rendu de la séance une analyse d'une nouvelle lecture de M. Metzquer sur la non-inoculabilité de la phthisie.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Testaments. — Nous avons eu jusqu'à présent l'épileptique sous les yeux et nous avons pu le suivre pas à pas, non-seulement dans les manifestations les plus graves ou les plus infimes de sa névrose, dans les troubles les plus profonds, ou dans les absences les plus passagères de sa raison, mais encore dans toutes les situations de sa vie, en dehors de tout accident con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 mai 1877.

vulsif, et, chemin faisant, nous avons pesé la valeur morale et légale de tous ses actes. Le voici mort : s'il a laissé un testament, il va nous occuper encore.

Par la disparition du malade, l'examen rétrospectif de l'état mental est seul devenu possible. On n'a plus alors pour guides que l'analyse minutieuse des antécédents somatiques et intellectuels du testateur et que l'inspection de l'acte testamentaire lui-même. Or, de ce qu'un testament est conçu dans les meilleurs termes et ne renferme qu'une série de dispositions logiques et raisonnables, il ne s'ensuit pas nécessairement que le testateur ait été absolument indemne de toute lésion cérébrale et n'ait jamais été aliéné. La réciproque est vraie et un legs excentrique n'a jamais impliqué fatalement la folie. Est-ce qu'une idée absurde n'a pas traversé parfois l'esprit de l'homme le plus intelligent et le plus sage?

Pour pouvoir sûrement interpréter la pensée d'un testateur, il importe de bien connaître ses motifs intimes, car habituellement il ne donne aucune explication sur les raisons qui l'inspirent dans la distribution de ses biens. Il faut ensuite savoir apprécier avec impartialité les dépositions des témoins entendus dans l'enquête et la contre-enquête. Ces témoins ne sont souvent ni compétents, ni désintéressés, et, alors même qu'ils auraient la ferme volonté de ne point se départir de toute la probité nécessaire, peuvent-ils se souvenir avec exactitude de toutes les particularités que pouvait présenter l'état mental du testateur au moment précis où ce dernier a réglé son hérédité ? N'ont-ils pas pu méconnaître certains signes se rattachant somatiquement à l'épilepsie et susceptibles de justifier alors quelques fugitives aberrations ? A chaque instant, il arrive au médecin traitant, au notaire ou au ministre du culte, de ne point avoir une opinion bien nette sur l'état intellectuel véritable d'un malade aux approches de la mort; eh bien, comment veut-on que des témoins, fournis par le hasard, puissent donner des renseignements valables sur les dispositions mentales d'un testateur sujet à des vertiges, à des accès incomplets ou à des attaques d'épilepsie? Il nous paraît bien difficile que l'on puisse se prononcer sciemment en dehors de l'état habituel et confirmé de folie épileptique.

La loi française dit en termes remarquablement nets : « Pour faire une donation ou un testament, il faut être sain d'esprit.» Aussi, jusqu'à preuve du contraire, tout testament émanant d'un épileptique, doit-il, en général, être considéré comme valide. Cependant, si l'on veut l'attaquer, hâtons-nous de dire qu'il n'est pas indispensable que l'interdiction ait été prononcée, ou seulement demandée, pendant la vie du testateur, ou bien encore que la folie ressorte manifestement de l'acte contesté. On n'a qu'à prouver l'absence du discernement au moment de la confection du testament,

Il n'est point entré dans les intentions du législateur d'exiger du testateur un discernement supérieur et des facultés transcendantes, mais bien un acte libre et consenti. Qu'il soit ou non épileptique, l'homme qui fixe à sa guise l'ordre de sa succession, doit-être pénétré, à ce moment solennel, de toutes les conséquences de l'acte qu'il accomplit et il doit pouvoir exprimer toutes ses dispositions, soit verbalement, soit par écrit, dans les termes les plus nets. Rien ne doit fausser ou anéantir son libre arbitre : ni contrainte matérielle, ni intimidation morale, ni pression calculée, ni faiblesse intellectuelle, ni caducité sénile, ni désordre mental, ni mouvement passionnel. Il commande, il sera obéi. Seulement, pour commander, il faut qu'il ait été libre. Tout est là.

Le notaire ne doit recevoir un acte de dernière volonté qu'après s'être assuré de l'intégrité d'esprit du testateur. Si l'officier public avait la compétence désirable pour doser, en quelque sorte, la somme d'intelligence restant à son client et pour apprécier la valeur exacte de certaines particularités délirantes, la précaution édictée par la loi eût été une sage mesure. Malheureusement la garantie est à peu près illusoire.

Citons à présent quelques décisions judiciaires relatives aux testaments des épileptiques.

I. — M. M.., ancien procureur, puis avoué et enfin avocat à Auxerre, mourut en 1829, laissant un fils unique dont la conduite envers lui était irréprochable. Mais persuadé que cet enfant, né onze mois après son mariage, ne lui appartenait pas, et qu'il était le fruit de liaisons qu'aurait eues antérieurement sa femme, il l'avait exhérédé autant qu'il avait dépendu de lui, en léguant à son neveu toute la portion disponible de ses biens.

Le tribunal d'Auxerre annula ce testament par le jugement qui suit :

« En droit, attendu que l'art. 901 du Code civil dispose que pour faire un testament il faut être sain d'esprit ;

En fait, qu'il est de notoriété que, dans les vingt dernières années de sa vie, le S[r] M... était attaqué souvent du *mal épileptique* qui, à l'état de la raison faisait succéder la démence, l'irascibilité, la fureur.

Que le testateur lui-même appréciait la gravité de sa position, quand, dans sa correspondance, il reconnaissait que cette maladie agissait sur ses nerfs et affaiblisssit son état intellectuel de jour en jour.

Que cet affaiblissement a été reconnu lors de l'autopsie du cadavre par les médecins qui, dans la disposition du cerveau, ont cru découvrir un commencement de lésion qui devait provoquer une folie partielle, et, en d'autres termes, la monomanie;

Que le testament, fait en 1826, semble avoir pour cause la réparation d'un vol que le testateur craint pour sa famille, et l'abnégation de la paternité à l'égard d'un fils unique, né cependant dans les onze mois qui ont suivi le mariage, abnégation injurieuse à la mémoire d'une femme dont la vertu ne fut jamais soupçonnée;

Que le dernier de ces motifs ne peut appartenir qu'à un état d'aberration d'esprit ;

Enfin, que de tous les faits de la cause résultent les présomptions les plus graves que les dispositions testamentaires de M... père ont pris naissance dans des préventions erronées, dans un sentiment haineux envers son fils;

Déclare le testament nul et de nul effet. »

II. — Madame de T..., épileptique depuis l'âge de quatorze ans, se marie à vingt-huit ans, en 1832. Son père, M. de K... fait insérer dans le contrat une clause par laquelle il est dit : *Que la future épouse, vu son incommodité, sera maîtresse de prendre et de garder la domestique femelle, à son service, qu'elle désirera ; laquelle sachant qu'elle n'a pas la tête à elle les premiers moments d'après son attaque, déclare par le présent acte que tous actes ou billets, signés par elle que l'on pourrait présenter après son décès, seront nuls s'ils n'ont été signés par ses plus proches parents de son estoc.*

A tout ce que dessus, ledit futur époux promet tenir et exécuter, renonçant à toutes lois rendues ou à rendre à ce contraires.

Le 6 janvier 1838, c'est-à-dire six ans après, madame de T... fait un testament par lequel elle lègue à son mari la pleine propriété de tous ses biens, meubles et immeubles, sauf certaines conditions.

Madame de T... succombe dans un accès d'épilepsie le 9 avril 1840, à l'âge de trente-sept ans, vingt mois après avoir fait ce testament.

Le testament fut attaqué par la famille de madame de T... et M. Devergie fut invité par elle à rechercher si madame de T... *était saine d'esprit à la date du 6 janvier* 1838, lorsqu'elle fit ce testament.

Après avoir rédigé un long et savant mémoire sur l'état de la question, notre distingué confrère a conclu, comme il suit :

1° Que les attaques réitérées et de plus en plus fréquentes d'épilepsie avaient porté une atteinte profonde à l'intelligence de madame de T...; que si cette dame n'était pas devenue idiote ou imbé-

cile, elle était dans les derniers temps de sa vie, dans un état voisin de l'imbécillité ;

2° Que cet affaiblissement des facultés intellectuelles avait une origine antérieure au mariage ;

3° Que le mariage n'avait pas modifié l'épilepsie et n'avait pas plus heureusement modifié l'intelligence ;

4° Qu'en 1837, c'est-à-dire à une époque antérieure au testament, madame de T... était sous l'influence de l'épilepsie la plus avancée ; que l'intelligence était singulièrement affaiblie, et que madame de T..., au dire de son père, en était arrivée à n'avoir plus la tête à elle ;

5° Qu'enfin à la date du 6 janvier 1838, madame de T... n'était pas saine d'esprit ainsi que l'entend la loi, et qu'elle n'était pas apte à faire un testament.

Les tribunaux ont néanmoins confirmé l'acte de dernière volonté de madame de T...

III.— Un vieillard de quatre-vingt-six ans, ayant acquis une certaine fortune en Amérique, marié en France, sans enfants, jouissant en apparence de ses facultés, continuant à gérer ses biens, remplissant même des fonctions municipales actives, meurt, après avoir fait, à l'âge de soixante-dix-huit ans, un testament dont les clauses étaient éminemment justifiables : l'un des héritiers, n'ayant pas d'enfants, conservait l'usufruit de la fortune, la nue propriété restant aux enfants de l'autre héritier.

A l'âge de soixante-dix ou de soixante-douze ans, cet homme avait éprouvé des crises convulsives d'abord périodiques, puis de plus en plus fréquentes, auxquelles succédait d'ordinaire une certaine perturbation mentale transitoire. Le testament fut attaqué et les médecins experts, se fondant sur les pièce de l'enquête, reconnurent des signes irréfragables de folie, et même un état de démence habituelle. Conformément aux conclusions médicales, le tribunal annula.

On appela de ce jugement. M. Delasiauve fut consulté et, s'appuyant sur l'enquête et la contre-enquête, il démontra que les preuves accumulées pour ou contre l'insanité d'esprit étaient parfaitement conciliables ; que la démence n'avait point existé ; que le malade avait pu éprouver des obnubilations passagères de l'intelligence, mais que la lucidité reparaissait quelques jours ou simplement quelques heures après ; que l'intégrité de l'entendement doit toujours être supposée jusqu'à preuve contraire ; que cette preuve n'a été donnée par personne ; que la teneur de l'acte n'a point été mise en question et que l'on doit, par conséquent, la tenir pour régulière ; que la fortune avait été répartie d'une manière logique et que tout tendait enfin à faire croire que le testament avait été écrit pendant un intervalle lucide.

M. Delasiauve, dans ses conclusions, se prononça pour le maintien des dispositions testamentaires.

La Cour, réformant l'opinion des premiers juges, confirma.

En général, le testament d'un épileptique étant donné, il importe de faire un examen scrupuleux de la vie du testateur ; de bien se pénétrer de ses antécédents physiques et psychiques ; de noter ses prédispositions pathologiques particulières, ses habitudes et ses tendances ; d'arriver à la connaissance précise de l'état mental au moment de la confection du testament ; de tenir un grand compte des crises convulsives qui ont précédé ou suivi l'acte de dernière volonté, et de faire ressortir, s'il y a lieu, le contraste frappant qui se produit entre l'existence toute entière de l'homme et l'iniquité bizarre, violente et inattendue de ses dernières dispositions.

L'examen du testament lui-même, au point de vue de sa forme, du style, des sentiments exprimés, des opinions émises ou des exclusions prononcées, peut conduire à la constatation de quelques éléments importants d'appréciation, sans qu'il soit pour cela permis de confondre la conception délirante et l'étrangeté psychologique. Il existe une distance considérable entre l'acte maladif d'un fou inconscient et l'originalité fortuite d'un excentrique non aliéné. Le premier témoigne d'une déviation cérébrale et d'une volonté tout à fait absente, le second d'un jugement faussé et d'une volonté simplement capricieuse. L'un appartient en propre au domaine de la pathologie de l'esprit, l'autre est cantonné à l'extrême frontière de la physiologie de la pensée.

L'exécution graphique du testament olographe ne manque pas d'importance. De ce que l'écriture est ferme, tremblée, inégale, penchée, altérée, large, rapide, appliquée ou différente d'elle-même, il ne s'en suit pas sans doute que le testateur ait été raisonnable ou extravagant, mais un signe s'ajoute en passant à d'autres signes et constitue un appoint ou une contradiction. De toute façon, il aide à faire la lumière.

Tous les écrits des épileptiques sont généralement bien moins curieux à étudier que les écrits de certains aliénés. Ils renferment moins de fautes d'orthographe, moins d'erreurs de ponctuation, moins de mots soulignés, de traits de plume, de dessins, d'emblêmes, de croix, de paraphes, d'omissions ou de répétitions, mais ils donnent cependant la mesure à peu près exacte de l'état du trouble momentané de la raison, du désordre si fréquent de la mémoire ou de l'abaissement du niveau mental. A ce titre, ils doivent être examinés et interprétés.

Les résultats de l'autopsie chez les épileptiques sont encore fertiles en désillusions, malgré les progrès si considérables de la science moderne, et l'on ne trouve pas souvent d'altérations anatomo-pathologiques qui soient clairement en rapport avec les phénomènes somatiques ou psychiques très-graves observés pendant la vie. Et, d'autre part, on peut, à l'inspection cadavérique d'un convulsif, rencontrer de profondes désorganisations cérébrales, alors que l'entendement n'a point été lésé et que la raison n'a jamais paru compromise. Les désordres anatomiques du cerveau peuvent fournir, au point de vue de la névrose comitiale ou d'un délire consécutif, soit des présomptions fondées, soit de sérieuses probabilités, mais ils ne conduisent pas encore l'observateur à la certitude scientifique.

En résumé, dès qu'il s'agit des épileptiques, plus on creuse la question et plus on découvre d'horizons imprévus et jusqu'à présent peu soupçonnés. Je viens d'essayer de le démontrer. J'ai tenu à ne point discuter sur la *maladie*, mais à faire un examen clinique et médico-légal du *malade*. Laissons au passé les nuages de la théorie et restons toujours sur le terrain si solide de la pratique. Donnons à nos confrères, aux malades, à l'administration et à la justice le concours le plus éclairé, affirmons avec autorité ce que nous croyons être la vérité, quelque impopulaire que puisse être cette vérité, et obligeons les pouvoirs publics et la société à penser et à dire que le médecin, avant d'être un savant, est d'abord un honnête homme.

THÉRAPEUTIQUE

Le coca et ses applications thérapeutiques.

Par le docteur Scaglia, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Plessis-Lalande.

Depuis quelques années, la coca et ses préparations ont pris dans la thérapeutique une place importante à laquelle l'engouement, la mode d'une part et la réclame de l'autre n'ont pas été étrangers. Les propriétés de la coca ont été également vantées outre mesure et toutes ces exagérations réunies ont éloigné pendant longtemps les praticiens sérieux, soucieux avant tout de n'employer que des médicaments éprouvés par une expérimentation clinique rigoureuse. Nous nous proposons dans cette étude de déterminer les propriétés réelles de la coca en les dégageant de tous les récits merveilleux que les premiers auteurs ont eu le tort d'admettre sous bénéfice

d'inventaire, sans se donner la peine de les soumettre à l'analyse scientifique ou à une critique sérieuse.

La coca (*Erythroxylon Coca, Lmk*, de la famille des *Linacés*) dont la feuille seule est employée en thérapeutique est un arbrisseau cultivé depuis un temps immémorial au Pérou et dans la Bolivie. Les Indiens de ces pays lui attribuaient autrefois des vertus miraculeuses et en font encore maintenant un usage considérable.

La coca doit son action à des principes résineux et azotés et à un élément quaternaire qui a été isolé pour la première fois par Niemann en 1850. La cocaïne, d'après Rabuteau, cristallise en petits prismes incolores, inodores, difficilement solubles dans l'eau, assez solubles dans l'alcool, très-solubles dans l'éther.

Le premier effet de la coca, quand elle est mâchée en feuilles, mélangée avec une poudre alcaline que les Indiens appellent *llipta*, ou qu'elle est avalée à l'état d'extrait, est une hypersécrétion salivaire notable à laquelle succède, au bout d'un temps variable, une demi-heure d'ordinaire, une sécheresse de la gorge très-prononcée, accompagnée d'une anesthésie appréciable des parois buccales et de l'arrière-gorge. Quand la salive saturée de coca est parvenue jusqu'à l'estomac, on éprouve une sensation plus ou moins considérable de chaleur dans le creux épigastrique. Au bout d'une demi-heure ou d'une heure, quand la quantité de coca absorbée a été assez considérable, le pouls s'accélère de huit à dix pulsations par minute, la température s'élève de 1/2 degré environ, l'urée augmente de 11 pour 100, la respiration est accélérée, les inspirations deviennent plus fréquentes et peuvent monter de 16 à 25 par minute.

C'est sur ces données expérimentales, qui ont été fournies par le docteur Gazeau et contrôlées par Rabuteau, que nous allons établir les indications rationnelles de la coca.

Et d'abord, disons-le tout de suite, la coca est surtout un tonique; elle augmente la sécrétion du suc gastrique et celle de la salive, mais comme cette hypersécrétion n'est que momentanée, il est important de prendre les préparations de coca une demi-heure avant le repas ou immédiatement après, car à l'hypersécrétion succède une sécheresse de la muqueuse qui en amène l'anesthésie, propriété qui trouve son emploi dans certaines affections douloureuses de l'estomac, mais qui, au début de la digestion, serait plus nuisible qu'utile.

Maintenant, quels sont les cas qui se prêtent le mieux à cette action tonique? sans contestation, l'anémie et la chloro-anémie; mais, dans ces deux affections si fréquentes à notre époque, il y a encore une sélection à faire : toutes les anémies ne sont pas greffées sur le même terrain; il en est qui frappent des natures molles, lymphatiques, peu irritables; d'autres, au contraire, qui marchent parallèlement avec un nervosisme plus ou moins prononcé; la coca sera indiquée dans les premiers cas à cause de ses qualités stimulantes, contre-indiquée dans les seconds, où les préparations de quinquina vu leurs propriétés sédatives, feront merveille.

Dans l'anémie liée aux affections chroniques de l'appareil pulmonaire, dans l'anémie qui s'accompagne de douleurs gastralgiques vives, la coca aura encore un excellent effet. Enfin, les propriétés stimulantes de la coca pourront encore être admirablement utilisées dans ces états intermédiaires de la santé, qui ne sont pas encore de l'anémie, mais qui y conduisent fatalement, la fatigue cérébrale due à l'excès de travail ou de plaisir, l'énervement qui frappe les habitants des grandes villes à la suite des écarts de régime et de l'hygiène incomplète qui leur est imposée par leur situation. Ce sont là les principales indications de la coca. Elle en a d'autres cependant : le docteur Ch. Fauvel utilise son action anesthésique sur la gorge dans l'angine granuleuse où elle remplace admirablement les badigeonnages et les cautérisations qui sont souvent si nuisibles, quand ils sont employés sans discernement et sans mesure. L'usage de la coca, enlève rapidement aux malades le sentiment d'ardeur et de cuisson, qui est un des symptômes les plus fâcheux de cette maladie si commune de l'arrière-gorge. La coca a des propriétés stimulantes sur le système nerveux cérébro-spinal qu'on ne saurait méconnaître, malgré les exagérations des premiers observateurs. Sans admettre qu'elle procure les hallucinations agréables que l'on prête au haschih et à l'opium, il faut admettre pourtant qu'elle augmente dans une certaine mesure l'activité cérébrale, ainsi que l'activité musculaire. Son usage modéré est donc utile aux hommes de cabinet fatigués par le travail, aux convalescents dont un séjour prolongé au lit aura aboli les forces musculaires, aux diabétiques, aux albuminuriques dont les muscles ont perdu leur élasticité et leur vigueur.

La coca est aussi un élément d'oxydation et de désassimilation, et à ce titre elle pourra être utilisée pour combattre l'obésité et servir d'adjuvant aux traitements hygiéniques entrepris dans ce but. Dans ce cas, comme pour les diabétiques, il est important de ne pas se servir de préparations sucrées, qui pourraient enlever tout le bénéfice de la médication.

Nous avons résumé les principales propriétés de la coca et ses indications rationnelles, basées sur la physiologie expérimentale; nous n'avons plus qu'un mot à ajouter sur ses préparations.

La meilleure, la plus efficace et la plus agréable des préparations de coca, est sans contredit le vin à la coca, car à l'action tonique et stimulante du médicament s'ajoute celle du vin qui contient, quand il est choisi avec soin, la quantité d'alcool nécessaire pour dissoudre la cocaïne et les principes résineux de la feuille. Le vin de coca préparé par M. Mariani qui, comme on le sait, s'est occupé d'une manière toute spéciale des préparations de coca, contient les parties extractives solubles, de 60 grammes de feuilles, représentant 12 centigrammes de cocaïne. Ce vin d'un goût excellent, est beaucoup plus facilement toléré que le vin de quinquina et, chose essentielle, il n'amène jamais la constipation qui est le grand inconvénient des préparations quiniques.

Après le vin, il faut citer les pastilles de coca composées d'extrait de coca, de sucre et de gomme, qui remplacent très-avantageusement dans l'angine granuleuse les pastilles de chlorate de potasse, sur lesquelles elles ont la supériorité et du goût et d'une anesthésie buccale beaucoup plus énergique. Enfin l'élixir de coca composé d'extrait de coca, de sucre et d'alcool, trois fois plus concentré que le vin, est précieux dans les cas où l'on devra obtenir une stimulation immédiate. Toutes ces préparations ont été exécutées par M. Mariani avec une perfection telle, qu'on peut affirmer qu'il a puissamment contribué à la vulgarisation de la coca, ainsi que le disait un de nos confrères, dans la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale* (1er juin 1866).

Maintenant, nous le répétons, il ne faut employer les préparations de coca, si l'on veut en retirer le fruit désirable, que quand elles sont réellement indiquées, et c'est surtout dans l'anémie qui frappe les natures molles et lymphatiques, chez les personnes fatiguées par le travail ou le séjour des grandes villes, dans certaines formes d'affections pulmonaires ou diabétiques, que nous venons de déterminer, qu'elles sont appelées à produire un effet vraiment utile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur les épidémies qui ont régné dans la commune d'Arzacq (Basses-Pyrénées) et dans la commune de Buzan (Ariége);

2° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Charbonnière pendant la saison de 1876.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Besnier (Ernest), Guéneau de Mussy (Henri), Proust, Lunier, qui se portent candidats dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale;

2° Une lettre et un travail de M. Luton (de Reims) qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Une note de M. Delasiauve relative au rapport de M. Pidoux sur une appréciation doctrinale de certains cas qu'il avait communiqués en 1875;

4° Une lettre de M. Pietro Roncati, accompagnant l'envoi d'un travail sur la conservation de la vaccine à l'état liquide;

5° Une note de M. Favé (de Brest), intitulée : *Intoxication par l'ipécacuanha* ;

6° La relation, par M. Papillaud, d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné de mai à décembre 1876, à Saujon (Charente-Inférieure).

PRÉSENTATIONS

M. POGGIALE présente, au nom de M. Riche, professeur à l'école de pharmacie, un travail relatif à la présence de l'acétate de cuivre dans les vinaigres de commerce.

M. CHAUFFARD présente, au nom de M. Layet, l'article *Hygiène rurale*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. GUBLER présente : 1° un volume intitulé : *Leçons de thérapeutique professées à la Faculté de médecine de Paris par M. Gubler dans les semestres de* 1873 *et* 1874, recueillies et rédigées par M. le docteur Leblanc ; 2° de la part de M. Garrigou, l'extrait d'un travail sur la source du Rocher de Saint-Nectaire.

M. OULMONT présente un travail de M. Siredey sur la métrorrhagie.

M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY présente : 1° au nom de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), une brochure intitulée : *Étude d'hygiène sur l'emploi en agriculture de l'engrais humain à l'état liquide;* 2° de la part de M. Brébant (de Reims), une brochure intitulée : *Solution du problème des égouts à Reims en* 1877.

M. GOSSELIN présente, au nom de M. Tillot, un travail intitulé : *Traitement du catarrhe nasal avec ou sans ozène par les eaux de Saint-Christau.*

M. LARREY offre de la part de M. Tigri (de Sienne), une série de brochures sur divers points d'hygiène, de pathologie et chirurgie.

M. DEPAUL présente, de la part de M. Stanski, une brochure intitulée : *De la contagion de la variole.*

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Caventou père, l'un de ses membres les plus anciens et les plus estimés.

LECTURES

M. METZQUER (de Montbozon) lit un travail intitulé : *Quatrième mémoire sur la non-inoculabilité des phthisies. La phthisie se développe-t-elle par l'ingestion des substances tuberculeuses?*

M. Metzquer a fait onze expériences sur des chats, et deux expériences sur des chiens, qu'il a nourris pendant plusieurs semaines avec des poumons de vache farcis de tubercules.

Les expériences ont commencé le 28 février. Un chat a été tué le 26 mars ; l'autopsie a montré de la congestion et des ecchymoses intestinales et pulmonaires. Les accidents du poumon étaient certainement de nature embolique. L'infection n'existait pas encore.

Les neuf autres chats continuent à être nourris avec de la viande tuberculeuse ; ils maigrissent, ont de la diarrhée, toussent, refusent de manger et restent couchés toute la journée. Trois sont sacrifiés le 15 avril et deux autres périssent. L'autopsie, chez tous, a révélé des lésions presque identiques, lésions pulmonaires et intestinales : hyperémie, gonflement et ulcération des follicules clos et des plaques de Peyer ; pas de granulations intestinales. — Vaisseaux lymphatiques du mésentère et ganglions mésentériques augmentés de volume ; abcès du rein ; abcès du foie ; rien au péritoine.

Lésions pulmonaires ; nodules blanchâtres durs et résistants, séparés les uns des autres, faisant saillie sous la plèvre et rugueux, entièrement semblables, à première vue, à des tubercules. L'examen microscopique, montre qu'ils sont dus à des lésions très-différentes : infarctus hémorrhagiques d'origine thrombique, ou peut-être embolique ; pneumonies lobulaires, sans trace de parasite ; pneumonies vermineuses, dont le parasite était du genre nématoïde ; enfin, quelques petits abcès. Pas trace de tubercule.

Le 15 avril, il restait quatre chats ayant mangé du tubercule, et deux devaient servir à des expériences comparatives. L'un de ces derniers avait été nourri avec du foie putréfié. Il succomba le 18 avril. A l'autopsie, M. Metzquer trouva les altérations rencontrées chez ceux qui avaient ingéré de la viande tuberculeuse.

Le 15 avril, les quatre chats, qui depuis trois jours refusent toute nourriture, sont séparés ; on laisse arriver l'air et le soleil dans leur chambre, et voilà que, subitement, tout change. Ils commencent à manger, engraissent, et peuvent être considérés comme guéris.

Ils sont sacrifiés le 6 mai dernier, soixante-sept jours après l'ingestion de viande tuberculeuse. L'autopsie montre les degrés par lesquels a passé la lésion pulmonaire pour arriver à la guérison : les lésions intestinales n'existent plus.

Les chiens se sont rétablis et vivent encore après soixante-sept jours d'alimentation tuberculeuse.

De ces expériences, M. Metzquer croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les matières tuberculeuses ingérées déterminent, après un certain temps, des phénomènes d'irritation et de phlogose du canal intestinal, aux points où ces matières séjournent le plus longtemps ; ce fait initial et constant se traduit par de la diarrhée et de l'amaigrissement.

2° On remarque des thromboses intestinales résultant de l'hypérémie et de la gène de la circulation. Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies.

3° L'inflammation peut être ulcérative, et alors une voie est ouverte, et c'est la seule, à l'infection et à toutes ses conséquences.

4° La pneumonie vermineuse, que certains expérimentateurs prétendent différencier facilement du tubercule, ne peut, à un certain moment, en être distinguée, et a dû, au dire des micrographes les plus habiles, être une cause d'erreur fréquente dans la question. En aucun cas, enfin, l'ingestion d'aliments tuberculeux ne peut être considérée comme une voie d'inoculation de la phthisie.

(Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.)

M. BRIQUET, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture du rapport annuel sur le service médical des épidémies en France pendant l'année 1875.

DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. CHAUFFARD se propose, dans cette deuxième partie de son argumentation, de traiter la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde, sur laquelle a porté exclusivement jusqu'à présent le débat. Il s'occupera, dans une troisième partie, de la question de la pathogénie.

La cause des maladies spécifiques, dit M. Chauffard, est-elle nécessairement une, est-elle toujours un agent spécifique, microzoaire, ferment figuré ou ferment liquide? C'est là une question de fait. Elle est singulièrement réduite par la déclaration préalable que font tous les partisans de la nécessité d'un agent causal spécifique, lesquels disent qu'alors même qu'aucune cause spécifique n'a apparu dans la genèse de l'affection scientifique, néanmoins rien ne prouve que cette cause n'existe pas.

Je ne méconnais pas, dit M. Chauffard, la valeur de ces considérations, mais elle n'est pas absolue et les faits peuvent se présenter de telle façon que cette hypothèse de la panspermie spécifique n'offre plus aucune raison d'être. Elle peut être admise pour la variole. Elle peut l'être aussi à la rigueur pour la fièvre typhoïde dans les grandes villes, où, plus ou moins, existent toujours quelques cas isolés de la maladie. Mais je dis qu'il est des cas où l'hypothèse de la panspermie spécifique ne saurait être invoquée, et où la génération spontanée de la maladie spécifique se présente comme un fait inéluctable.

La doctrine que j'examine est générale et s'applique à tout l'ordre spécifique. Voyons donc ce que disent sur ce sujet quelques-unes des maladies de cet ordre, avant de passer aux leçons particulières que nous fournissent la fièvre typhoïde.

N'y a-t-il pas des maladies certainement spécifiques dont l'éclosion spontanée est cependant manifeste, ou s'accomplit dans des conditions communes et nullement spécifiques? N'y a-t-il pas de ces maladies que l'on fait naître, pour ainsi dire, expérimentalement et à volonté, loin de toute provocation spécifique possible? N'en est-il pas ainsi pour l'infection purulente des blessés et celle des accouchées? Accumulez loin des villes, dans un milieu où l'infection purulente des blessés et celle des accouchées n'aient jamais apparu, des blessés et des accouchées en grand nombre ; n'êtes-vous pas assuré de voir, jusqu'à un moment donné, l'infection purulente et la fièvre puerpérale? D'où les premiers malades auront-ils reçu l'agent spécifique et contagieux? Ne l'ont-ils pas engendré en eux-mêmes et leur affection

spécifique n'a-t-elle pas été spontanée? Ces cas ne sont pas rares. En dehors des hôpitaux et des maternités, l'infection purulente et la fièvre puerpérale sont rares. Un moment vient pourtant où une fièvre puerpérale se déclare; accuserez-vous un germe égaré, venu on ne sait d'où, transmis on ne sait comment?

Dans les hôpitaux eux-mêmes, la fièvre puerpérale se montre parfois dans des conditions qui ne permettent guère de croire à la provocation des germes spécifiques.

Si des accouchées nous passons aux enfants, imagine-t-on des nourrissons réunis en nombre dans une crèche, sans qu'à un moment donné n'éclate parmi eux l'ophthalmie purulente? L'apparition première du mal ne saurait en bien des cas, être attribuée à une importation du dehors.

Il y a dans le cadre des fièvres purulentes des faits encore plus probants et dont la spontanéité est saisissante : je veux parler de la maladie spécifique connue sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique.

Les affections diphthéritiques sont contagieuses: or, n'est-il pas des cas où la source du contage non-seulement est inconnue, mais même ne peut être supposée et où l'on se trouve en regard d'une spontanéité évidente?

Je pourrais multiplier des exemples, invoquer tour à tour l'érysipèle, les affections catarrhales épidémiques, la dysenterie; je pourrais aussi appeler en témoignage la pathologie vétérinaire. N'enseigne-t-elle pas qu'on fait naître, dans une écurie, la morve à volonté, par l'encombrement, le surmenage, l'alimentation mauvaise ou insuffisante? N'est-ce pas là le type de la création d'une maladie spécifique sous l'action de causes sinon communes, du moins non spécifiques et étrangères à tout contage?

Qu'opposera-t-on à ces faits? l'atmosphère? Ce *pabulum vitœ* transformé en *pabulum specificitatis?* Auquel cas nous n'aurions plus rien à dire.

Après un coup d'œil jeté sur la grande classe des maladies spécifiques, M. Chauffard revient sur la maladie spécifique qui est particulièrement en question, la fièvre typhoïde. Il est loin de contester la transmission contagieuse de cette affection. Les faits d'importation dans les petites localités sont tellement nombreux, qu'ils ont imposé à l'opinion la contagion de la fièvre typhoïde, malgré ses caractères peu apparents dans les grandes villes.

Mais n'y a-t-il que cette genèse de la fièvre typhoïde? N'observe-t-on pas des cas de développement de cette maladie, où la cause manifeste est tout autre que la contagion? Les faits démonstratifs ne manquent pas. M. Chauffard en emprunte à M. Guéneau de Mussy lui-même. Dans son mémoire, dit-il, il cite un nombre considérable de faits, où la cause est absolument distincte d'une contagion quelconque, où il s'agit d'émanations ou d'infiltrations putrides dans les eaux potables, émanations qui n'entraîneraient aucun germe contagieux. Les trente-et-une premières observations de M. Guéneau de Mussy, se rapportent pour la plupart à des cas de ce genre et, elles sont bien propres à convaincre que les foyers de putridité commune suffisent à provoquer le développement de la fièvre typhoïde.

M. Guéneau de Mussy fournit donc lui-même la preuve expérimentale, que la fièvre typhoïde peut se développer en dehors de toute provocation contagieuse; il montre l'action puissante des émanations putrides, quelle que soit la voie par laquelle ces émanations pénètrent dans l'organisme. Que serait-ce, si aux faits de M. Guéneau de Mussy, on ajoutait ceux rappelés par M. Jaccoud, et dans lesquels l'absence de la cause spécifique est positive? N'y a-t-il pas là un ensemble de preuves, propres à démontrer le caractère systématique et étroit d'une étiologie réduite à la seule contagion?

Doctrinalement, M. Guéneau de Mussy, est pour l'unicité de cause et d'agent spécifique; mais les faits viennent répondre par une contradiction de la doctrine qu'il préfère. Cherchant une conciliation entre la doctrine et les faits, il la trouve dans Pierre Franck. Mais l'hypothèse de Franck n'explique rien. Avec ou sans elle, le problème étiologique reste identique. Y a-t-il où n'y a-t-il pas contage et action contagieuse possible dans tous les cas de fièvre typhoïde? La question est toujours là.

Si l'hypothèse de Franck est un leurre, on ne peut davantage accueillir celle de M. Jaccoud. Si M. Jaccoud admet la génération d'un simple poison spécial, la fièvre typhoïde devient un empoisonnement vulgaire. Qui acceptera cette assimilation? Ce poison agit, non à la manière des poisons vrais, mais à la façon des virus et des miasmes spécifiques.

Si M. Jaccoud prétend faire naître au sein de ces matières fécales en travail, non plus un poison, mais un agent spécifique vrai, un ferment figuré, un aliment organisé vivant, il tranche par l'affirmative la question des générations spontanées.

De partout donc surgissent d'insurmontables difficultés, pour tous ceux qui se refusent à accepter l'action causale des émanations putrides, dégagée de toute action spécifique vraie.

M. Chauffard s'attache ensuite à démontrer, que toutes les fois que des émanations putrides offensent les populations, elles ne provoquent pas l'explosion d'une épidémie de fièvre typhoïde. Il cite comme exemple, ce qui s'est passé à Londres en 1858 et 1859, pendant la saison des chaleurs; l'exemple fameux des puanteurs de la Tamise, montre que les émanations les plus intenses peuvent être inoffensives.

Il faut pour que la contagion s'effectue, une réceptivité de l'organisme. C'est là un fait capital.

Les émanations putrides et la contagion, voilà deux causes avérées de la fièvre typhoïde. Ce ne sont pas les seules. Or, que faut-il penser, à cette occasion, des accusations portées contre le système d'égouts de la ville de Paris? M. Chauffard les croit mal fondées, et il s'attache à démontrer, en exposant la marche de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1876, qu'elle ne saurait être attribuée à cette cause. Quelle différence, dit-il, quant on compare cette source problématique de contagion, avec les sources bien autrement actives que l'on observe dans une salle d'hôpital?

Est-ce à dire, qu'il ne faille pas parer, autant que possible, aux inconvénients que peut présenter l'établissement actuel de nos égouts? Loin de là.

Nous disions plus haut, poursuit M. Chauffard, que les émanations putrides et la contagion ne sont pas les seules causes occasionnelles et déterminantes de la fièvre typhoïde. A côté de ces causes, je rangerai l'encombrement, les cohabitations nombreuses dans un même local, l'air confiné et altéré par les exhalaisons pulmonaires, auxquels il faut ajouter les fatigues, le surmenage, une alimentation mauvaise.

Prétendrons-nous avec ces dernières causes jointes aux précédentes, expliquer le développement de toutes les fièvres typhoïdes sporadiques ou épidémiques? Nous sommes loin d'avoir une telle confiance. Les épidémies étendues et persistantes, reconnaissent des causes qui nous échappent et dont nous ne soupçonnons même pas la nature. Il y a dans la réceptivité des populations et des individus, des conditions tellement variables et changeantes, que, suivant qu'elle est telle ou telle, des causes légères, presque insignifiantes peuvent suffire à provoquer une épidémie; comme des causes puissantes en apparence et graves, peuvent demeurer impuissantes. Quel médecin peut récuser l'existence et les effets de cette réceptivité? N'en avons-nous pas observé la plus étonnante manifestation lors de l'épidémie dernière de variole?

Ces variations de la réceptivité pathologique semblent incompréhensibles.

J'espère, dit M. Chauffard en terminant, qu'il sera permis de dire, que toute étude étiologique de la fièvre typhoïde doit placer, à côté de quelques notions acquises et assurées, un humble aveu d'ignorance. Une étiologie exclusive est d'avance condamnée à l'erreur.

Il resterait à traiter maintenant la question de la pathogénie; ce sera le sujet de la troisième partie de ce discours.

Il est cinq heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le 13 mai 1877, dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord. Départ à sept heures cinquante-cinq.

— M. le professeur Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 13 mai 1877, aux environs de Nemours. On se réunira à la gare de Lyon où l'on prendra à sept heures cinquante-cinq du matin, le train pour Nemours.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 mai 1877, à Vélizy. Rendez-vous à Chaville à l'arrivée du train partant de Paris (gare Montparnasse) à dix heures et demie.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 13 mai dans la forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord à dix heures un quart, pour le train partant de Paris à dix heures trois quarts pour la station de Domont.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 55. — MARDI 15 MAI 1877. 50e ANNÉE. MARDI 15 MAI 1877. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Pleurésie purulente. — Migration de l'épanchement vers la région fessière. — Ponction aspiratrice par la fesse. — Autre pleurésie purulente : impossibilité de pratiquer l'aspiration du liquide par suite des adhérences du poumon sur le rachis.

Voici un fait tellement rare de migration d'un épanchement purulent de la plèvre qu'il est bon de le faire connaître. Ce n'est pas que cette anomalie doive faire beaucoup avancer la science, mais elle pourra contribuer à éclairer l'histoire des ouvertures spontanées de la pleurésie purulente. Tout le monde connaît les faits dans lesquels le pus d'une pleurésie chronique se fait jour à travers un espace intercostal. J'en ai publié moi-même plusieurs exemples. Alors l'ouverture se fait sur le côté, sous le bras, ou en arrière du thorax dans les parties déclives et il en résulte une fistule qui suinte pendant longtemps. On connaît aussi l'ouverture spontanée du dépôt purulent de la plèvre du côté des bronches par ulcération de la plèvre pulmonaire. Cela constitue les *vomiques pleurales*. Nous en avons eu cette année un cas dans le service, et j'en ai vu bien d'autres. L'un d'eux, encore récent dans mes souvenirs, observé sur le fils d'un ingénieur en chef des ponts et chaussées fut très-curieux par suite d'une particularité que je crois assez rare, tout à coup, l'enfant, qui était malade depuis trois mois, se mit à tousser violemment et rejeta un bouchon de matière organique, caséeux, gros comme une noisette, et ce bouchon expulsé, il y eut aussitôt un crachement de pus, 250 grammes environ, puis le calme se rétablit. Les jours suivants, il y eut encore un peu d'expectoration et le malade recouvra peu à peu la santé.

En dehors de ces deux voies d'élimination des foyers purulents de la plèvre et qui sont les plus fréquentes, on pourrait encore citer l'élimination par l'œsophage, mais elle est aussi rare que celle par la région fessière dont je vais parler à présent.

Celle-ci est précisément la curiosité pathologique de mes salles et je vais vous en raconter les détails.

L'enfant qui s'appelle X.., qui est âgée de quatorze ans, est entrée le 8 février 1877 pour une pleurésie au dix-neuvième jour. Mais elle est scrofuleuse et porte à la face du côté gauche, une fistule osseuse due à la carie de l'os molaire. Cette circonstance fait comprendre le passage de la pleurésie à l'état chronique et sa transformation en pleurésie purulente.

Quoi qu'il en soit, après dix-neuf jours de fièvre légère et de point de côté à gauche, l'enfant arriva avec un épanchement pleurétique s'élevant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Il était caractérisé par de la matité postérieure à la base, par de l'absence du bruit vésiculaire à la partie déclive et du souffle à la partie moyenne. On entendait à ce point de l'égophonie et de la pectoriloquie aphonique, présomption de la nature séreuse de l'épanchement. Sous la clavicule il y avait un peu de son tympanique et du murmure vésiculaire. Les battements du cœur étaient fort réguliers et sans bruit anormal.

Cette pleurésie fut traitée par l'infusion de 3 grammes de jaborandi et par deux vésicatoires volants.

Au lieu de diminuer, l'épanchement augmenta et s'éleva jusqu'à la crête de l'omoplate ; son niveau parut ensuite s'abaisser un peu, mais la diminution ne fut pas très-sensible et l'état parut stationnaire.

Alors, le 4 avril, l'enfant accusa une légère douleur dans la hanche gauche qui enflait un peu. En découvrant cette partie je constatai une tumeur énorme de 15 centimètres de haut sur 10 de largeur. Elle occupait le bord supérieur de l'os iliaque et la partie supérieure de la région fessière. Elle était un peu chaude et douloureuse. La peau était blanche, un peu veinée, sans amincissement et on y sentait une fluctuation profonde.

Malgré la constitution scrofuleuse de l'enfant et la fistule osseuse du malaire, je ne crus pas à la présence d'un abcès froid. Sans affirmer la nature de cette collection purulente, je pensai qu'elle pourrait bien avoir quelque rapport avec la collection purulente de la plèvre et voulus en avoir la preuve à l'aide d'une ponction aspiratrice dans le foyer. Cette ponction fut faite avec une fine aiguille creuse. On retira 90 grammes de pus et l'aiguille étant obstruée sans qu'on puisse la débarrasser il fallut l'enlever. Cette petite soustraction de pus suffit pour débarrasser un peu la plèvre et pour permettre d'entendre plus clairemennt le bruit respiratoire.

Deux jours après, la poche s'étant un peu remplie, je fis une nouvelle ponction avec une aiguille un peu plus large. Avant je constatai l'état de la plèvre. Il y avait à la base gauche une matité s'élevant jusques à la crête de l'omoplate et dans l'aisselle. Dans le point correspondant, souffle bronchique faible si ce n'est tout à fait au bas où nul bruit ne se faisait entendre. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, on constatait l'existence d'une égophonie assez distincte.

Après la ponction qui fit sortir 210 grammes de pus, je constatai le retour de la résonnance thoracique, l'apparition du murmure vésiculaire jusques en bas et la disparition de l'égophonie. La preuve de la communication lointaine entre le foyer purulent de la région fessière et le foyer purulent de la plèvre était évidente.

Au bout de quarante-huit heures, l'abcès se remplit de nouveau, et dans la plèvre je constatai la réapparition d'une certaine matité, l'affaiblissement du bruit vésiculaire et la reproduction d'un faible souffle bronchique.

Je fis une nouvelle ponction qui ne donna passage qu'à 30 grammes de pus et à une amélioration des phénomènes pleurétiques.

Deux jours après, malgré notre avis, l'enfant voulut sortir de l'hôpital et sa mère l'emmena dans l'état que je viens de raconter.

Pleurésie purulente. — Adhérence du poumon sur le rachis. — Impossibilité de retirer le pus par un appareil aspirateur fonctionnant bien. — Thrombose des sinus de la dure-mère et convulsions ultimes. — Névrite optique. — Mort.

L'autre cas de pleurésie purulente observé dans mes salles offre matière à des considérations différentes n'ayant pas moins d'intérêt pour la pratique médicale. Il s'agit d'une enfant très-jeune qui avait la fièvre et qui dépérissait, lorsqu'elle fut prise de convulsions pendant trois heures, se renouvelant ensuite presque tous les jours et accompagnées de coma. C'étaient les *convulsions terminales* d'une maladie antérieure chronique, et comme je le professe depuis vingt ans, ces convulsions annoncent toujours une thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées.

Il n'en est pas de même des convulsions initiales d'une maladie aiguë qui, elles, sont des convulsions reflexes suivies de fièvre et annoncent toujours une pneumonie, une fièvre éruptive ou même une angine. On les prend quelquefois pour un début de méningite en raison du coma qui les accompagne; mais c'est une erreur. Ce début convulsif des maladies aiguës rentre dans ce que j'ai décrit dans mon livre sous le nom de *pseudo-méningite*. Il ne trompe pas ceux qui ont l'habitude des maladies de l'enfance. C'est un rideau de premier plan qui cache le tableau réel de la maladie qui se prépare, et au bout de un à deux jours, tous les doutes se dissipent, de nouveaux symptômes apparaissent et le diagnostic peut être posé avec exactitude.

Chez notre enfant, depuis assez longtemps malade, les convulsions ont duré trois heures. Elles avaient été précédées d'une fièvre qui durait depuis quelque temps. Il y avait là une maladie méconnue. Ces convulsions ont été remplacées par un sommeil comateux qui, chaque jour, était interrompu par de nouvelles convulsions et par la persistance de la fièvre. On amena l'enfant à l'hôpital et là, nous pûmes constater l'existence d'une pleurésie avec complication d'emprosthotonos et de contractures passagères des membres. Les yeux examinés à l'ophthalmoscope offraient une névrite optique qui annonçait une lésion organique du cerveau ou des méninges.

Au bout de onze jours, l'état ne s'améliorait pas et sa pleurésie nous parut avoir évidemment le caractère chronique.

L'épanchement remplissait tout le côté droit du thorax. La matité occupait tout le dos, la région de l'aisselle et la région axillaire. En avant et sur le côté, tout bruit vésiculaire avait disparu; en arrière, il y avait à la partie moyenne du souffle bronchique avec égophonie douteuse, et il ne fut pas possible de constater la pectoriloquie, puisque l'enfant était trop jeune pour parler de la façon qui convient à cette recherche. Les espaces intercostaux étaient un peu effacés, mais il n'y avait pas de refoulement appréciable du diaphragme.

Il n'y avait pas à hésiter. La thoracentèse fut pratiquée séance tenante dans la ligne axillaire au niveau du cinquième espace intercostal compté par en haut. Elle donna lieu à la sortie de *pus homogène*, verdâtre, bien lié, sans odeur. On en retira 130 grammes. Puis l'écoulement s'arrêta sans que la canule soit obstruée. Une tige métallique introduite dans cette canule la dépassait de plusieurs centimètres, pouvait se mouvoir librement dans une large cavité et en la poussant à bout chacun sentait le poumon collé le long du rachis. Cet organe était à sept centimètres des côtes.

D'après l'existence de la matité thoracique on devait conclure qu'il y avait encore du pus, et beaucoup de pus dans la plèvre, mais qu'il ne pouvait pas couler. Le vide étant fait dans l'appareil à plusieurs reprises et la canule n'étant pas obstruée, le défaut d'écoulement ne pouvait être attribué à l'instrument bien disposé pour fonctionner et il fallait lui donner une autre cause.

Cette cause est l'accolement du poumon sur le rachis, par des fausses membranes résistantes et l'impossibilité d'expansion de cet organe après l'écoulement du liquide compresseur. Le poumon aplati ne pouvant se dilater ni prendre la place du liquide à soustraire par l'aspirateur, empêchait ce liquide de sortir. C'est absolument l'exemple d'un tonneau plein de vin auquel on met un robinet. Quand le robinet est ouvert rien ne coule, mais si l'on ôte le bouchon supérieur du tonneau, alors le vin s'échappe parce que l'air extérieur remplace le liquide qui sort. Pour qu'une thoracenthèse réussisse il faut que le retrait des parois de la poitrine, l'ascension du diaphragme et l'expansion du poumon qui se rapproche des côtes, viennent combler le vide causé par l'écoulement du liquide. Sans cela, après avoir retiré le trop plein, ce qui est facilité par l'affaissement des parois thoraciques et l'élévation du diaphragme, il en reste une certaine quantité qu'on ne peut extraire quoi qu'on fasse.

C'est ce qui est arrivé à notre malade et tout autre procédé que l'aspiration eût échoué par les mêmes motifs. Ces cas-là sont à peu près incurables. Il faudrait pour faire l'extraction du liquide faire gonfler le poumon en l'insufflant avec le tube laryngien de Chaussier. C'est ce que j'allais faire lorsque l'enfant a été prise de diphthérite et a succombé.

OBSERVATION. — *Pleurésie purulente. — Thrombose des sinus. — Convulsions. — Névrite optique. — Mort.*

Berthe L..., âgée de trois ans, entrée le 28 mars 1877, malade depuis dix jours, dit-on, prise de frisson, de fièvre, d'anorexie, puis de convulsions générales ayant duré trois heures et demie et auxquelles a succédé une somnolence avec immobilité complète. Celle-ci a un peu disparu depuis hier, chaque jour elle était traversée par une convulsion moins forte, d'une heure de durée environ.

L'enfant a toujours un peu toussé, depuis un mois, avait de la fièvre, dans son sommeil avait des soubresauts et se réveillait en jetant des cris.

Aujourd'hui elle tousse et a la respiration très-fréquente, 80. Elle a de l'emprosthonos et parfois de la contracture dans les membres.

Matité dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, souffle avec retentissement de la voix et du cri.

T. S. 38°50. — T. M. 38°. — P. 120.

Julep avec 0,025 de kermès.

10 avril. — L'enfant reste avec de la contracture et renversement de la tête en arrière, un peu de raideur des membres et elle tousse d'une manière aphonique. La matité existe dans toute la hauteur en arrière, dans l'aisselle et sous la clavicule jusqu'à la ligne médiane,

sans qu'il y ait de refoulement du foie. En arrière il y a du souffle avec faible retentissement de la voix. Dans l'aisselle le murmure vésiculaire est tout à fait aboli, et sous la clavicule, il y a absence de bruit respiratoire.

Une ponction faite dans la ligne axillaire, entre la quatrième et la cinquième côte, donne issue à 130 grammes de pus bien lié. On ne peut en tirer davantage bien qu'il en reste encore et que le stylet entre à 7 centimètres dans la cavité pleurale jusque sur les côtés de la colonne vertébrale où l'on sent le poumon aplati.

13 avril. — Depuis deux jours l'enfant a mal à la gorge, l'amygdale gauche diphthéritique et les ganglions sous-maxillaires correspondants tuméfiés.

Dans les deux yeux existe de la névrite optique avec atrophie choroïdienne pointillée.

Elle meurt le 14 avril.

Autopsie. Les *sinus* de la dure-mère et les veines méningées sont remplies de caillots, les uns anciens, durs, jaunâtres, décolorés, et les autres plus récents, mous et noirs.

La partie postérieure du sinus longitudinal supérieur est remplie par un gros caillot jaunâtre, adhérent, très-dur, par places, et en avant, c'est un caillot noir cruorique mou aboutissant aux veines méningées antérieures, absolument oblitérées par des caillots résistants donnant lieu à la rupture des petites veines afférentes et à une hémorrhagie superficielle de la pie-mère de chaque côté.

Le *cerveau* est fortement congestionné, non ramolli, avec infiltration séreuse de la pie-mère et dilatation hydrocéphalique des ventricules latéraux; pas de tubercules.

Les *amygdales* et le larynx sont obstrués par des fausses membranes qui ne descendent pas dans les bronches.

Le *cœur* est le siège d'une endocardite végétante mitrale et tricuspide très considérable avec dépôt fibrineux sur les valvules et leurs tendons.

Le poumon gauche est sain sans aucun tubercule.

A droite, avant d'ouvrir le thorax, je fais une ponction aspiratrice qui me fait retirer 300 grammes de pus verdâtre, infect. A la fin de la ponction, un sifflement le long de la canule à la peau annonça l'entrée de l'air extérieur dans la plèvre, et il ne sortit plus rien. Un fil de fer introduit dans la canule pénétra au-delà de son extrémité et ne s'arrêta que sur le poumon collé le long du rachis.

Après calcul, il y avait sept centimètres de distance entre l'ouverture de la plèvre par la ponction et la surface aplatie du poumon. C'était une cavité remplie d'air et l'air avait pénétré du dehors le long des parois de la canule à mesure que le liquide sortait par son intérieur.

Le poumon est appliqué le long de la colonne vertébrale couvert par une fausse membrane résistante, blanche, d'un millimètre d'épaisseur, très-adhérente et du côté non-adhérent, floconneuse, humide, couverte de détritus purulents.

On l'insuffle difficilement. Il se gonfle, mais ne reprend pas son volume. Il devient mou, cotonneux, non crépitant, et son tissu ne présente aucune altération tuberculeuse.

Ce qu'il faut retenir dans ce fait de pleurésie purulente, en dehors de la complication cérébrale, et uniquement au point de vue des ponctions aspiratrices, c'est l'impossibilité absolue de retirer le liquide de la plèvre. Or, ce fait se présente assez souvent. Je l'ai observé quatre fois.

La première, ce fut à Montreuil, sur un malade du docteur Gandil qui m'avait appelé. L'enfant de dix ans avait une pleurésie purulente depuis deux mois. Tout le côté était plein, fort dilaté, le diaphragme abaissé, la suffocation était imminente et nous dûmes faire l'aspiration du liquide après avoir retiré une certaine quantité de pus, comme rien ne sortait plus, je m'assurai par un stylet fin, mis dans la canule, que celle-ci n'était pas obstruée, et ce stylet s'enfonça jusques sur le poumon collé le long du rachis. Il était possible de le remuer dans tous les sens et de faire le moulinet dans la plèvre. J'étais donc dans une grande cavité pleine de pus que l'aspiration exercée par l'appareil ne pouvait plus faire sortir. L'enfant mourut et il n'en pouvait être autrement; par drainage de la plèvre ou empyème, le résultat eût été le même, du moment que le poumon était assez fortement ratatiné depuis longtemps pour reprendre son volume.

J'ai eu un cas semblable à l'hôpital, et l'an dernier, un autre en ville avec le docteur Dubrisay.

Dans ce dernier cas, l'enfant déjà présenté à l'hôpital avait subi deux ponctions aspiratrices qui n'avaient donné passage à aucune quantité de pus. Appelé au domicile de l'enfant je constatai, à mon tour, tous les signes de la pleurésie, je fis aussi plusieurs ponctions qui toutes furent sans résultat.

Comme on le voit, et l'autopsie que nous venons de faire en est la preuve, il y a des pleurésies purulentes dont on ne peut évacuer le liquide par la ponction aspiratrice et par le trocart. Ce sont les pleurésies anciennes dans lesquelles le poumon est resté trop longtemps aplati et emprisonné par les fausses membranes qui le fixent le long de la colonne vertébrale. Dans ces cas, il faudrait gonfler le poumon par l'insufflation à l'aide d'un tube laryngien, et ce serait la seule manière d'achever l'opération.

Maintenant, on peut se demander si de pareils cas sont incurables et si l'application d'un drain intercostal avec lavages antiputrides répétés ou si l'empyème ne pourraient pas réussir? Il est permis d'en douter. La poitrine ouverte par une incision et malgré les lavages devient le siége d'une putridité dangereuse et d'ailleurs cette opération ne ferait pas gonfler le poumon par l'air extérieur. On peut en dire autant du drainage et des siphons de la plèvre, mais ces objections ne doivent pas empêcher d'agir si les autres conditions du malade sont favorables. Dans le cas où l'on se trouverait ainsi en présence d'un empêchement fonctionnel des appareils aspirateurs, si l'état général est satisfaisant et s'il ne s'agit pas d'un malade d'hôpital, on pourra essayer du drainage et du siphon de la plèvre. Mais pour moi, ces moyens ne sont à employer qu'après la démonstration de l'inutilité des appareils d'aspiration pleurale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mai 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Recherches sur les sels de chrome, de cobalt et de nickel. — M. RABUTEAU a entrepris sur ces sels une série d'expériences qui démontrent que ce sont des poisons musculaires. Les animaux soumis à ces expériences meurent par arrêt du cœur et par impossibilité du mouvement. Le cœur cesse de se contracter comme les autres muscles. Ce ne sont pas des poisons cardiaques, mais bien des poisons musculaires.

M. HILLAIRET a eu l'occasion d'observer dans une usine où les ouvriers maniaient les sels de chrome, que la plupart de ces ouvriers avaient perdu la cloison du nez.

M. LABORDE a expérimenté l'acide chromique comme antiseptique et n'a jamais constaté d'accidents d'intoxication.

M. HILLAIRET a traité longtemps le psoriasis lingual et buccal par des cautérisations à l'acide chromique au quart ; il n'a jamais eu d'accidents et en a toujours obtenu de bons résultats au point de vue de l'amélioration du psoriasis ; les malades peuvent recommencer à manger ; l'affection semble s'arrêter dans sa marche, mais jamais pourtant il n'a obtenu une guérison complète par ce moyen. La maladie reparaît aussitôt que les malades se remettent à fumer

ou se soumettent de nouveau à la cause qui avait donne naissance à la maladie.

M. DUMONTPALLIER a traité, par ce moyen, des végétations de la vulve et il a déterminé des accidents très-graves, avec vomissements menaces de syncope, etc.

M. HILLAIRET a également employé l'acide chromique dans le traitement des végétations, mais il y a renoncé parce que c'est un traitement horriblement douloureux.

M. BOUCHEREAU étant externe chez Jarjavay, à Lourcine, se rappelle que l'acide chromique dans le traitement des végétations a donné lieu à des accidents de la plus haute gravité.

Dilatation de l'estomac. — M. LEVEN rappelle qu'il a démontré que des malades atteints d'une simple dilatation de l'estomac, mouraient comme des malades atteints de cancer, c'est-à-dire par le fait de l'inanition. Mais ils peuvent mourir par une autre cause : c'est ainsi qu'il rapporte l'observation d'une femme atteinte de dilalation simple de l'estomac, qui fut prise subitement de contracture des membres supérieurs, d'une sorte de contracture spasmodique des doigts et du pouce, bientôt suivie d'un état comateux, de la perte de l'intelligence et de la mort en vingt-quatre heures. Kuhnmholtz a rapporté des faits identiques. Cet auteur rapporte ces accidents à la perte considérable de liquides qu'on observe dans ces cas, et il les compare, en cela, aux crampes des cholériques. M. Leven ne partage pas cette manière de voir ; d'autres auteurs pensent que ces accidents se produisent sous l'influence de l'urémie. Ce n'est pas non plus l'avis de M. Leven, qui pense que ces contractures qu'on observe dans certains cas de dilatation stomacale, sont de même ordre que celles qui apparaissent sous l'influence des affections vermineuses, de la diarrhée, ou des troubles menstruels.

Enregistrement du mouvement du cœur. — M. FRANÇOIS-FRANCK montre à la Société une circulation artificielle dans un cœur de tortue isolé. Le cœur est placé dans l'une des branches d'un large tube en V rempli d'huile ; le niveau de l'huile dans la branche libre du tube en V, s'élève quand le cœur se remplit, s'abaisse quand le cœur évacue le sang qu'il contenait dans un tube en rapport avec l'une des aortes : l'abaissement du niveau exprime la diminution systolique du volume du cœur. Si le sang est déversé dans une éprouvette de même calibre que la branche du tube en V où s'opèrent les changements de niveau, on peut s'assurer que la quantité de sang débitée par le cœur est égale à la quantité d'huile rappelée dans l'appareil à déplacement où le cœur est plongé, quand la systole se produit. Par conséquent, on peut juger du débit du cœur par sa diminution de volume au moment de la systole.

Cette notion du rapport des débits aux diminutions systoliques de volume du cœur est précieuse pour la comparaison des quantités de sang envoyées par le cœur dans une série de systoles, quand on opère sur le cœur en place, chez un animal vivant : on peut toujours comparer entre elles les variations du volume du cœur, tandis qu'il est impossible d'étudier directement les débits de ce cœur sans produire d'hémorrhagie. Cette même comparaison pourra se poursuivre chez l'homme lui-même, en utilisant soit la cardiographie buccale, soit l'inscription des pulsations du cœur obtenues en plaçant l'explorateur en dehors de la région de la pointe et dans la zone d'aspiration exercée par le cœur au moment de la systole. Cette question fera l'objet d'une prochaine communication.

Aujourd'hui, M. François-Franck n'insistera que sur la comparaison des débits du cœur sur l'animal, dont on explore les changements du volume du cœur à l'aide du procédé qu'il a indiqué, c'est-à-dire en mettant la cavité du péricarde en rapport avec un appareil enregistreur par un tube fixé à la partie inférieure du sac péricardique.

On peut faire varier le débit des ventricules par un grand nombre de procédés, en comprimant les artères afférentes, en créant à la périphérie des vaisseaux aortiques ou pulmonaires des obstacles variés par l'excitation directe ou réflexe des nerfs vasculaires, etc., etc.; c'est seulement sur les débits du cœur *accélérés par la section des pneumogastriques* et du cœur *accéléré par l'excitation des nerfs cardiaques du premier ganglion thoracique*, que M. François-Franck désire insister. Quand on a coupé les pneumogastriques, l'accélération du cœur s'accompagne immédiatement d'une élévation énorme de la pression artérielle ; quand on excite les nerfs accélérateurs, le rhythme seul semble modifié, la pression artérielle ne varie pas ou varie très-peu. Que conclure de là ? 1° que les débits du cœur sont augmentés après la section des nerfs vagues : la comparaison des diminutions systoliques du volume du cœur avant et après la section le démontre directement ; 2° que, pendant l'excitation des nerfs accélérateurs, *chaque systole du cœur débite moins*, puisque, malgré l'accélération l'afflux du sang dans les artères est le même, pendant un temps égal, qu'avant l'excitation. En comparant les courbes des diminutions systoliques du volume du cœur (débits ventriculaires) avant et pendant l'excitation des accélérateurs, on voit que chaque diminution de volume est moindre pendant l'accélération qu'auparavant. Le débit total n'est donc pas augmenté, puisqu'il résulte de la somme des débits partiels dont chacun est moindre qu'auparavant.

Une question importante a été étudiée par M. François Franck ; c'est celle de la fonction cardiaque, pendant qu'une compression modérée du cœur, est exercée dans la cavité même du péricarde. L'auteur décrit l'appareil dont il s'est servi et, répète l'expérience faite sur le chien, en comprimant le cœur de tortue qui fonctionne dans l'appareil à déplacement. On voit qu'à mesure qu'augmente la compression à la surface du cœur, les oreillettes s'affaissent et finissent par ne plus admettre le sang du réservoir : la contrepression nécessaire pour produire cette suppression de l'afflux sanguin, est précisément égale à la pression, sans laquelle le sang veineux est amené à l'organe. Le cœur privé de sang continue à battre, mais sans envoyer d'ondées artérielles faute d'afflux.

On comprend ainsi ce mode de production des troubles qui s'observent, quand on exerce dans le péricarde du chien une contre-pression sur le cœur, la pression artérielle diminue parce que les oreillettes comprimées admettent des quantités de sang de moins en moins grandes ; les pulsations des artères finissent par se supprimer quand le cœur ne peut plus recevoir de sang ; à ce moment la valeur monométrique de la contre-pression exercée sur le cœur est évidemment un peu supérieure à celle de la pression veineuse. Le cœur continue à battre, mais fonctionne comme muscle et non comme pompe foulante.

M. François-Franck propose d'expliquer les effets des épanchements péricardiques abondants qu'on observe chez l'homme par le même mécanisme : faiblesse des pulsations artérielles produites par la petitesse des ondées sanguines envoyées par le cœur, lequel envoie peu parce qu'il reçoit peu, les oreillettes étant affaissées ; troubles de l'hématose produits par le ralentissement de la circulation cardio-pulmonaire pour cause de défaut d'afflux suffisants dans le cœur droit, etc.

Dans une prochaine séance, seront exposées quelques recherches sur la comparaison des débits du cœur chez l'homme.

De la sécrétion du suc gastrique. — M. CL. BERNARD fait en ce moment une série d'expériences sur ce sujet. Il est parfaitement démontré aujourd'hui que le suc gastrique est acide ; la réaction acide du suc gastrique est un fait nécessaire, indispensable, très-facile d'ailleurs à constater à l'aide du papier de tournesol. Or, d'où vient cet acide ? vient-il du sang ? M. Cl. Bernard ne le croit pas ; il pense que c'est un produit ultérieur à la sécrétion du suc gastrique. Si l'on prend l'estomac d'un chien ou d'un lapin et qu'on le lave bien, on ne trouve plus d'acide à sa surface ; mais celui-ci ne tarde pas à apparaître de nouveau, si on ajoute une petite quantité de carbonate de soude, la réaction acide reparaît alors avec toute son énergie. Si l'on met ces membranes stomacales dans l'alcool, qu'on les lave bien dans cet alcool d'abord, puis dans l'eau, la réaction acide n'en reparaît pas moins ensuite.

M. Cl. Bernard en conclut que nos tissus conservent leurs propriétés après la mort comme pendant la vie. Certains physiologistes ont voulu séparer ces choses et ont été jusqu'à prétendre que le sucre n'apparaissait dans le foie qu'après la mort, que c'était, en un mot, un phénomène cadavérique. Cela n'est pas admissible. Ce qui est vrai c'est que le sucre augmente dans le foie après la mort, parce

qu'il en reste de celui qui s'y était formé pendant la vie et qu'il vient s'y ajouter celui qui continue à se former après la mort.

L'action de la vie ou de la mort, n'a rien à faire dans ces phénomènes physiologiques. Si, par exemple, on ouvre un animal, qu'on mette à nu son foie, qu'on en prenne un morceau ou, que par une ligature, on isole un morceau de ce foie du reste de l'économie, c'est-à-dire, qu'on y interrompe la circulation, immédiatement après cette séparation, on trouve dans ce morceau de foie, 1 ou 2 pour 1000 de sucre, puis dix minutes après, au lieu de 1 ou 2 pour 1000, on trouve, 5, 6, 7 ou 8 pour 1000. Le suc gastrique continue à se former dans l'estomac après la mort, comme le sucre dans le foie. La vie ou la mort n'ont rien à faire dans ces phénomènes, qui sont des phénomènes purement chimiques. Les propriétés des tissus organisés sont donc des propriétés physico-chimiques, soumises aux lois chimiques générales et qui, existent après la mort aussi bien que pendant la vie, et qui sont, par conséquent, indépendants de la vie elle-même.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LES MALADIES RÉGNANTES.

M. BESNIER donne lecture de ce rapport.

Pendant le premier trimestre de l'année 1877, les *affections des voies respiratoires* ont été nombreuses et graves. La mortalité par ces affections a été sensiblement plus élevée que dans les trimestres correspondants des neuf années précédentes. La pneumonie et la pleurésie ont été particulièrement graves.

Relativement à la *diphthérie*, M. Besnier s'exprime ainsi : « Depuis plus de dix ans, je ne cesse d'appeler publiquement l'attention sur la progression croissante de la diphthérie à Paris; j'ai signalé, sans me lasser, l'augmentation également progressive de la moyenne mortuaire, malgré les perfectionnements apportés au traitement de cette affection, et, notamment, malgré la trachéotomie; uni avec tous mes collègues des hôpitaux de l'enfance, j'ai sans relâche montré que la déplorable pratique de l'introduction dans les salles communes d'enfants atteints de diphthérie causait d'épouvantables ravages parmi les enfants reçus dans ces mêmes salles pour d'autres affections. J'ai, en outre, indiqué que la promiscuité des affections contagieuses avec les maladies communes, était une source extrêmement dangereuse de propagation de ces affections hors de l'hôpital et par les malades sortant avec le germe acquis, et par la liberté de la visite publique dans les salles. Tout cela, jusqu'ici, a été en vain. Pendant le premier trimestre de cette année, le mouvement de la diphthérie dans les hôpitaux, qui était de 71 malades en 1868, s'est élevé à 265, lesquels ont fourni le chiffre lamentable de 220 décès, c'est-à-dire de 83 pour 100.

Ce n'est pas tout; la maladie s'est aussi aggravée dans la ville; au moment même où un médecin ne craint pas de soutenir publiquement le paradoxe de la non-contagiosité de la diphthérie, le nombre des médecins victimes de la plus manifeste contagion atteint des proportions absolument inconnues jusqu'alors.

La diphthérie cause, année moyenne, à Paris, 1,200 décès, soit 100 décès par mois, 300 décès par trimestre. Or, pour le premier trimestre de cette année, le chiffre est plus que doublé, puisque nous relevons le total lugubre de 728 décès diphthéritiques, sur lesquels 230 ont eu lieu dans les hôpitaux et 508 en ville....

Assurément, ajoute M. Besnier, la mesure est comble depuis longtemps, mais il est, en vérité, impossible que la conscience publique ne s'émeuve pas dans un jour prochain, et j'espère fermement que les plaintes de plus en plus vives élevées par nos collègues des hôpitaux d'enfants sont les dernières que j'aurai à enregistrer et à livrer à la publicité.

Ces considérations sont, en effet, suivies des communications lamentables de MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Labric, Dujardin-Beaumetz.

A Sainte-Eugénie, service de M. Bergeron, 74 cas de diphthérie du 1er janvier au 1er mars, dont 65 venues du dehors, et 9 contractés dans les salles, sur lesquels 5 sont morts.

Dans le même hôpital, service de M. Cadet de Gassicourt, 38 cas, dont 8 guérisons. Sur ces 38 malades, 2 ont contracté la maladie dans les salles et ont succombé.

A l'hôpital des Enfants, service de M. Labric, 17 cas venus du dehors, dont 9 morts; 9 pris dans les salles, sur lesquels 6 ont succombé.

A la crèche de Saint-Antoine, service de M. Dujardin-Beaumetz, 12 cas de diphthérie, dont 10 chez les enfants et 2 chez de jeunes femmes. Sur ces 12 cas, trois ont été contractés dans les salles (1 femme et 2 enfants); les 10 enfants sont morts, les 2 femmes ont guéri.

Les *affections rhumatismales* n'ont rien présenté de particulier dans ce premier trimestre. Toutefois, M. Bucquoy a été frappé de voir presque tous les cas de rhumatismes articulaires, compliqués d'accidents inflammatoires graves du côté des plèvres et du poumon. M. Lereboullet a également observé ce fait au Val-de-Grâce.

La *variole* a subi une atténuation manifeste. M. Besnier continue à montrer l'heureuse influence de l'isolement sur la marche de la variole, et établit que l'isolement est une mesure de protection, non-seulement pour les malades internés, mais pour la ville entière.

Si la *revaccination* est négligée de la manière la plus regrettable et la plus imprudente dans la médecine et dans l'administration civiles, la médecine et l'administration militaires n'oublient pas de la même façon leurs devoirs à l'égard du soldat.

Suit une communication très-intéressante de M. Lereboullet, qui, sur 886 hommes revaccinés, a constaté lui-même 237 succès, soit 1 sur 3,7, et qui apporte de nouvelles preuves à l'appui de la supériorité du vaccin d'enfant sur le vaccin d'adulte.

La *fièvre typhoïde* a subi la décroissance normale qui apparaît toujours à la saison du printemps. De 992 décès comptés pendant le dernier trimestre de 1876, la mortalité s'est abaissée, dans le premier trimestre de 1877, à 361, et cela par une décroissance lente et régulière.

Plusieurs cas de *scorbut* ont été signalés.

M. Lasègue, dans le numéro de mai des *Archives*, a signalé l'existence à Paris des cas de scorbut sporadique à curation rapide. Depuis deux mois, il en aurait observé un plus grand nombre que dans tout le reste de sa vie médicale, et il ajoute qu'il n'existe parallèlement ni dans les prisons, ni dans les hospices, ni dans les casernes, de scorbut épidémique. Toutefois, le malade dont l'observation est consignée dans les *Archives*, est un détenu de Sainte-Pélagie.

Deux malades atteints de scorbut ont été observés par M. Gallard, à la Pitié; l'un est un palefrenier surmené dans des conditions exceptionnelles, l'autre un prisonnier arrivant de la prison de la Santé. M. de Beauvais, médecin en chef de Mazas, communique également quatre observations de prisonniers atteints de scorbut. Enfin M. Lereboullet rapporte l'observation de quatre malades atteints de scorbut qui venaient de la prison de la rue du Cherche-Midi.

M. Besnier se réserve de revenir sur tous ces faits dans son prochain rapport. Il dit simplement que son impression formelle est, qu'il s'agit ici de cas de *scorbut des prisons* développé, dans des conditions particulières d'individualité sur des sujets soumis à l'humidité permanente si accentuée dans la saison que nous venons de traverser.

« Ce jugement sommaire est incomplet, dit en terminant M. Besnier, peut-être erroné. Les quelques documents pleins d'intérêt, mais presque dérobés à la hâte par moi, à quelques observations isolées, ne sont-ils pas une preuve trop manifeste que l'organisation de notre médecine publique est absolument défectueuse, déplorablement rudimentaire. En dehors de ceux qui ont lu l'article de M. Lasègue, combien y a-t-il de médecins qui sachent que le scorbut règne à Paris? L'administration en est-elle informée? Une enquête est-elle ouverte? A-t-on invité les médecins à signaler les cas sporadiques qu'il pouvait rencontrer? Nous n'en savons rien, mais cela est peu probable. C'est pourquoi nous le faisons ici publiquement

aujourd'hui, persuadés que les honorables représentants de la presse, qui nous écoutent, se feront l'écho de nos doléances et de nos avis.»

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE ET SON TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS

M. MAURICE RAYNAUD n'a que peu de choses à ajouter à la réponse de M. Féréol. Cependant, comme il a été mis personnellement en cause par M. Peter, il croit devoir à son contradicteur et à lui-même d'intervenir de nouveau dans le débat. Il ne reviendra pas sur certains points de détail au sujet desquels l'opinion de la Société doit être faite; il abordera seulement la question de doctrine et de méthode.

C'est, dit-il, un véritable procès de tendance que nous intente M. Peter, et je voudrais vider ce procès devant la Société et chercher à tirer la moralité, en quelque sorte, qui s'en dégage.

J'ai été très-étonné de m'entendre accuser de faire de l'ontologie médicale; si j'en ai fait, c'est assurément comme M. Jourdain fait de la prose, sans le savoir.

L'hyperthermie, ce « monstre » auquel M. Peter nous reproche d'accorder trop d'importance; ce monstre n'est qu'une chimère, dit-il, une abstraction d'abstraction! Mais la fièvre typhoïde elle-même alors n'est qu'une chimère, et nous sommes des médecins chimériques! Nous prétendons être, au contraire, des médecins qui observent, qui font de la médecine au lit du malade et non dans les nuages; nous ne faisons pas de l'abstraction, mais bien de l'analyse.

M. Raynaud trace en quelques mots l'histoire de l'ontologie, cette *science de l'être* dont on s'est tant moqué et qui, suivant lui, est une chose respectable, qui est, pour ainsi dire, comme la substance même de la métaphysique. Il rappelle le cas qu'en faisaient nos philosophes, Kant, Royer-Collard, Cousin. Mais ce mot d'ontologie introduit par Broussais dans le langage médical ne signifie plus rien, n'a plus aucune raison d'être, et doit être relégué, avec la folie, la gastrite et l'irritation, dans ce que M. Raynaud appelle le magasin aux accessoires de la médecine. Un des plus grands titres de gloire de celui, qu'avec une exagération qui se pardonne à un élève reconnaissant, M. Peter appelle le plus grand clinicien des temps modernes, de Trousseau, c'est d'avoir établi la spécificité des maladies, c'est d'avoir montré qu'il y a non pas une inflammation, mais des inflammations, c'est d'avoir ressuscité la maladie, dans la logique rigoureuse du mot.

Il est une expression qu'emploie souvent M. Peter dans ses discours ou ses écrits, c'est celle de plan morbide. Qu'est-ce que le plan morbide? que signifie ce mot? C'est à coup sûr avec le plan morbide que nous planons dans les hauteurs de l'ontologie, et je pourrais bien dire à M. Peter : Ontologiste vous-même! Quelle place occupe l'hyperthermie dans ce plan morbide? Dans cet édifice auquel on peut comparer la maladie, fait-elle office d'un gros mur, d'une grosse poutre ou d'une simple cloison? Évidemment tous ces éléments, l'hyperthermie, la sécheresse de la langue, l'accélération du pouls, les soubresauts des tendons sont choses différentes, n'ayant ni le même siége, ni la même valeur; M. Peter est trop médecin pour le nier. Alors à quel degré se place l'hyperthermie? Telle est la question à résoudre. Que fait la science en pareil cas? Elle fait comme l'ouvrier qui démonte une machine qu'il doit réparer et qui cherche à se rendre compte de la partie défectueuse. Jamais, dit M. Raynaud, nous n'atteindrons l'essence même de la maladie; jamais nous ne pourrons nous attaquer à la fièvre typhoïde elle-même. Que faire alors? de l'expectation, qu'il ne faut pas confondre avec l'abstention, ou ce que M. Raynaud appelle de l'abdication, mais bien cette méthode provisoire, cette méthode d'attente qui est, en médecine, ce qu'est en politique la neutralité armée, c'est-à-dire la médecine rationnelle, la médecine éternelle, pourrait-on dire, la médecine des indications. Or, étant admise cette ligne de conduite, l'hyperthermie peut-elle devenir une source d'indications? Cette source d'indication ne peut-elle pas arriver à primer toutes les autres? Évidemment, cela ne peut être nié par personne. Sans doute il y a des cas où l'hyperthermie fait défaut, et qui ne s'en terminent pas moins par la mort; tels sont, par exemple, les cas de *typhus ambulatorius*, si bien étudiés par M. Vallin; tel est le cas d'une jeune fille dont M. Raynaud rapporte l'observation et qui mourut subitement dans le cours d'une fièvre typhoïde très-légère et dans laquelle la température n'avait jamais dépassé 38 degrés. A l'autopsie, on ne trouva absolument rien qui puisse expliquer la mort. Mais ces faits prouvent-ils que l'hyperthermie ne puisse devenir elle-même une cause de mort? Aucun médecin n'osera nier, certes, que la mesure du danger dans la fièvre typhoïde est surtout fournie par l'intensité de l'état fébrile, et que ce dernier se traduit plus sûrement par la température que par tout autre moyen.

M. Raynaud, à l'aide de preuves tirées de la pathologie et de la physiologie, montre l'importance de la chaleur comme cause de mort. Il cite, entre autres preuves, les travaux de M. Vallin, sur l'insolation, les expériences de M. Cl. Bernard sur l'action *toxique* de la chaleur. Certes, dit-il, il aurait mieux valu citer ces expériences, que l'histoire de je ne sais quelle colombe, préalablement anémiée et tuée ensuite par un simple choc. Nier ces faits, c'est nier les notions acquises les mieux établies.

Les conclusions à tirer de ces faits, c'est que les symptômes d'une même maladie n'ont pas tous la même importance, la même dignité, pourrait-on dire. Il en est qui s'enchaînent et qui entraînent après eux l'apparition d'autres symptômes qu'on peut appeler secondaires. C'est ainsi que, dans la fièvre typhoïde, il y en a un certain nombre qui sont subordonnés à l'hyperthermie ou sous sa dépendance. Le plus souvent même, en remontant l'échelle de ces subordinations symptomatologiques, c'est l'hyperthermie qu'on rencontre à l'échelon supérieur. Au-dessus, c'est l'essence même de la fièvre typhoïde, que nous ne pouvons atteindre. Mais nous n'en faisons pas moins quelque chose d'utile en combattant ce symptôme, l'hyperthermie, puisque nous combattons en même temps d'autres symptômes qui, pour être secondaires, n'en sont pas moins funestes. Nous faisons ce qu'on fait dans le croup, en introduisant une canule dans la trachée, nous cherchons à laisser au malade le temps de guérir; nous le dérobons à une cause de mort immédiate. Dans quelle mesure obtenons-nous ce résultat pour la fièvre typhoïde à l'aide des bains froids? dans la mesure restreinte aux seuls cas où il y a excès de température.

M. Raynaud aborde la question des faits. M. Peter a cité des faits malheureux, des désastres, mais parmi les méfaits qu'il reproche à la réfrigération, il en est de purement imaginaires, que M. Raynaud ne peut pas ne pas relever, tels, par exemple, que la maladie Brightique. Comment un bain froid, pourrait-il, produire de toutes pièces, la maladie de Bright? On conçoit aisément, que M. Peter n'en puisse pas citer un seul exemple. Toutefois, ajoute M. Raynaud, parmi les faits cités par M. Peter, il en est qui m'ont singulièrement frappé et qui m'ont rendu même plus timoré. Je ne fais aucune difficulté de le reconnaître et lui fais sincèrement cette concession. Mais il n'en est pas moins vrai, que je suis absolument convaincu d'avoir obtenu par cette méthode, des guérisons que je n'aurais très-probablement pas obtenues par d'autres moyens.

M. Raynaud aborde la question du mode d'action des bains froids. A ce sujet, M. Peter nous dit qu'en parlant de réfrigération nous faisons de la chimiâtrie enfantine. Mais l'explication qu'il donne lui-même du mode d'action des bains froids, la révulsion, est une idée bien moins nette que celle de la réfrigération. On fait de la révulsion quand il y a congestion quelque part; mais l'application du froid, que révulse-t-elle? est-ce donc du froid du cerveau? Cette idée de révulsion est donc une idée vague, qui ne signifie rien. Le bain froid n'agit sans doute pas ici comme sur un barreau incandescent, mais il n'agit pas non plus simplement comme révulsif.

La méthode des bains froids, employée d'abord en France, où elle a été condamnée sans appel par Valleix, a été ensuite réimportée d'Allemagne en France. C'est, suivant M. Raynaud, un progrès incontestable apporté dans le traitement de certaines formes de la fièvre typhoïde. Il adjure donc en terminant, M. Peter, de ne pas s'appliquer ainsi, s'appuyant sur la légitime autorité qui s'attache à son nom, à sa valeur personnelle et à sa haute situation scientifique, à fermer en quelque sorte la porte au progrès. Cette méthode employée dans les conditions seules où elle convient, limitée à certaines indications, a donné des résultats assez encourageants pour que l'on continue à l'expérimenter et mérite qu'on l'apprécie, qu'on la juge, sans la condamner de parti pris.

M. GALLARD proteste contre l'opinion émise par M. Raynaud, relativement à Valleix.

La Société se forme en comité secret à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sa Majesté l'empereur du Brésil, honorera, aujourd'hui mardi, de sa présence, l'Académie de médecine.

On entendra dans cette séance les communications suivantes : M. Lasègue : de l'épilepsie. — M. Broca : de l'action isolée des héisphères cérébraux. — M. Proust : de la peste.

— Par décret en date du 8 mai 1877, M. le docteur Danguy-Desdeserts, médecin de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Langellier-Bellevue est promu au grade de médecin en chef ; M. Manès est nommé médecin principal ; la démission de M. Dupeux, aide-médecin, est acceptée ; M. Beuf, médecin de 2e classe, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, interrompues par la fête de l'Ascension, le jeudi 17 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— MM. Budin et Pinard commencent le mercredi 16 mai à trois heures et demie, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties :

1° Anatomie, physiologie, grossesse ; 2° eutocie ; 3° dystocie ; 4° exercices pratiques.

S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur le Prince.

— *L'Assommoir et l'Assommé.* — Le lendemain du jour où Émile Zola fit paraître le roman déjà célèbre qui a nom l'*Assommoir*, la critique se partagea en deux camps bien tranchés, selon l'opinion préconçue des amis ou des adversaires de la classe ouvrière parisienne. Pour les uns, cette classe parut indignement traitée par cet écrivain de talent ; pour les autres, son livre devint le veritable critérium des vices de l'ouvrier parisien.

C'est contre cette dernière opinion que M. Achille Secondigné, plus connu comme écrivain politique que comme romancier, a entrepris de réagir en dressant autel contre autel et en écrivant à son tour l'*Assommé.*

L'annonce de ce tournoi littéraire, faite par quelques journaux de Paris, a piqué vivement la curiosité publique, à tel point que de toutes les parties de la France et de l'étranger, des demandes nombreuses sont arrivées aux bureaux de l'éditeur (André Sagnier, rue Bonaparte, 31), et que le premier tirage, dont l'impression vient d'être achevée, est insuffisant pour les satisfaire.

Nous reviendrons sur ce livre, quand nous aurons pu juger nous-même en connaissance de cause de la façon dont le courageux écrivain s'est comporté dans cette lutte de la conviction contre le succès acquis, et, pour l'honneur de l'ouvrier français, nous souhaitons vivement que la gageure soit gagnée haut la main.

Pougues, ses eaux minérales, ses environs. 4e édition, revue et corrigée, par le docteur FÉLIX ROUBAUD, lauréat de l'Académie des sciences, de l'Académie nationale de médecine, médecin consultant aux eaux minérales de Pougues. — 1 vol. in-18 de plus de 300 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 56. — JEUDI 17 MAI 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 17 MAI 1877. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a eu lieu conformément au programme que nous avons fait connaître. Strict observateur de la politesse proverbiale des rois, l'exactitude, l'empereur du Brésil dom Pedro est entré, à trois heures précises, dans la salle des séances, et est venu se placer entre MM. Cloquet et Bouillaud, sur le premier rang des fauteuils, en face du bureau. Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. Bouley, président, a annoncé à l'Académie la présence de l'empereur en ces termes :

« J'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que S. M. l'empereur du Brésil, membre correspondant de l'Académie des sciences, est présent à la séance.

« Je remercie l'empereur, au nom de l'Académie, de ce témoignage qu'il veut bien lui donner de sa sympathie pour ses travaux : témoignage auquel nous sommes d'autant plus sensibles que l'empereur est un homme de science, qu'il protége les sciences, qu'il les encourage, qu'il les propage et qu'il a mis l'honneur de son règne à pousser le plus possible à leur avancement dans son pays. »

Les lectures ont eu lieu ensuite dans l'ordre suivant : M. Proust sur la peste d'Orient, M. Lasègue sur l'épilepsie, et M. Broca sur l'inégalité dynamique des hémisphères du cerveau (rapport).

En hygiéniste prévoyant et gardien vigilant, pour une part, de la santé publique, M. Proust est venu à la tribune non pas jeter un cri d'alarme, mais donner un salutaire avertissement sur les dangers possibles que la guerre actuelle d'Orient peut susciter pour l'Europe entière, par la propagation de l'un des fléaux inséparables de toute guerre quelque peu prolongée dans ces contrées, la peste.

On comprend toute l'importance qu'il y a à être prévenu d'une pareille éventualité dans un délai plus ou moins éloigné, et l'intérêt de l'exposition extrêmement claire que M. Proust a faite de la situation actuelle des principaux foyers pestilentiels en Orient et de la marche que la maladie pourrait suivre pour arriver jusqu'au sein de l'Occident, selon les directions que prendraient les grandes armées mises en mouvement.

M. Lasègue est monté ensuite à la tribune, où il a fait d'abondance un de ces tableaux pittoresques vivants et colorés, comme il sait les faire, de la plus terrible en même temps que de la plus originale et la plus excentrique de toutes les névroses, l'épilepsie vraie.

Enfin, est venu le tour de M. Broca, qui a donné lecture d'un très-savant rapport sur un mémoire de M. Armand de Fleury (de Bordeaux), relatif à l'inégalité dynamique des hémisphères du cerveau. Ce rapport, dont il ne nous a été possible que d'indiquer l'objet et de donner en quelque sorte la substance, tant il est plein de détails anatomiques et de fines analyses physiologiques, a soulevé un commencement de discussion grosse de promesses pour l'avenir des séances de l'Académie.

Dr Broghin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

De la recherche des craquements dans l'arthrite sèche coxo-fémorale au début.

Je vous engage beaucoup à observer une malade qui est entrée hier dans le service, où elle est couchée au n° 20, et qui vous offre l'occasion d'étudier les symptômes, difficiles à constater quand on ne sait pas les chercher, de l'arthrite sèche coxo-fémorale. On connaît bien l'arthrite déformante, en général, mais ce qu'on connaît peu, c'est l'arthrite sèche du début, dont les caractères sont surtout extrêmement difficiles à apprécier quand il s'agit d'une articulation aussi profondément située que celle de la hanche.

La malade dont il s'agit ici est âgée de quarante ans. Elle est petite, peu vigoureuse. Chose remarquable, elle ne paraît pas avoir été rhumatisante, ni même avoir jamais présenté de lésions traumatiques. Cependant, elle souffre de la hanche gauche, de la cuisse et du genou correspondants, depuis environ trois ans; toutefois modérément, car jamais la douleur ni la boiterie, quoique variant dans leur intensité, n'ont présenté une acuité telle que la malade ait dû suspendre, pour plus d'un jour, ses occupations.

Mais, depuis un mois, elle souffre un peu plus que d'habitude ; elle ne peut plus faire un pas aujourd'hui sans se servir d'une canne ou d'un parapluie; il lui est même impossible de vaquer à ses occupations et ces raisons l'ont engagée à entrer à l'hôpital.

Quand je l'ai examinée, j'ai été étonné de ne pas trouver les symptômes ordinaires que je m'attendais à rencontrer chez une femme que je présumais atteinte de coxalgie. Il n'existe, en effet, ni abaissement ni élévation du bassin; on ne note pas davantage de cambrure lombaire par le fait de la contraction

du muscle psoas; pas de transmission au bassin des mouvements communiqués; au membre inférieur, pas de limite même dans ces mouvements; en un mot, absence absolue de symptômes fonctionnels et physiques ordinaires de la coxalgie. Ce fait même est si remarquable que si l'on n'examinait la malade avec la plus grande attention, ou que si l'on avait des raisons pour douter de sa véracité, on serait porté à croire à une simulation.

Comment dès lors constater sa maladie? Elle a tous ses mouvements volontaires libres; ses mouvements communiqués le sont également, et de plus ils ne se transmettent pas au bassin; enfin, on ne constate ni douleur ni gonflement.

Mais il est un signe physique extrêmement précieux qu'il importe de rechercher, et que l'on perçoit presque toutes les fois que les gens atteints d'arthrite sèche au début présentent, soit quand ils marchent, soit quand ils sont debout; je veux dire l'existence de craquements dans l'articulation.

Eh bien, nous avons interrogé cette femme dans ce sens, et elle nous a déclaré qu'elle entendait ces craquements d'une manière très-nette quand elle marchait. Ceux-ci ne se produisaient pas immédiatement, mais seulement après un certain temps, quand, suivant son expression, l'articulation s'était échauffée. Ces craquements ne sont pas perçus avec la main; je les ai inutilement cherchés, la malade étant couchée, en appliquant la main au niveau de la hanche et en faisant faire des mouvements à l'articulation. Je ne les ai pas non plus entendus à distance pendant que la malade marchait, mais je les entendus d'une manière très-nette la malade étant debout et faisant des mouvements, au moyen du sthétoscope et même, par moments, au moyen de l'oreille appliquée sur la région malade. Toutes les fois, en effet, que cette femme étendait ou fléchissait son membre, ils se produisaient en abondance.

La conclusion de ce fait, c'est qu'il est de la plus grande importance de connaître ces différences que peuvent présenter les arthrites sèches crépitantes et sans ankylose aucune, dans la manière dont peut se constater le craquement. Tantôt, en effet, ce signe est perçu par le malade lui-même, tantôt par la main du chirurgien, tantôt par l'oreille et à distance, tantôt encore par l'oreille, mais immédiatement appliquée sur la région malade.

Le diagnostic est donc celui-ci : arthrite sèche, avec modification des surfaces articulaires, peut-être même disparition complète ou partielle des cartilages diarthrodiaux; et comme la maladie n'a été provoquée par aucun traumatisme, comme cette femme n'a jamais eu de rhumatisme, ni généralisé, ni monoarticulaire, il est probable que cette arthrite a revêtu d'emblée un caractère chronique, et qu'elle rentre ainsi dans la catégorie des arthrites de cause inconnue.

Il est cependant chez elle une cause traumatique légère, mais incessante, que nous pouvons faire justement intervenir dans l'étiologie de son affection, c'est celle qui résulte de sa profession. Cette femme est en effet piqueuse à la mécanique, et l'exercice auquel elle se livre est d'autant plus pénible, qu'elle travaille avec une machine à deux pédales. Eh bien, dans ces conditions, pour peu que le sujet soit faible, délicat, pour peu qu'il possède une certaine prédisposition à la diathèse rhumatismale, il n'en faut pas davantage pour qu'une arthrite se développe.

Ce qui se déduit tout naturellement de cette étiologie, c'est que cette femme devra se reposer pendant quelque temps, pour faciliter la disparition de la poussée inflammatoire qui s'est manifestée dans son articulation; c'est même pour prévenir le retour d'un pareil accident, de l'engager à renoncer à faire mouvoir sa machine à coudre. Nous ne la guérirons pas par ce moyen, parce que nous ne pouvons modifier l'état d'une articulation qui est altérée dans ses cartilages diarthrodiaux, dans laquelle même il existe peut être déjà des stalactites sur les franges de la synoviale ou le paquet adipeux de la cavité cotyloïde; mais nous pourrons, du moins, faire disparaître l'hyperémie qui est venue s'ajouter à ces lésions.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

VI

Obs. V. — En 1875, j'observai un fait semblable : le malade, âgé de 42 ans, menuisier, était fort, vigoureux, d'une santé excellente, et n'avait jamais eu la syphilis ni aucune autre maladie vénérienne, sauf une blennorrhagie contractée en juin 1874, qui se prolongea jusqu'en mars 1875, sans aucune complication. Il en était à peu près guéri, lorsque, le 16 mars, il s'aperçut d'une petite rougeur sur le côté gauche du gland. Il avait eu commerce, un ou deux jours auparavant, avec une femme qu'il voyait habituellement depuis un an. Le coït n'avait été pratiqué qu'une fois et sans efforts. Cette femme était en carte; elle a été examinée depuis par plusieurs médecins, on ne l'a point trouvée malade, et elle n'a pas été arrêtée.

Le malade fit des ablutions avec de l'eau sur cette rougeur. Au bout de vingt-quatre heures, il s'y forma une petite crevasse entourée d'une zone d'un rouge très-vif, et la lésion, qui avait été indolente jusqu'alors, devint tellement douloureuse, qu'elle empêchait tout sommeil et arrachait des cris lorsqu'elle se trouvait en contact avec les draps ou le pantalon. Le prépuce était large et couvrait à moitié le gland. Cet homme faisait quelquefois des excès de boisson, mais il ne s'y était pas livré à l'époque où l'affection balanique se déclara.

Lorsqu'il entra dans mon service, salle 6, n° 2, il y avait cinq ou six jours que l'affection durait; elle consistait alors en une petite érosion très-superficielle, reposant sur une base inflammatoire large et profonde, qui occupait le tiers gauche de la racine et du gland. En ces points, le processus était d'une véhémence excessive, accompagné de dureté, de tension, de rougeur, de chaleur des tissus, d'œdème aigu et d'une douleur des plus vives. Pourtant les aines ne présentaient et n'ont présenté depuis aucun gonflement ganglionnaire.

Le lendemain (8e jour), un point noir de sphacèle se montra au centre du foyer. Le malade fut pris de frissons, de sueurs, d'une fièvre violente et d'une grande prostration, en un mot, il présenta l'état général qu'on observe sur la balano-posthite gangréneuse; mais ici il n'y avait ni phimosis, ni paraphimosis; le gland seul était attaqué sans avoir eu à subir préalablement aucune cause d'étranglement.

Le point gangréneux s'agrandit très-rapidement dans tous les sens. Au bout de trois ou quatre jours, la gangrène s'était emparée de tout le foyer d'inflammation, qui exhalait une odeur infecte et se trouvait converti en une énorme masse de tissus sphacélés, autour de laquelle s'était creusé un fossé d'élimination, qui la séparait des parties saines. Ce bourbillon gangréneux se détacha assez vite latéralement, mais il adhéra longtemps par la base au fond du foyer, et ce n'est qu'au bout de quinze jours que j'en détachai les derniers débris. Cependant,

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mai 1877.

en six ou sept jours, le processus gangréneux avait produit tout son effet : la rougeur, la turgescence, la douleur, la tension, l'œdème, avaient diminué ou disparu, et autour de la partie morte, commençait le bourgeonnement de réparation. D'un autre côté, la fièvre et tous les autres troubles constitutionnels n'existaient plus; l'appétit était revenu et la convalescence s'était promptement établie.

Telle a été la première phase de cette affection balanique; elle a duré environ quinze jours et s'est divisée elle-même en deux périodes : l'une caractérisée par la rougeur, le gonflement d'une partie circonscrite du gland, par une éraillure, une érosion superficielle très-douloureuse et à forme inflammatoire suraiguë; l'autre comprenant le processus gangréneux survenu brusquement, et dont les symptômes ont été :

1° Un redoublement des douleurs locales;

2° La rougeur, la tuméfaction, la tension œdémateuse portée à leur summum d'intensité dans toute l'étendue du foyer;

3° La mortification en quarante-huit heures de tout ce foyer, avec les phénomènes locaux et les troubles constitutionnels propres à cet état.

4° La formation rapide du fossé d'élimination, du bourgeonnement réparateur et la chute des phénomènes de réaction, etc.

La deuxième phase, ou phase d'élimination et de réparation dura quinze jours environ. La masse gangréneuse se sépara facilement des parties saines sur les côtés; mais, comme je le disais plus haut, elle adhérait si solidement au fond du foyer, que, pour hâter la guérison, je tentai plusieurs fois de l'en détacher par traction et par incision. Il fallut procéder avec beaucoup de précautions, parce que chaque fois que je touchais un pédicule, il se produisait une hémorrhagie. Ce pédicule était donc composé de vaisseaux dans lesquels l'oblitération cicatricielle fut très-longue à se faire; il s'enfonçait au centre d'une espèce de diverticulum qui plongeait entre la rainure et le gland. La cicatrisation ne fut complète dans ce diverticulum que deux mois après le début de l'affection.

On put mesurer alors la perte de substance qu'avait subi le gland. Sur son côté gauche existait une vaste échancrure cicatricielle qui avait emporté environ le tiers de son volume; elle avait 1 centimètre de profondeur et s'étendait depuis le reflet jusqu'au voisinage du méat, sans intéresser, le canal de l'urèthre, ni les corps caverneux. Pendant les érections, la verge déviait un peu à gauche, mais seulement dans sa portion balanique.

Le malade n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques. Il n'en a pas présenté depuis. L'inoculation du pus ichoreux fut faite plusieurs fois, quelques jours après le début de l'affection, et ne donna aucun résultat. Les ganglions inguinaux restèrent intacts.

Dans ce cas, comme dans le précédent, je crois que la gangrène aiguë du gland ne provenait point d'un principe virulent, qu'elle n'était pas la complication d'un chancre simple, et, par conséquent, que l'affection n'était pas contagieuse. Je n'ai pas examiné la femme, il est vrai, mais d'après les renseignements précis qui m'ont été donnés par le malade au moment où il était dans mes salles, et plus tard, après en être sorti, il n'est pas permis de penser qu'elle fût atteinte de chancres simples. Et puis les débuts n'ont pas été ceux de l'ulcère vénérien. C'est profondément, au-dessous de la muqueuse, que semblait être le point de départ du processus. La tumeur inflammatoire a constitué dès le principe le fait morbide capital. A peine s'est-il formé à sa surface une petite éraillure et une érosion superficielle, qui n'ont eu qu'une durée éphémère et n'ont présenté aucun des caractères du chancre simple. Puis, par la violence des phénomènes, toute la tumeur a été frappée de mort, pour ainsi dire instantanément, et convertie en une masse gangréneuse. N'est-ce pas là le processus de l'anthrax ou de quelque chose d'analogue plutôt que celui de l'ulcère vénérien?

Obs. VI. — Voici un autre fait que j'ai observé en 1876. Un homme de trente-quatre ans, terrassier, d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu la syphilis, entra dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 31, le 30 juin 1876. Après une continence de quinze jours, il eut commerce le 17 du même mois avec une femme publique du boulevard de La Chapelle. Pendant les premiers jours qui suivirent le coït, il examina sa verge très-attentivement, et n'y découvrit aucune ulcération. Le dixième jour (27 juin), il éprouva du côté du gland quelques sensations anormales, telles qu'un peu de prurit, des élancements et une douleur sourde excessive. Bientôt il s'aperçut qu'il existait à gauche, sur la couronne et dans le sillon balano-préputial, un peu de rougeur sèche. Le lendemain (28 juin), cette rougeur s'était étendue, et il s'était formé au-dessous et autour d'elle un gonflement très-considérable du gland, avec œdème du prépuce, sans étranglement ni paraphimosis. La douleur était des plus vives. Une tache noire se forma sur le centre de cette tumeur inflammatoire dans la nuit du 28 au 29; elle s'agrandit avec une rapidité excessive, et le 30 juin, jour de l'entrée du malade dans mon service, je constatai dans le sillon balano-préputial, à gauche, une vaste ulcération gangréneuse.

Elle était profonde, à bords déchiquetés, et mesurait 3 centimètres dans tous les sens. Elle avait entamé la couronne et s'avançait jusqu'à la moitié antérieure du gland. Son fond était rempli par une masse gangréneuse noirâtre, autour de laquelle se creusait le fossé d'élimination. Elle était entourée d'une auréole inflammatoire d'un rouge très-vif. Tuméfaction énorme du prépuce. Aucune adénopathie inguinale aiguë ou spécifique. Les ganglions inguinaux restèrent toujours intacts depuis le début jusqu'à la terminaison.

Je pratiquai le jour même l'inoculation, je la répétai les jours suivants, et, ainsi que je m'y attendais, elle fut toujours négative. Le malade eut une fièvre vive et de la prostration pendant trois ou quatre jours.

L'ulcération fut pansée avec de l'eau chlorurée et des cataplasmes; elle se détergea rapidement, et, le 5 juillet, elle présentait un bon aspect. La masse gangréneuse était détachée de tous les côtés et n'adhérait plus au gland que par un pédicule constitué par des vaisseaux qui saignaient dès qu'on exerçait la moindre traction. La cicatrisation avait déjà commencé sur les bords, qui avaient diminué de rougeur et s'étaient affaissés. Elle ne fut complète qu'au bout de quinze jours La perte de substance intéressait un quart environ du gland; elle avait creusé une excavation profonde dans le sillon balano-préputial, en avant des corps caverneux qui n'avaient pas été atteints.

On voit que ce cas présente avec le précédent une ressemblance parfaite dans son ensemble. Il offre pourtant quelques particularités importantes, sur lesquelles je veux appeler l'attention, parce qu'elles viennent à l'appui de la thèse que je soutiens. Je n'ai aucun renseignement sur la femme avec laquelle a eu lieu le dernier coït; mais remarquez que ce n'est que neuf jours après ce coït qu'est survenue la rougeur prodromique de la tumeur inflammatoire. Or, s'il s'était agi de l'ulcère vénérien, nul doute que l'intervalle entre son apparition et la contamination n'eût été beaucoup moins considé-

rable. L'incubation du chancre simple est en effet très-courte ou même nulle, puisque le travail morbide commence dès que le pus virulent a été déposé ou inoculé dans les tissus. Quant à un chancre infectant, il n'y fallait pas penser. L'incubation aurait été beaucoup plus longue. D'ailleurs, l'affection ne présentait aucun des caractères de l'accident primitif, ni dans son aspect, ni dans ses symptômes, ni dans son évolution.

Voilà déjà de fortes raisons pour faire admettre qu'aucun principe virulent chancreux n'est intervenu dans l'étiologie de cette gangrène. Sous l'influence et par le concours de quelles causes s'est-elle donc développée? Le malade n'avait fait aucun excès; il n'a pas l'habitude de boire outre mesure; sa verge n'avait subi aucune violence traumatique et était restée intacte pendant les neufs premiers jours qui suivirent le coït, comme elle l'était auparavant. Sa santé générale était bonne; il ne présentait aucun symptôme de maladie constitutionnelle et ne paraissait pas diabétique; mais je ne puis pas affirmer qu'il ne le fût pas, car je n'examinai pas les urines. Sauf ce point sur lequel je suis obligé de faire des réserves, je ne vois aucune autre circonstance étiologique. N'en est-il pas ainsi pour un grand nombre de furoncles et d'anthrax?

Une autre particularité bien remarquable, c'est la rapidité presque foudroyante du début. Au bout de trois jours, en effet, la gangrène s'était développée et avait atteint en vingt-quatre heures la plénitude de son action destructive. Ici, il n'y a pas eu pour ainsi dire d'érosion ou d'ulcération à la surface de la tumeur inflammatoire. Elle n'a pas eu le temps de se former. La véhémence du processus a produit presque d'emblée la mortification des tissus enflammés, comme si les vaisseaux qui les nourrissaient eussent été subitement oblitérés par thrombose.

L'hypothèse d'un chancre simple ne trouve même pas de place dans ce cas; elle est encore plus inadmissible que dans le précédent. Je n'ai pas invoqué, comme un argument en faveur de ma manière de voir, le résultat négatif des inoculations. Elles ont été faites à une époque où la gangrène avait déjà commencé; or, du moment que ce processus s'établit dans une ulcération chancreuse, il y éteint rapidement toute spécificité virulente. La sphère des tissus sains où elle s'est produite se trouve transformée par ce nouveau travail pathologique en une sphère d'inflammation commune, chargée d'un double rôle : celui d'éliminer les parties mortifiées et celui de réparer la perte de substance que le sphacèle a fait subir à l'organe. Pour qu'une inoculation eût quelque valeur, en pareil cas, il faudrait qu'elle fût pratiquée tout à fait au début, pendant que la tumeur inflammatoire est en voie de formation; et encore, je ne sais pas si la suractivité irritative qui précède l'inflammation et qui la prépare ne serait pas suffisante à elle seule pour éteindre la spécificité chancreuse, à supposer qu'elle existât dans l'éraillure ou l'érosion qui se produit presque toujours en pareil cas. Et puis, cette première phase est si éphémère; elle se précipite avec une si grande vélocité vers la crise par le sphacèle, qu'il arrivera très-rarement que le médecin en soit témoin, et qu'il ait le temps d'inoculer les produits morbides, si tant est qu'il en existe. Les résultats négatifs de l'inoculation sont encore moins probants quand il s'agit de chancres syphilitiques compliqués de gangrène. La spécificité virulente locale est-elle ou n'est-elle pas détruite en pareil cas? Qu'importe, puisque l'intoxication est déjà un fait accompli, lorsque l'accident primitif fait son apparition; et puisque le sang et tous les produits morbides sont, dès ce moment-là, plus ou moins imprégnés du principe virulent et aptes à transmettre par contagion ou inoculation la maladie constitutionnelle?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Marseille depuis le mois de mai 1876 jusqu'au mois de janvier 1877.

MM. Lagneau et Léon Colin se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

M. le docteur Girard (de Beauvais), sollicite le titre de membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. Poggiale, au nom de M. Peter, présente une brochure intitulée *Rapport sur les médicaments nouveaux*.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Bedoin, une brochure intitulée : *Notions familières sur l'hygiène de la première enfance* ; 2° au nom de M. le docteur Droixhe (de Huy, en Belgique) une brochure ayant pour titre : *Hygiène de l'enfance*.

M. le Président annonce à l'Académie, la présence de S. M. l'empereur du Brésil. (Voir le Premier-Paris.)

LECTURES

Sur l'importation possible de la peste en Europe. — M. Proust fait sur ce sujet la communication suivante :

Les événements redoutables dont l'explosion vient d'avoir lieu en Orient, peuvent exercer sur la santé publique, une influence dont il est utile de prévoir, dès aujourd'hui, les conséquences possibles. Déjà d'ailleurs, avant que les complications orientales ne fussent parvenues au caractère d'intensite et d'acuité qu'elles ont depuis revêtu, l'opinion s'était émue du danger de l'importation de la peste en Europe.

La peste s'est montrée, dans ces derniers temps, dans trois foyers qui sont : la Cyrénaïque, le foyer arabique et la Mésopotamie. Il est assez difficile de préciser le moment du début de l'épidémie de 1874 en Cyrénaïque. Les premiers cas paraissent s'être montrés chez des Bédouins du campement des Orphas qui, à leur tour, importèrent la maladie dans le village de Merdje, à vingt heures de Benghazi.

La mortalité a été assez considérable.

Seize ans séparent cette épidémie de peste en Cyrénaïque, de la précédente (1858), épidémie dont nous devons la description à M. Fauvel.

De plus, elle s'est d'abord manifestée non dans un centre, mais dans un simple campement de Bédouins : condition qui exclut l'idée de l'éclosion d'anciens germes. Elle n'a pas été non plus importée. Lorsqu'elle a éclaté parmi les Orphas, il n'en existait pas un seul cas parmi les régions en rapport avec le campement. L'épidémie de Cyrénaïque a donc apparu spontanément en 1874; préparée par la famine qui durait depuis cinq ans, par toutes les calamités qu'elle embrasse. Ces mêmes circonstances, la même misère, avaient préludé à la peste de 1858; les deux épidémies apparurent dans le même mois, mais il y a eu cette différence considérable qu'en 1874 les ports de Benghazi et de Derna ont pu être préservés.

Dans les deux cas la peste a pris naissance inopinément, loin de l'Égypte, loin de tout fleuve, dans un pays aride, sans qu'on puisse la rattacher à une épidémie antérieure elle a été probablement la conséquence d'une famine.

L'épidémie qui, dans la même année, s'est montrée en Arabie, paraît également y avoir été spontanée. Comme dans la Cyrénaïque elle s'est éteinte avant la fin de 1874.

Depuis deux ans, aucun nouveau cas de peste ne s'est manifesté soit dans la Cyrénaïque ou dans l'Arabie; nous n'avons donc actuellement rien à redouter de ce côté; il n'en est pas de même de la Mésopotamie.

Après la terrible épidémie de peste de 1773, la province de Bagdad parut pendant un demi-siècle affranchie de ce fléau.

Mais en 1802, la maladie apparut de nouveau; en 1831, elle sévit avec une violence et une persistance extrêmes.

En 1867, elle se manifesta parmi les habitants campés sur le canal de Hindié.

Il faut encore citer, à cause de son voisinage de la Mésopotamie, l'épidémie de Makou (nord-ouest de la Perse), en 1863.

Enfin, en 1870, la peste règne dans le Kurdistan persan.

La dernière épidémie de Mésopotamie (1874-75-76), éclata d'abord dans le district de Dagarra vers la fin de décembre 1873, confinée trois mois, puis propagée dans les autres parties de la province; elle s'éteignit au mois de juin 1874.

Au printemps de 1875, elle se manifesta de nouveau en Mésopotamie, puis de nouveau disparut lors des grandes chaleurs.

Mais en 1876, elle prit un nouveau développement et s'étendit à Bagdad. La peste de Bagdad sévit avec une violence extrême; la mortalité a été évaluée à 4,000 décès. Le mal sembla disparaître au mois d'août; mais non plus complétement comme les années précédentes, car pendant tout l'hiver quelques cas furent observés.

La peste qui a affligé la Mésopotamie en 1876, n'est pas éteinte. Des dépêches toutes récentes nous apprennent sa nouvelle explosion à Bagdad.

A l'est, elle a envahi le territoire persan.

Les inondations fréquentes, la famine qui en est la conséquence, l'imprégnation séculaire du sol par suite des inhumations superficielles, telles sont les conditions désastreuses qui ont contribué à faire de la Mésopotamie un redoutable foyer de peste.

Quoi qu'il en soit, ce qui doit surtout nous frapper, c'est que la peste qui paraissait éteinte en Orient vient de réapparaître, et son éclosion coïncide avec des circonstances politiques graves, avec la guerre, dont les conséquences fatales, la misère et la famine sont surtout redoutables en Orient. L'Europe peut être de nouveau menacée. Qu'arriverait-il, si la peste envahissant Tauris et Téhéran gagnait le littoral de la Caspienne? C'est à Bakou, sur la Caspienne qu'il faudrait l'arrêter.

Mais le péril le plus redoutable pour l'Europe, est la voie maritime par laquelle la peste peut gagner le bassin de la Méditerranée. De ce côté, c'est-à-dire par les provenances du golfe Persique, la peste peut être importée directement en Égypte.

Les gouvernements européens doivent donc s'unir pour soutenir le gouvernement égyptien, dans ses efforts pour se défendre contre l'importation de la peste.

Ce n'est donc pas à Constantinople, mais à Alexandrie, que doit se concentrer l'action des gouvernements européens. (Renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.)

Épilepsie. — M. LASÈGUE fait une communication sur l'épilepsie. Il commence par distinguer l'épilepsie franche de ces divers états morbides qui la cotoient et auxquels on donne généralement le nom d'attaques épileptiformes. L'épilepsie franche, dit-il, apparaît presque toujours entre douze et seize ans, elle se montre d'emblée dans toute son intensité; elle s'installe chez l'individu avec tous les caractères qu'elle conservera jusqu'à la fin; la première attaque d'épilepsie vaut la dernière; elle n'est ni plus forte, ni moins forte. M. Lasègue passe en revue les différents caractères de l'épilepsie vraie et montre en quoi elle diffère de l'attaque épileptiforme, de l'épilepsie d'origine alcoolique, etc. Contrairement à ces états morbides divers, l'épilepsie vraie ne guérit jamais. Enfin, M. Lasègue insiste spécialement, sur un caractère tout particulier que présentent les individus destinés à devenir épileptiques; ce caractère est une déformation spéciale de la face, une déformation osseuse portant principalement sur les os de la base du crâne et qui se traduit par un léger enfoncement de l'un des côtés de la face. Ce caractère n'avait pas été jusqu'ici suffisamment signalé par les auteurs et le but de la communication de M. Lasègue, est d'appeler sur lui l'attention des observateurs.

RAPPORT

M. BROCA, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Gavarret et Broca, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Armand de Fleury, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, ayant pour titre : *Recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur l'inégalité dynamique des hémisphères cérébraux.*

M. le rapporteur, après avoir analysé ce nouveau travail, s'attache à démontrer que M. de Fleury, dans deux publications qui datent de 1865, a nettement exprimé l'opinion que la circulation est plus active dans l'hémisphère gauche du cerveau que dans l'hémisphère droit, par suite de la dyssymétrie des vaisseaux de la crosse aortique; et il discute tout ce qui, physiologiquement ou pathologiquement, se rattache à ce fait, qui paraît avoir été le point de départ des nouvelles recherches qui sont l'objet de ce rapport.

M. Broca rend compte ensuite des expériences que M. de Fleury a faites soit sur le vivant, soit sur le cadavre, pour appuyer la thèse soutenue dans ses premiers mémoires.

Tout en faisant des réserves sur le degré de constance du fait constaté par M. de Fleury, tout en considérant comme très-probable que la prédominance du calibre de la carotide gauche doit subir quelques exceptions, M. Broca pense que l'on peut admettre dès maintenant comme démontré que cette prédominance est habituelle.

Dans le mémoire qui fait l'objet de ce rapport, obéissant à une tendance très-naturelle, dit M. le rapporteur, M. de Fleury s'est exagéré la portée de son idée et en a tiré des conséquences forcées. Les faits qu'il a étudiés sur l'homme ne sont qu'un cas particulier d'une loi générale de physiologie, savoir que l'activité des fonctions d'un organe est subordonnée à l'activité de la circulation dans les artères qui s'y rendent. Mais cela ne veut point dire que la nature de ces fonctions dépendent de la même cause. M. de Fleury s'est bercé d'une vaine illusion lorsqu'il a cru que les instincts, les facultés, les mœurs, l'activité, en un mot, toute la vie cérébrale des animaux, ou du moins des mammifères, était déterminée par le mode d'origine des vaisseaux carotidiens sur la crosse de l'aorte.

Ce qui a fait naître cette idée dans son esprit, c'est la relation qui existe chez l'homme entre la disparité fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, et la dyssymétrie des divisions de la crosse aortique. Mais cette relation ne prouve qu'une chose, c'est que le mode d'origine des deux carotides exerce une certaine influence sur la répartition du travail entre les trois hémisphères.

M. Broca, arrivant ensuite au langage articulé, rappelle les conditions qui en font l'attribut exclusif de l'homme et une de ses principales facultés; il montre que l'étude de la disparité fonctionnelle des hémisphères cérébraux de l'homme, n'établit pas la plus petite probabilité en faveur de l'idée qu'il y ait un rapport quelconque entre les facultés d'un animal, ses instincts et ses mœurs, son genre de vie et le mode d'origine de ses carotides.

M. Broca résume cette seconde partie de son rapport en ces termes : Je considère donc, comme tout à fait illusoire, la doctrine générale d'anatomie et de physiologie comparées que l'auteur, par un ingénieux effort d'imagination, a cru pouvoir déduire des faits constatés chez l'homme. Mais nous ne devons méconnaître pour cela ni l'intérêt ni la portée de ces faits, car, si l'inégale activité de la circulation dans les deux carotides n'est pas la seule cause de la disparité fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux de l'homme, elle y prend certainement une part importante et c'est l'un des éléments dont on devra désormais tenir compte dans l'étude de cette grave question.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser une lettre de remerciements à M. Armand de Fleury;

2° De déposer honorablement son travail dans vos archives;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la première section.

DISCUSSION

M. BOUILLAUD relève plusieurs points du rapport de M. Broca. L'aphasie, dit-il, est un phénomène bien singulier, bien fait pour fixer l'attention. Il est curieux, en effet, de voir un certain nombre d'individus, qui, tout à coup, perdant la faculté de la parole, sans présenter de paralysie ni des membres, ni de la face, ni de la langue, ni des lèvres, ni troubles de l'intelligence; hors la faculté de parler, ils conservent dans son intégrité tout leur système intellectuel et moral. Cette perte de la parole correspond à une lésion du cerveau qui a pour siége les lobes antérieurs, et M. Broca a montré que cette lésion siégeait dans le lobe antérieur du côté gauche

M. Dax, avant lui, avait bien signalé le côté gauche mais sans spécifier le lobe antérieur, cette belle découverte de M. Broca est venue confirmer cette doctrine que c'était dans les lobes antérieurs que se trouvaient les lésions entraînant la perte de la parole.

L'homme seul possède le don de la parole qui lui permet de communiquer avec ses semblables et avec les animaux eux-mêmes. On cherche des signes qui le distinguent des animaux, mais en est-il un seul plus évident, plus frappant que ce don de la parole?

M. Bouillaud a été très-frappé par ce fait de la localisation de la parole dans le lobe antérieur gauche et dans le but de fixer définitivement la question, de savoir si ce fait était constant, il a lui-même proposé de décerner un prix à l'auteur qui apporterait une observation de conservation de la parole avec lésion des deux lobules antérieures du cerveau. Aucun fait de ce genre n'a été constaté. Cette doctrine de la localisation de la parole dans le lobe antérieur gauche, après avoir longtemps été mise en doute, est aujourd'hui définitivement établie.

Nous sommes donc droitiers pour le corps et gauchers pour le cerveau. M. Bouillaud s'applique, en effet, à démontrer les rapports qui existent entre la prédominence fonctionnelle du côté droit sur le côté gauche du corps et celle du côté gauche sur le côté droit du cerveau.

Il est arrivé à adopter cette manière de voir que, même en ayant perdu la parole, on peut avoir conservé la mémoire et la connaissance des mots; on se trouve seulement dans l'impossibilité de les prononcer, de les articuler, et il y a, dans ces cas, lésion du lobe antérieur gauche du cerveau, parce que nous sommes gauchers pour le cerveau, comme nous sommes droitiers pour le corps. M. Bouillaud regrette que M. Broca n'ait pas insisté sur ces faits.

Certains physiologistes, M. Fournié entre autres, prétendent que si nous n'avions pas les mots, nous ne pourrions pas penser, que les mots précèdent la pensée. C'est là une erreur profonde : les mots ne sont autre chose qu'un moyen de communiquer nos pensées, et ce qui prouve bien que les mots et la pensée sont deux choses différentes, c'est qu'on peut articuler des mots dont on ne comprend pas le sens; bien des personnes, par exemple, lisent ou chantent des prières en latin, sans connaître cette langue. Il ne faut donc pas subordonner la pensée aux mots. M. Broca, suivant M. Bouillaud, n'a pas assez insisté sur cette distinction fondamentale.

M. BOULEY, qui a présenté la veille à l'Institut le livre de M. Fournié, intitulé : *Essai de psychologie, la bête et l'homme*, où se trouve exprimée l'opinion à laquelle vient de faire allusion M. Bouillaud, ne veut pas laisser passer l'appréciation de M. Bouillaud sans donner quelques explications. Il rappelle qu'en présentant ce livre à l'Académie de médecine, M. Béclard s'est placé surtout au point de vue du spiritualisme. M. Bouley, en le présentant à l'Institut, n'a eu en vue, suivant le titre même de l'ouvrage, que la différence entre la bête et l'homme : l'homme pense, la bête ne pense pas; telle est surtout cette différence.

Suivant M. Fournié, l'homme est né pour parler, comme l'abeille est née pour faire ses alvéoles, comme le castor est né pour faire sa cabane. M. Fournié n'a pas dit, comme le lui fait dire M. Bouillaud, que le mot précédât la pensée; il dit seulement que l'homme ne peut pas penser sans avoir une langue à sa disposition; il est impossible, dit-il, de concevoir que l'on puisse avoir une pensée sans qu'aussitôt se soit formée dans l'esprit la phrase qui doit exprimer cette pensée. C'est ainsi qu'on peut dire de certains individus qu'ils pensent tout haut; la langue est pour ainsi dire déjà en train de se mouvoir quand se formule la pensée. A l'appui de cette manière de voir, on peut invoquer l'opinion d'un sourd-muet intelligent et savant, M. Berthier, qui affirme de la façon la plus positive que les sourds-muets pensent avec leur langage mimique, comme nous pensons avec nos mots. Voilà l'opinion de M. Fournié, mais il y a loin de là à dire que le mot précède la pensée.

M. BOUILLAUD n'a jamais nié les rapports intimes qui existent entre la pensée et la parole, mais il soutient que l'un précède l'autre, et n'en veut pour preuve que l'exemple de l'enfant qui pense avant de parler. C'est ce que Descartes a si bien mis en lumière en disant : je pense, donc je suis.

M. BROCA. Ce n'est pas à la fin d'une séance qu'on peut engager une discussion aussi importante que celle qui aurait pour but de déterminer quelles sont les différences qui séparent l'homme des animaux. C'est là, en effet, une grande question qui demande à être réservée. Mais je ne voudrais pas que mon silence, sur ce point, fût interprété dans le sens d'une approbation de la doctrine de M. Fournié.

M. Bouillaud, dans les quelques réflexions qu'il a présentées à la suite de la lecture de mon rapport, rappelant en termes bienveillants pour moi l'histoire de la localisation du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau a dit que Dax avant moi, avait signalé le même fait. Bien qu'il ne soit pas dans mes habitudes de faire des réclamations de priorité, je crois cependant devoir profiter de cette occasion pour fixer définitivement l'histoire de la science à ce sujet. Lorsque le premier, en 1862 et dans les années suivantes, j'eus le courage, pourrait-on dire, de soutenir cette opinion de la localisation, personne à ce moment n'osa faire de réclamations. Mais, un peu plus tard, lorsque cette idée de la localisation fut peu à peu adoptée par le monde savant, M. Dax fils, prétendit que son père avait, au congrès méridional de 1836, communiqué un mémoire sur le même sujet et qui se trouvait entre les mains de Trousseau.

Étant en ce moment dans le midi, je fis avec le bibliothécaire de la Faculté de Montpellier les plus grandes recherches, et ces recherches nous conduisirent à constater qu'au Congrès méridional de 1836, aucun mémoire de M. Dax n'avait été lu, ni communiqué, ni même annoncé. Le nom de M. Dax père n'a même pas été signalé dans ce congrès, comme l'auteur de quelque autre communication. Malheureusement, M. Trousseau ayant perdu le mémoire de M. Dax, la science se trouve privée d'une pièce évidemment curieuse. Toutefois, j'ai pu, par M. Peter qui a eu le mémoire entre les mains, me rendre compte de ce qu'il contenait. M. Dax père, ayant cinq ou six fois constaté que la perte de la parole coïncidait avec l'hémiplégie droite, en avait conclu que la lésion cérébrale devant nécessairement être à gauche, c'était de ce côté du cerveau que devait être le siége de la faculté du langage. Sans doute, M. Dax fils a eu raison de signaler cette opinion de son père; mais il n'en est pas moins vrai, qu'avant moi, personne n'avait appelé l'attention du public savant sur cette question, que personne n'a jamais eu connaissance, avant ce temps du mémoire de M. Dax père et que, par conséquent, on ne peut pas dire que M. Broca soit venu après M. Dax dans l'histoire de la science.

M. BOUILLAUD, loin de chercher à dépouiller M. Broca de la belle découverte dont il a doté la science, affirme avoir salué et saluer encore cette découverte comme elle le mérite et lui en rapporter à lui seul tout l'honneur.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les cours complémentaires des études médicales pratiques institués à titre d'enseignement auxiliaire, près la faculté de médecine de Paris, sont confiés à des médecins et chirurgiens des hôpitaux choisis, soit parmi les agrégés titulaires ou les agrégés libres, soit parmi les docteurs non agrégés.

Les agrégés ou les docteurs chargés des susdits cours sont nommés pour une période de dix années. A l'expiration de ce terme, ils peuvent être renommés.

Toutefois, les fonctions cessent de plein de droit le jour où ils ne font plus partie du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

M. Nicaise, agrégé près la faculté de médecine de Paris, est chargé du cours de pathologie chirurgicale près ladite faculté.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Johannès Chatin, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle à la faculté des sciences de Paris, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1876-77.

Il sera spécialement attaché à la chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée et prendra part aux examens.

— *Muséum.* — M. Becquerel, professeur de physique au muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Becquerel (Edmond), aide-naturaliste.

M. Decaisne, professeur de culture au muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Dehérain, aide-naturaliste.

M. Gaudry, professeur de paléontologie au muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours pendant le second trimestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Fischer, aide-naturaliste.

M. Daubrée, professeur de géologie au muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer pour une partie de son cours, pendant le second trimestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste.

— *École de pharmacie de Paris.* — 1° Il est créé, à l'École supérieure de pharmacie de Paris un cours complémentaire d'analyse chimique.

2° M. Personne, docteur ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, chef des travaux pratiques de l'École de pharmacie de Paris, est chargé dudit cours d'analyse chimique.

—M. le docteur Bergeron, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin adjoint au lycée de Vanves, en remplacement de M. le docteur Brongniart, démissionnaire.

— Deux nouvelles sociétés d'hygiène : ce sont par ordre de naissance :

1° La *société française d'hygiène.*

2° La *société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.*

La société française d'hygiène a composé son bureau de la manière suivante :

Président : M. A. Chevallier, de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : MM. Marié-Davy, directeur de l'observatoire de Montsouris ; Moutard-Martin, de l'Académie de médecine ; Müller professeur à l'École centrale.

Secrétaires : MM. le docteur Ch. Saffray, rédacteur scientifique du *Bien public* ; le docteur de Piétra-Santa, rédacteur du *Journal d'hygiène* ; A. Joltrain, secrétaire de la rédaction dudit journal.

Bibliothécaire, M. le docteur Chassaigne, médecin-major.

Trésorier, M. Tréhyou, pharmacien-chimiste.

De son côté, la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* est instituée pour l'étude approfondie et la vulgarisation de toutes les questions d'hygiène et de salubrité, de médecine et de police sanitaire nationales et internationales, d'épidémiologie, de climatologie, de statistique médicale et particulièrement d'hygiène des professions; en un mot de toutes les questions afférentes à la médecine sociale.

Essentiellement scientifique, la Société, dont le siége central à Paris, est ouverte à tout savant qui, par ses titres, ses études et sa compétence spéciale, est capable d'apporter un concours efficace aux travaux de la société : ainsi, médecins, vétérinaires, chimistes, physiciens, météorologistes, ingénieurs, architectes, sont appelés à en faire partie.

Le bureau, constitué d'office, est actuellement composé de :

M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, président.

Vice-présidents : MM. Léon Colin, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce; Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine; Laussedat, député à l'Assemblée nationale; de Freycinet, ingénieur des mines, sénateur.

Secrétaire général : M. Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Napias, membre de la Commission des logements insalubres.

Trésorier : M. le docteur Thévenot.

Archiviste : M. le docteur du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes.

Secrétaires des séances : MM. les docteurs Bordier, Coudereau, Collineau, Gellé.

En attendant la réunion destinée à adopter définitivement les statuts de la Société, et dont le jour et le lieu seront ultérieurement annoncés, les adhésions sont reçues par M. le docteur Lacassagne, rue d'Ulm, 30, et par M. le docteur Napias, rue du Rocher, 40.

— M. le professeur Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 20 mars 1877, à Auvers, Valmondois et l'Isle-Adam.

On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra, à six heures du matin, le train pour Auvers. (On sera de retour à Paris, à cinq heures quarante-deux minutes du soir.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ancienne Faculté de médecine de Paris, par le docteur Corlieu. — 1 vol. petit in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Vº Adrien Delahaye et Cº.

Traité pratique des Eaux-Bonnes, par le docteur E. Cazenave de la Roche. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vº Adrien Delahaye et Cº.

De l'Infection purulente sans plaies exposées, par le docteur Domec. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vº Adrien Delahaye et Cº.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémiplégie consécutive à un ramollissement cortical du cerveau.

Une malade du service de la clinique médicale de la Charité, qui a succombé aux suites d'une affection cérébrale à marche lente, et qui, pendant sa vie, avait vivement attiré l'intérêt de tous les élèves de la clinique, a fourni à M. le professeur Hardy le texte d'une très-intéressante leçon, dans laquelle il s'est fait assister de M. le docteur Landouzy pour l'exposition des lésions cérébrales constatées à l'autopsie. Ces lésions, comme on le verra, en confirmant le diagnostic porté pendant la vie, viennent donner un nouvel appui aux doctrines modernes sur les localisations cérébrales et, en particulier, sur le rôle physiologique des parties corticales antéro-externes du cerveau.

Voici d'abord, en quelques mots, l'histoire de la malade :

Cette femme, très-amaigrie, paraissant beaucoup plus que son âge (elle avait cinquante-six ans), est entrée dans la salle Sainte-Anne, le 27 février dernier, pour une hémiplégie gauche.

Son facies était caractéristique : la moitié inférieure du visage était fortement déviée à droite, et, cette déviation, nette au repos, s'accusait fortement dans les différents jeux de physionomie. Les paupières se fermaient et le front se plissait aussi énergiquement à gauche qu'à droite.

Les mouvements des yeux étaient complets et faciles, il n'y avait aucune espèce de strabisme, mais, l'œil gauche restait toujours à moitié recouvert par la paupière supérieure : le ptosis était surtout manifeste, quand la malade regardait directement en haut, la paupière supérieure restait tombante tandis que la paupière droite venait toucher l'orbite.

La paralysie des membres gauches était totale, mais non pas absolue. Il y avait plutôt faiblesse considérable que suppression de la motilité. La faiblesse portait sur tous les mouvements du bras gauche. La malade pouvait, lentement, péniblement, déplacer quelque peu son membre et en mouvoir légèrement les divers segments.

Même faiblesse dans le membre inférieur gauche, avec cette différence toutefois, que l'impotence paraissait plus considérable dans la jambe que dans le bras. La paralysie, là encore, portait sur tout le membre, mais n'était pas absolue, la malade pouvait déplacer son membre et s'y appuyer faiblement, il est vrai. Elle avait pu venir dans la salle, avec l'aide d'un bras, en traînant la jambe.

Pas plus dans le membre inférieur que dans le membre supérieur, on ne constatait de raideur ou de contracture.

La sensibilité et la température étaient conservées dans les quatre membres.

L'apyrexie était complète, le pouls régulier, l'appétit conservé, et, pourtant, l'état général était assez précaire comme le prouvaient, du reste, l'amaigrissement profond et la sénilité anticipée de cette femme.

L'état intellectuel était si affaibli, qu'il fut impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement sur le début de son affection. Au dire des parents, cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'aurait jamais fait de maladie sérieuse jusqu'en 1876 : vers le milieu de l'année dernière, elle aurait eu une perte de connaissance si passagère, qu'elle n'aurait même pas pris le lit : de ce très-léger ictus dateraient et la distorsion des traits et la diminution dans la force de tout le côté gauche.

Depuis cet accident, presque passé inaperçu, les troubles paralytiques ont lentement, insensiblement augmenté et, à plusieurs reprises, la malade aurait eu comme des absences, des menaces d'attaques durant lesquelles on s'apercevait que la mémoire s'en allait et que le côté gauche se prenait.

Depuis, l'état général, malgré la conservation de l'appétit et du sommeil, a été s'affaiblissant de plus en plus, les phénomènes paralytiques, constatés les premiers jours, ont été s'accentuant et la malade a succombé à de l'engouement pulmonaire : pendant les derniers jours, on a constaté d'une façon manifeste et permanente, une rotation de la tête à gauche, la face tournée du côté des membres paralysés.

La marche des symptômes, pour ce cas particulier, avait une importance capitale ; elle a une valeur au moins égale à la constatation des troubles paralytiques eux-mêmes. L'apparition de phénomènes paralytiques après une perte de connaissance de peu de durée, la marche doucement progressive de la maladie, d'où l'hémiplégie purement motrice et incomplète bien que totale, chez une femme manifestement athéromateuse qui perd insensiblement toute mémoire et toute intelligence, tout devait faire songer à un ramollissement cérébral : ramollissement disséminé vraisemblablement, sur les lobes frontaux (en rapport avec l'état d'enfance de la maladie) et sur le lobe pariétal droit (en rapport avec l'hémiplégie gauche).

Tel avait été le diagnostic porté par M. Hardy, qui a insisté sur l'allure de cette hémiplégie à la fois progressive, variable,

totale, et incomplète dont les caractères étaient ceux des paralysies liées aux lésions de la substance corticale.

A l'appui de ces présomptions diagnostiques, M. Hardy invoquait encore la chute de la paupière gauche sans strabisme, dissociation symptomatique qui, d'après les faits invoqués par M. Landouzy dans un important travail sur les *convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*, semble témoigner d'une lésion cérébrale corticale, portant sur le siége de la dissociation anatomique très-probable de la troisième paire.

On trouvait enfin, dans l'analyse détaillée des symptômes et dans la marche de la maladie, outre des éléments suffisants de diagnostic, les éléments d'un pronostic sévère qui n'a pas tardé à recevoir sa confirmation.

Voici les résultats de l'autopsie, exposés par M. Landouzy, avec l'aide des pièces et d'un schéma de l'écorce cérébrale reproduit sur le tableau et donnant avec la topographie générale de l'écorce cérébrale, la position exacte et l'étendue des régions motrices.

Sur la partie inférieure du lobe pariétal droit, existe un ramollissement superficiel qu'on n'a pu mettre à découvert qu'en décollant et en arrachant des adhérences qui unissaient la pie-mère à la face profonde de la dure-mère. Cette plaque de ramollissement (formée par la réunion de points ramollis plus ou moins profondément) qui touche à la fois à la partie supérieure du lobe temporal, à la partie antéro-inférieure du lobe pariétal et à la partie postéro-inférieure du lobe frontal, occupe une surface un peu plus étendue que le double volume d'une pièce de cinq francs.

L'artère sylvienne droite à son origine, est le siége d'un athérome des plus nets : on voit sur les branches pariétales nées de la sylvienne, et cela surtout au voisinage du ramollissement, les rameaux également parsemés de plaques athéromateuses.

La plaque de ramollissement n'intéresse que la substance corticale, mais au dessous de la substance grise, dans la partie des fibres blanches immédiatement sous-jacente à la substance corticale, on trouve le tissu ramolli, à moitié diffluent et sur une surface irrégulièrement circulaire ayant plus de quatre travers de doigt de diamètre ; ce ramollissement sous-cortical porte sur les fibres blanches sous-jacentes : en avant, à la base des deuxième et troisième circonvolutions frontales et à la moitié inférieure de la frontale ascendante ; en bas, à la circonvolution temporale ; en arrière à la partie postérieure de la circonvolution temporale, à la moitié inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et à la partie antéro-inférieure du lobule du pli courbe.

Avec ces détails, étant donné le rapport entre les lésions et les points de l'encéphale qu'elles ont envahis, on comprendra comment et pourquoi s'est produit et enchainé l'appareil symptomatique qui a été observé chez cette malade.

La nécropsie en éclairant ceux des points qui paraissaient obscurs pendant la vie, montre de quelle précision peut être le diagnostic des affections cérébrales quand on fait servir, à la solution des problèmes cliniques, les enseignements de l'anatomie et de la physiologie cérébrale, enseignements dont on est redevable pour une grande part, aux travaux de M. Charcot et de ses élèves.

Kyste hématique formé aux dépens de l'épiploon gastro-hépatique.

Il s'est présenté dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu un fait très-insolite, que l'on pourrait dire presque inconnu jusqu'à présent et qui mérite d'être signalé non-seulement à cause de sa rareté, mais bien plus à cause des considérations pratiques très-importantes qu'il soulève.

Il s'agit d'un homme qui était entré d'abord à l'hôpital Saint-Louis pour un accident de voiture. Il avait été renversé par une voiture dont les roues lui avaient passé sur la base de la poitrine et le ventre. Il avait eu plusieurs côtes fracturées. Après un séjour à l'hôpital Saint-Louis, suffisant pour la consolidation de ces fractures, séjour pendant lequel il n'est survenu rien de remarquable d'ailleurs, il en est sorti se croyant guéri des suites de son accident. Mais quelque temps après, il sentit se développer une tumeur dans le ventre. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu. M. Le Dentu, chargé à cette époque du service, fit une ponction exploratrice qui amena au dehors une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. La tumeur continua à augmenter de plus en plus. M. Richet, ayant repris le service et voyant cette tumeur s'accroître de jour en jour, dans la pensée qu'il avait affaire à un kyste hématique formé probablement aux dépens du foie, se détermina à pratiquer une seconde ponction et à laisser une canule en place.

Malgré toutes les précautions prises pour prévenir la chute d'une partie du liquide dans la cavité abdominale, cet accident arriva peu de temps après l'opération, et le malade ne tarda pas à succomber à la péritonite qui en fut la conséquence.

Voici les dispositions curieuses qu'à montrées l'autopsie. Il s'agissait d'un vaste kyste hématique, dont les parois étaient constituées par le pancréas d'une part, en arrière, par les parois abdominales, en avant, par l'épiploon gastro-hépatique et par le foie, latéralement. C'était au centre de l'épiploon gastro-hépatique et en quelque sorte à ses dépens que s'était primitivement formé ce kyste.

Comment ce kyste s'était-il formé et quels rapports pouvait-il avoir avec l'accident de voiture qui avait nécessité l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis? On aurait pu présumer d'abord qu'il s'était développé aux dépens du foie et consécutivement à une rupture de cet organe. Telle avait été la première pensée de M. Richet. Mais l'autopsie a permis de constater l'absence complète de toute lésion du foie et la parfaite intégrité de cet organe. C'était l'épiploon gastro-hépatique seul qui avait été lésé et dont les vaisseaux avaient été ouverts; d'où l'épanchement de sang qui s'était produit et la tumeur hématique qui s'en était suivie et dont nous avons indiqué les limites et la circonscription.

Deux enseignements pratiques importants ressortent de cette observation. La première, c'est la connaissance désormais acquise de ce fait que les épanchements sanguins, provenant de la lésion des vaisseaux intra-abdominaux, qui sont le plus ordinairement diffus et qui, à cet état de diffusion, sont rapidement résorbés, peuvent, dans des circonstances très-rares sans doute, et dont ce malade nous a présenté un exemple, se circonscrire et s'enkyster.

Le deuxième enseignement, qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que ces kystes formés aux dépens de l'épiploon sont beaucoup plus difficiles à traiter que les kystes du foie. A raison du peu de résistance de ses parois et de ses faibles adhérences, le kyste épiploïque tend à s'affaisser, sitôt qu'il a été ponctionné, d'où le danger presque inévitable de l'épanchement d'une partie de son contenu dans la cavité péritonéale et la mort par péritonite. C'est ce qui a eu lieu dans le cas présent.

Que faudrait-il faire à l'avenir pour prévenir ce redoutable accident, dans les circonstances où l'on pourra présumer que l'on a affaire à un kyste de ce genre? M. Richet est d'avis qu'il faudrait avoir recours, dans ce cas, à la canule à développe-

ment, imaginée par Bardinet (de Limoges) pour la ponction de la vessie.

— A propos de quelques lignes relatives à la gravité des plaies du poumon par projectiles de guerre, publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 janvier dernier, M. le docteur Lombart s'est remis en mémoire le fait suivant, consigné dans ses notes de campagne.

Le nommé V... fusilier au troisième bataillon des mobiles de la Dordogne, reçut le 2 décembre 1870, à Nibelle, une balle qui lui traversa le côté gauche en intéressant le poumon, puis sortant de là, pénétra dans le bras et vint se loger sous la peau à la partie externe. Après avoir extrait la balle, et sorti des morceaux de vêtements qui pénétraient dans la poitrine, il le dirigea sur l'ambulance de Bellegarde, à peu près convaincu que sa blessure était mortelle. Ce pronostic ne se réalisa pas, puisqu'il a revu le blessé un an après, venant lui demander un certificat d'origine de blessure. Sa santé générale était excellente, mais le bras gauche avait perdu une partie de ses mouvements.

— Du rapport de M. Besnier, sur les maladies régnantes du premier trimestre de cette année, dont on a lu un résumé dans le compte-rendu de la séance de la Société médicale des hôpitaux du 11 mai (nº du 15), nous avons à relever plusieurs faits d'une importance capitale, non pour en faire la critique, bien loin de là, mais pour les accentuer au contraire et ajouter notre pleine adhésion aux réflexions qu'ils ont suscitées à l'honorable rapporteur et aux vœux déjà plusieurs fois réitérés dont ils ont été l'occasion.

Le premier de ces faits, est l'effrayante propagation de la diphthérie, tant dans les hôpitaux qu'en ville, qui réclame d'urgence des mesures prophylactiques, au premier rang desquelles, il faut placer l'isolement des diphthéritiques dans les hôpitaux d'enfants, et une étude sérieuse et persévérante des agents thérapeutiques qui ont donné, au moins partiellement, des résultats, dont il ne nous paraît pas qu'on ait tenu toujours et partout un compte suffisant.

Le deuxième fait, est l'utilité qu'il y aurait, au point de vue des maladies épidémiques et contagieuses, à constituer, indépendamment ou solidairement, si l'on veut, ce qui serait peut-être mieux encore, avec les conseils officiels institués dans le but de veiller aux intérêts de la santé publique, une forte organisation de la médecine publique, à laquelle tous les médecins de bonne volonté, seraient appelés à concourir et dont tous les efforts collectifs, convergeraient vers la réalisation de ce but commun si désirable, l'atténuation sinon l'extinction absolue des fléaux épidémiques qui déciment des populations. Puissent les nouvelles sociétés d'hygiène qui sont en voie de formation, contribuer utilement pour leur part à propager et à réaliser cette idée.

Dr Broghin.

THÉRAPEUTIQUE

Les arsénico-ferriques dans la médecine des enfants et des jeunes filles

Par M. le docteur Xavier Blanchin.

Le praticien qui, de nos jours, voudra jeter un coup d'œil général sur les maladies constitutionnelles de l'enfance, en y comprenant les jeunes filles jusqu'à l'âge de la formation pubère accomplie, ne peut manquer de voir qu'avec quelques agents thérapeutiques les plus connus, tels que ceux qui dérivent de l'arsenic, du fer, du phosphore et du soufre, on ferait le principal de la matière médicale.

Quel est l'enfant aujourd'hui, hormis le petit nombre de ceux dont la constitution organique ne laisse rien à désirer, dont les premières maladies atteignant trop souvent le système osseux, n'indiquent pas le bon emploi d'une petite dose de phosphate de chaux à titre rationnel de médicament substitutif. Car les os ne contiennent pas moins de cinquante pour cent de ce principe immédiat dans leur composition organique normale?

Quelle est la jeune fille, dans le grand nombre, dont les malaises et les débilités accusent au moins un défaut dans la vitalité du sang et la régularité des circulations, et dont l'état n'indique pas l'usage d'un peu de fer, aujourd'hui que nous savons que le globule sanguin, pour être dans sa condition physiologique, doit contenir l'élément ferreux?

Ainsi, de même que toute affection générale portant sur les humeurs et sur le sang réclame l'aide de l'agent martial, de même toute faiblesse dans les solides qui forment la charpente organique réclame l'usage rationnel du phosphate de chaux.

Quant à l'arsenic, dont la clinique moderne vient de mettre en relief les propriétés reconstitutives que ne lui connaissaient pas les anciens, sur les états fébriles intermittents, sur les maladies cutanées, sur les vices de certaines cachexies héréditaires ou acquises, sur les débilités respiratoires, etc., on comprend de quels secours il peut être dans la thérapeutique de l'enfance et des jeunes filles, qui sont ici l'objet de ces considérations.

Les soins avec lesquels on a mis ces trois médicaments à la disposition du praticien, prouvent d'ailleurs l'estime qu'on doit en faire en même temps que les services qu'ils rendent à la clinique. De quoi s'agit-il donc si les préparations de ces agents abondent et si on n'a entre eux que l'embarras du choix? Il s'agit d'un produit naturel qui, si on en juge par l'accueil que les médecins lui ont déjà fait, mérite sa préférence sur les autres. Nous voulons parler des sels de la source Dominique de Vals présentés sous forme de dragées.

Ce qui distingue les dragées de toutes les préparations qui contiennent le fer, l'arsenic, le phosphore, etc., c'est que les matières de ces agents, au lieu d'être les produit de l'art, ont une origine naturelle, car on les prend en totalité du dépôt naturel que font, à leur source même, les eaux minérales de la Dominique qu'on en sait si richement dotées. Si on ajoute à cela que, pour leur donner la forme de dragées, préparées dans le laboratoire de la Pharmacie centrale, qui y a mis tous les soins requis par la science, on se fera l'idée de ce qui a placé cette préparation, aussitôt connue, au premier rang de celles de son espèce.

Mais si on tient compte de ce que nous avons considéré particulièrement l'effet thérapeutique des trois agents au point de vue de l'enfance et des jeunes filles, on comprendra le nouvel avantage qui résulte pour l'administration du médicament, qu'il soit mis en forme de *bonbon*, attrayant pour l'œil et agréable au goût. Le médecin constate tous les jours les difficultés avec lesquelles on le laisse aux prises pour administrer des substances, sous les formes de préparation qui demandent de la bonne volonté et de la raison de la part du malade auquel il les ordonne.

Les dragées Dominique viennent donc remplir un besoin dans la thérapeutique des maladies qui font l'objet de cette note.

REVUE DE LA PRESSE

Polype naso-pharyngien. Électrolyse. Amélioration, par le docteur Viganoni, ex-chirurgien assistant de l'hôpital de Monza. — Casiraghi G..., vingt-huit ans, entre à l'hôpital pour des épistaxis répétées causées par une tumeur naso-pharyngienne. Les premiers troubles de l'odorat datent de 1871, la première épistaxis de 1873. Ce symptôme s'étant répété plusieurs fois en deux mois, le jeune homme finit par s'apercevoir de l'existence d'une tumeur pharyngienne pour laquelle il entra à l'hôpital en décembre 1873. A ce moment, on distinguait dans la moitié droite du pharynx une excroissance charnue de la grosseur d'un œuf de poule qui refoulait le voile du palais en avant. Avec le doigt, on pouvait arriver jusqu'à son point d'implantation sur l'apophyse basilaire; le pédicule était court,

large et résistant; un prolongement pénétrait dans la fosse nasale droite. La voix était nasonnée et la respiration pénible, surtout pendant le sommeil.

Le docteur Antonietti propose l'écrasement linéaire, mais comme il est impossible de passer une chaîne d'écraseur, on embrasse l'implantation de la tumeur dans une anse de fil de fer. Plusieurs tentatives n'eurent d'autre résultat que la rupture du fil. On finit cependant par enlever la tumeur qui était de nature fibreuse et avait le volume d'un œuf de poule.

Au bout de quelques mois, la récidive se fit, et les épistaxis reparurent de sorte que le malade dût rentrer à l'hôpital en janvier 1875. Les épistaxis étaient tellement abondantes qu'elles avaient affaibli le malade ; il se plaignait de plus d'une hémicrânie droite très-violente. Différents traitements furent essayés dans le cours de l'année.

Enfin d'après l'avis des docteurs Machiarelli et Ciniselli, on fait une première séance d'électrolyse, le 15 septembre. L'opération fut assez bien supportée. Pendant trois mois, on ne put constater aucune diminution de volume du polype, de sorte qu'il fut nécessaire de recourir une seconde fois à l'électrolyse le 8 décembre. Pas de résultat. Le 24 janvier 1876, troisième séance. Après la chute des escharres, on peut constater une légère diminution de la tumeur.

Quatrième séance le 10 février, et cinquième quinze jours plus tard. Depuis lors, la diminution de volume fut manifeste.

L'auteur eut l'occasion de voir le malade au mois d'août, trois mois après la dernière électrolyse, et put constater que la santé générale était florissante, que les épistaxis avaient disparu, et qu'enfin le polype était devenu extrêmement petit.

Malheureusement une nouvelle augmentation de volume obligea le malade à rentrer à l'ospidale maggiore de Milan, au mois d'octobre dernier. Le professeur Albertini put détruire le pédicule de la tumeur avec l'écraseur. Le malade n'a pas été revu depuis lors. — (*Annali universali di midicini e chirurgia*, 1877.)

Kyste hydatique de la cuisse. — (Observation recueillie par M. Jorwerth (Joseph), dans le service de M. Reeves, hospital for Women, Soho-Square. — M. B..., quarante-huit ans, admise à Shaftesbury le 8 janvier 1877, pour une tumeur située à la partie supérieure de la cuisse. La peau qui la recouvre est décolorée et légèrement chagrinée. Il s'écoule par une ouverture très-étroite, qui se trouve au sommet de la tumeur, un peu de pus de bonne nature. Quelques jours auparavant il est sorti par le même orifice, environ un verre à Bordeaux de sérosité claire. L'ouverture et l'état actuel de la peau se fait à la suite d'un coup, il y a une quinzaine de jours. La base de la tumeur est circulaire et son diamètre est de trois pouces et demi. Elle est élastique, fluctuante et mobile sur les parties profondes.

Cette tumeur aurait débuté il y a dix-huit ans. M. Critchett l'enleva une première fois en 1860; elle pesait alors deux livres trois quarts. En 1862, récidive; la nouvelle tumeur grossit lentement d'abord, puis plus vite.

Rien dans les viscères abdominaux.

11 janvier. — Extirpation (chloroforme). Incision de deux pouces de long, parallèle au grand diamètre de la tumeur. On s'aperçoit que c'est un kyste hydatique dont la vésicule principale en renferme beaucoup d'autres contenant elle-même des échinocoques. — (*Medical Times and Gaz.*, 1877, n° 1394.)

Kyste du corps thyroïde produisant des accidents de suffocation. — Enucléation. — Guérison. (Observation prise dans le service du docteur Macnaughton Jones, à Cork, hospital for Women and Children). — M. D.., quarante ans, déjà entrée dans un autre hôpital où on ne lui a procuré que peu de soulagement, vient dans le service de l'auteur, en juillet 1876.

La tumeur qui produit des accidents de suffocation par suite de la pression qu'elle exerce sur la trachée, a le volume d'un œuf de poule. Le docteur Jones voyant que l'énucléation est possible, se décide à la faire le 19 juillet.

Il fait pour cela, un peu à gauche de la ligne médiane, une incision verticale et longue de trois pouces ; puis, le kyste est amené en avant et fixé à l'aide d'un tenaculum.

Pas d'anesthésie.

Avec un bistouri étroit et arrondi vers son extrémité, on dissèque peu à peu le kyste, de manière à lui faire faire aisément saillie à travers la plaie de la peau.

La dissection est ensuite continuée avec le manche du ténotome et le bistouri en même temps que l'on a soin de lier ou de tordre chaque vaisseau qui donne du sang.

Après l'énucléation complète du kyste, les bords de la plaie sont réunis au moyen de fils métalliques et pansés avec l'acide salicylique.

L'opérée put quitter l'hôpital parfaitement guérie le 19 août. (*The Lancet*, 1877, p. 388.)

De la combinaison de la morphine et de l'atropine pour les injections sous-cutanées (Lagoda). — Souvent les narcotiques ne rendent qu'une partie des services que l'on attend d'eux. Dans certaines névralgies, par exemple, l'organisme s'habitue peu à peu aux doses données d'abord, et l'on est bientôt obligé de les élever à tel point qu'elles amènent des accidents toxiques. Afin de remédier à cet inconvénient, Frickenhaus a proposé de se servir alternativement ou en même temps de la morphine et de l'atropine. Lagoda a dû recourir à la même pratique pour un malade qui supportait mal la morphine, et s'en est bien trouvé.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une sciatique violente consécutive à une affection spinale. On la combattit d'abord par un quart de grain de morphine en injections sous-cutanées; non-seulement on ne produisit point l'amélioration espérée, mais encore on provoqua à chaque injection des vomissements et de la céphalalgie, qui persistaient pendant trois jours.

La codéine, le chlorhydrate de papavérine à dose d'un demi-grain, amenèrent un sommeil de cinq heures, suivi d'un affaiblissement qui dura deux jours. Le chloral ne calma point la douleur locale. C'est alors que Lagoda eut l'idée d'injecter une solution contenant 1/12 de grain de morphine et 1/50 d'atropine.

L'amélioration fut obtenue, et il n'y eut pas le moindre accident général. Pendant trois mois que la douleur persista, on ne fut jamais obligé d'élever la dose pour obtenir l'effet voulu.

La seconde observation a pour sujet une femme hystérique souffrant depuis plusieurs années d'une névralgie intercostale atroce, traitée sans succès par les eaux de Wildbad et l'électricité. Les plus légères doses de morphine déterminaient immédiatement des vomissements. La combinaison de la morphine et de l'atropine fut suivie d'un résultat aussi favorable que dans le premier cas. — (*Saint-Petersburger med. Wochenschrift*, 19/31 mars 1877, p. 99)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Le rapport de M. Nicaise sur le Bureau central des hôpitaux ;

2° Une lettre de M. Azam (de Bordeaux), membre correspondant, qui se défend d'avoir jamais réclamé de priorité pour l'emploi du drain dans les pansements des plaies, et dans laquelle il établit, en indiquant les articles de journaux, que plusieurs fois déjà et depuis longtemps il a protesté contre cette assertion.

M. Verneuil dépose : 1° au nom de M. Rousselot, médecin de l'armée, une note sur une méthode de traitement dont il a fait usage avec succès dans deux cas d'hémorrhagie des arcades palmaires. M. Verneuil fera un rapport sur ce travail.

2° De la part de M. Vicherat (de Nemours), une observation de tétanos *a frigore*, guéri par l'emploi du chloral sans autre médication.

M. Desprès offre à la Société un volume intitulé : *Chirurgie journalière*, et qui est le recueil des leçons cliniques qu'il a faites à l'hôpital Cochin.

RAPPORT

Spina bifida. — M. HOUEL donne lecture d'un rapport sur une pièce de *spina bifida* avec exostose cartilagineuse qui faisait saillie dans le canal rachidien, pièce présentée par M. Verneuil de la part de M. Spineux (d'Amiens), et provenant d'un enfant mort-né. Cette exostose, située au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires, divisait l'extrémité de la moelle jusqu'à deux centimètres avant sa terminaison en deux parties, entre lesquelles elle était engagée. Cette pièce intéressante et unique sera déposée au musée Dupuytren.

COMMUNICATION

Trachéotomie. Le thermo-cautère. — M. DE SAINT-GERMAIN a exposé récemment devant la Société le résultat de 96 opérations de trachéotomie en un seul temps sur lesquelles il ne s'est produit que trois hémorrhagies, dont une secondaire. Un autre accident est venu contrarier une nouvelle opération, qu'il a pratiquée le 27 avril dernier dans le service de M. Labric. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans, atteint du croup depuis huit jours et présentant un cou gros, court et gras, sur lequel les points de repère étaient difficiles à déterminer. L'enfant ayant été placé dans la position convenable, sur le dos et le cou en extension forcée, le chirurgien enfonça son bistouri, comme il a l'habitude de le faire, jusqu'à ce que la sensation de la résistance vaincue l'ait averti qu'il était dans la trachée, au lieu de suivre le précepte indiqué de s'arrêter à 1 centimètre et demi de profondeur. Mais il fut impossible d'introduire la canule. L'ouverture ayant été agrandie, la canule fut mise en place, mais l'enfant ne respirait pas davantage. Enlevée et replacée aussitôt, elle se trouva cette fois placée de telle façon que la respiration s'établit librement. L'enfant succomba à la maladie quatre jours après, et l'autopsie a démontré que la difficulté opératoire avait eu pour cause la pénétration du bistouri, puis de la canule, dans la paroi postérieure de la trachée. M. de Saint-Germain ne pense pas que cet accident doive être imputé à la méthode en un seul temps, car il n'y a pas de raisons pour qu'il ne se produise aussi pendant l'opération en plusieurs temps.

DISCUSSION

M. DESPRÈS reste toujours l'adversaire de la trachéotomie en un seul temps. Elle a été faite par M. Chassaignac qui fixait la trachée avec un tenaculum et qui y a renoncé. Les trachéotomes de MM. Maisonneuve et Sée ont été abandonnés aussitôt qu'inventés. La blessure de la paroi postérieure doit être faite souvent même par le procédé de Trousseau, et si on la rencontre rarement, c'est qu'elle est masquée par les fausses membranes et que les autopsies ne sont pas faites avec assez de soin. Trousseau recommande par dessus tout de faire l'incision de la trachée sur la ligne médiane et de ne pas blesser le pédicule du corps thyroïde. Il est impossible de faire correctement cette opération à travers la peau.

M. DE SAINT-GERMAIN reconnaît que le procédé de Trousseau est parfait à cela près qu'il est presque toujours impraticable chez les enfants. Pour éviter l'accident qui vient de lui arriver, il a fait faire, sur le conseil de M. Tarnier, un bistouri portant près de la pointe une mortaise par laquelle l'air pourra pénétrer dès que la trachée sera ouverte, et en avertir le chirurgien par le bruit qu'il produira. L'emploi du thermo-cautère pourrait être suivi de l'accident dont il vient d'être témoin.

M. VERNEUIL a eu connaissance de deux morts par hémorrhagie survenues la semaine dernière, par suite de l'emploi du bistouri pour la trachéotomie, l'une pendant l'opération, l'autre quelques heures après. Ces accidents auraient été évités avec le thermo-cautère.

M. TILLAUX serait partisan de l'emploi de cet instrument si l'on pouvait s'en servir jusqu'à l'ouverture de la trachée inclusivement. D'ailleurs, il est infidèle et deux fois déjà entre ses mains il a cessé de fonctionner au milieu d'une opération. Il s'agissait une fois de l'amputation de la langue et une autre fois, ce matin même, de l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.

M. DESPRÈS conseille de n'inciser la trachée que lorsqu'on la vue. Si une hémorrhagie se produit pendant qu'on la découvre, elle est due à l'incision du corps thyroïde ou de son pédicule, ou de quelque petite veine, car les grosses peuvent toujours être écartées, et d'ailleurs elle cesse dès que la trachée est ouverte. Si alors l'incision n'est pas suffisante pour l'introduction de la canule, on peut sans crainte couper les veines qui ne donneront plus de sang.

M. PAULET rappelle le cas qu'il a cité dernièrement, dans lequel il eût été impossible d'éviter les grosses veines qui s'entrecroisaient sur le devant de la trachée.

M. DESPRÈS a fait ou vu faire par ses collègues, en 1857, alors qu'il était interne à l'hôpital des Enfants, quarante-trois opérations de croup par le procédé classique. Une seule hémorrhagie s'est produite, et on a reconnu à l'autopsie que le pédicule du corps thyroïde avait été coupé.

M. VERNEUIL prend la défense du thermo-cautère qui, il le reconnaît, peut avoir des défaillances, mais toujours par suite d'une faute dans la manœuvre de cet instrument, et qui, d'ailleurs, peut être réparé sur le champ. Il faut l'allumer avec certaines précautions en pressant doucement la poire de caoutchouc, pour que toutes les vapeurs aient le temps de se brûler et n'encrassent pas le fil de platine. Ce n'est que lorsqu'il est bien allumé qu'il faut faire des insufflations plus rapides, sans jamais les exagérer. La fiole d'essence minérale doit contenir deux tiers d'air en hauteur, pour laisser un espace suffisant au dégagement des vapeurs. Elle ne doit pas être tenue dans la main, pour ne pas activer la production de ces vapeurs. Si, malgré ces précautions, l'instrument vient à s'arrêter, ce qui est toujours dû à une combustion incomplète, il suffit de le chauffer à une flamme de gaz, ou au coke, ou avec une lampe à alcool, munie d'une soufflerie qui fait chalumeau et que M. Paquelin a fait construire pour cet usage. La chaleur intense brûle le charbon qui s'est déposé dans la cavité, et l'instrument est réparé. Toutes ces manœuvres, quoique très-rapides, peuvent faire perdre un peu de temps quelquefois bien précieux; aussi, serait-il bon d'avoir toujours un couteau de rechange. Le thermo-cautère est un instrument excellent, merveilleux, appelé à rendre d'immenses services, et qui est déjà employé partout à l'étranger.

M. PÉRIER ajoute que la qualité de l'essence minérale n'est pas indifférente. Il suffit quelquefois de changer ce liquide pour voir fonctionner de nouveau un thermo-cautère qui s'est éteint.

M. VERNEUIL. La qualité de l'alcool est aussi importante. Si l'on a mis du sel dans l'alcool, comme on le fait dans les hôpitaux pour empêcher les infirmiers de le boire, il se produit du chlorure de platine qui est encore un obstacle au bon fonctionnement de l'instrument.

M. TRÉLAT. Le thermo-cautère ne peut être conduit à de très-hautes températures. Très-bon hémostatique, parce qu'il n'est nécessaire pour cette indication que de la chaleur au rouge sombre, il devient insuffisant si l'on veut cautériser énergiquement un tissu que l'on veut détruire. La puissance du galvano-cautère est alors infiniment plus grande.

COMMUNICATION

M. PINARD donne lecture d'une observation intitulée : *Insertion vicieuse du placenta; insertion marginale; présentations successives du siége et de l'épaule; version par manœuvres externes; application de la ceinture; accouchement en position iliaque gauche antérieure.* (Commissaires : MM. Guyon, Guéniot, Polaillon).

La séance est levée.

Séance du 16 mai 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente :

1° De la part de M. Poinsot (de Bordeaux), un travail manuscrit sur la *trachéotomie par le thermo-cautère* (Commission : MM. Verneuil, Gillette, de Saint-Germain) ;

2° De la part de M. Cusset (de Lyon), un mémoire sur l'*appareil respiratoire des vertébrés* ;

3° En son nom personnel, un volume composé de plusieurs mé-

moires de chirurgie déjà publiés dans différents recueils. Ces mémoires ont trait à la *chirurgie réparatrice.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Trachéotomie par le thermo-cautère. — M. DE SAINT-GERMAIN a assisté cette semaine à une trachéotomie pratiquée sur un adulte par M. Krishaber à l'aide du thermo-cautère. Le malade avait un cou court et large; l'opération a duré vingt minutes, et a été faite sans aucun accident. L'instrument, porté au rouge vif pour sectionner la peau, a été maintenu au rouge sombre pour sectionner les couches sous-jacentes, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La quantité de sang perdu jusqu'après l'ouverture de la trachée peut être évaluée à un quart de cuillerée à café, et cependant le lobe gauche du corps thyroïde a été un peu entamé. M. de Saint-Germain maintient ses réserves pour cette opération pratiquée chez l'enfant, la question ne pouvant pas encore être jugée; mais, pour ce qui concerne l'adulte, il la considère comme le meilleur de tous les procédés.

DISCUSSION

M. DESPRÈS fait observer qu'il est nécessaire de connaître les suites de cette opération avant de se faire une opinion. N'y aura-t-il pas d'hémorrhagie secondaire ? L'eschare ne sera-t-elle pas considérable? n'en résultera-t-il pas un rétrécissement de la trachée ? D'ailleurs cette opération a été faite pour un cancer du larynx et les cancéreux ont une tolérance extraordinaire pour les opérations. Il faudrait d'autres exemples pour d'autres cas.

M. VERNEUIL. On ne peut pas encore savoir ce que deviennent les malades trachéotomisés par le thermo-cautère, parce que l'emploi de cet instrument est encore trop récent, mais on sait ce que deviennent ceux qui ont été opérés par le galvano-cautère, et, jusqu'à preuve du contraire, on peut penser que les uns et les autres se comporteraient de la même manière. M. Verneuil a vu hier le premier malade qu'il a trachéotomisé par le galvano-cautère, il y a déjà cinq ans. La voix n'est pas très-claire, mais il était aphone avant l'opération, qui ne peut donc pas être mise en cause. Une autre opérée de la même manière a vécu dix-huit mois et a succombé à un cancer du sein, sans que rien se soit produit du côté de la trachée. Quant au thermo-cautère, les résultats primitifs de son emploi sont jusqu'à présent satisfaisants. L'assertion de M. Desprès relative à la tolérance dont les malades atteints de cancer jouissent pour les opérations ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire et mériterait d'être discutée devant la société. Le fait est reconnu exact pour les scrofuleux, mais n'est rien moins que prouvé pour les cancéreux. Velpeau était d'un avis contraire. Bergett, en Angleterre, a dressé une statistique qui arrive au même résultat. Une autre raison encore semble devoir faire rejeter de prime abord cette opinion, c'est que souvent le chirurgien se décide à opérer un cancéreux parce qu'il n'est pas encore cachectique en apparence, et qu'il n'est pas rare de voir la cachexie se révéler d'une manière formidable aussitôt après l'opération. On sait aussi que les cancéreux sont plus exposés que d'autres opérés aux érysipèles.

M. DESPRÈS. On compte plus de morts après l'ablation d'un lipôme ou d'un kyste de la cuisse, qu'après l'amputation de ce membre faite pour un cancer. Les opérations faites sur les tumeurs cancéreuses du maxillaire inférieur ne sont jamais suivies d'infection purulente.

COMMUNICATIONS

Rhinoplastie. — M. DESPRÈS fait part des résultats d'une rhinoplastie qu'il a pratiquée sur une jeune fille dont le nez avait été détruit par un lupus, les os propres étant conservés. L'opération a été faite six mois après la guérison du lupus, par un procédé autre que celui qui a été exposé devant la société par M. Ollier, il y a deux ans, et qui se rapproche de celui de Nélaton. Les lambeaux ont été taillés sur les apophyses montantes du maxillaire et suturés sur la ligne médiane, en utilisant ce qui restait des narines, à l'aide d'une aiguille fine et d'un fil de soie. Trois mois après, une nouvelle opération a été faite pour agrandir les narines. Trois mois plus tard, nouvelle opération pour refaire la sous-cloison. Le résultat est aujourd'hui assez satisfaisant, mais le nez reste plat, comme cela arrive avec tous les procédés, même avec celui de M. Ollier, lorsque la cloison du nez n'existe plus. M. Desprès a essayé de parer à cette difformité en soutenant le nez à l'aide d'une pièce prothétique dont il présente le modèle. La malade sera présentée à la société lorsque la pièce sera mise en place.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. TARNIER présente un nouveau *forceps à branches parallèles et à traction directe* qui a l'avantage de ne pas décomposer les forces de l'accoucheur et de ne pas léser les parties maternelles.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Azam (de Bordeaux), assiste à la séance.

COMMUNICATION

Du lymphadénome malin. — M. PAULET communique à la Société le fait suivant qu'il a observé en 1875, avec un confrère qui l'avait appelé en consultation : un jeune homme de dix-huit ans, dont la santé avait toujours été bonne jusqu'alors, était atteint depuis deux mois d'une adénite cervicale indolente, qui ne cédait pas aux moyens ordinaires. M. Paulet fit placer un vésicatoire dans le but d'obtenir la suppuration. Huit jours plus tard, la fluctuation étant manifeste, l'abcès fut ouvert; il s'en écoula une très-petite quantité de pus de mauvaise nature, et une mèche fut introduite dans le foyer. Quinze jours après, M. Paulet fut mandé en toute hâte et trouva le malade asphyxiant : le cou était volumineux, la voie altérée comme par un abcès rétropharyngien. Un débridement fut fait à l'extérieur jusqu'à la paroi pharyngienne, et laissa écouler un peu de sanie; le malade fut soulagé. Deux ou trois jours plus tard, la plaie était remplie de fongus; l'état s'aggrava rapidement, des hémorrhagies survinrent, et le malade mourut dix jours après dans le marasme. Il s'agissait d'un lymphadénome malin ayant envahi successivement les ganglions et toute la région du cou. M. Gosselin a observé un cas exactement semblable sur un jeune homme de vingt-deux ans.

DISCUSSION

M. VERNEUIL rappelle qu'une observation de lymphadénome des amygdales et du cou a été adressée récemment par M. Dubus, et remise à M. Trélat, qui doit présenter un rapport. Il a vu hier un malade de province, qui présentait la même affection, ayant débuté par l'amygdale, contrairement à celui que M. Paulet a observé.

M. TILLAUX a vu deux cas semblables. Le premier malade présentait une adénite cervicale ramollie, dans laquelle on avait passé un fil. Elle augmenta très-rapidement et le malade mourut d'asphyxie. Le second cas, a été observé par lui cette année, chez un homme qu'il avait opéré un an avant pour un petit épithélioma de la langue. Les ganglions cervicaux avaient pris un volume considérable ; il n'y avait rien à la langue. Une ponction laissa écouler 50 à 60 grammes de sérosité purulente, la tumeur s'affaissa, mais cinq jours après, le malade périt asphyxié malgré la trachéotomie.

M. DESPRÈS. L'état général doit servir de criterium dans ce cas, pour indiquer si l'on doit ou non toucher à des ganglions du cou suppurés.

M. PAULET. L'état général de ces malades, est souvent très-bon en apparence. Les malades atteints d'adénite cervicale encombrent les hôpitaux militaires, où on les soumet à un traitement propre à activer la suppuration, si la résolution ne se fait pas rapidement.

M. LARREY a présenté à l'Académie de médecine, en 1844 ou 1845, un mémoire sur l'*engagement des ganglions du cou, leur dégénérescence et leur extirpation.*

M. VERNEUIL. Le diagnostic différentiel que M. Paulet demande à ses collègues est très-difficile à établir entre les hypertrophies malignes des ganglions lymphatiques et les adénites simples. Il a commis aussi la même erreur que M. Paulet. Aujourd'hui, d'après son expérience personnelle, et d'après la thèse de M. Bergeron, il assignerait à ces tumeurs les caractères suivants : elles sont unilatérales, absolument indolentes ; elles causent seulement une grande gêne quand elles sont profondes. Les sujets sont ordinairement vigoureux et n'ont jamais eu de scrofules. Si on les abandonne à elles-mêmes,

elles s'accroissent, forment chapelet, ne s'abcèdent jamais, mais menaçent de s'ulcérer. La peau n'est presque pas adhérente à leur surface, au contraire de ce qui arrive dans les cas d'adénites simples suppurées.

M. FORGET. Ces tumeurs ont été étudiées autrefois sous le nom de cancer des glandes par Louis, Robert, Michaux. Elles occupent le même siége que l'adénite simple ou l'adénite scrofuleuse, mais leur surface est lisse, et la peau reste blanche et non adhérente.

M. AUGER a vu ces tumeurs se développer également sur des vieillards. Il en a observé deux cas à Bicêtre sur des hommes de soixante-deux et soixante-trois ans, qui ont succombé.

M. CRUVEILHER en a observé aussi un cas à la Salpêtrière. A l'autopsie, les ganglions cervicaux ont laissé écouler un verre de pus.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

38 Beugnon. Étude sur l'otorrhée et ses complications.
39 Petit. Recherches sur les relations qui peuvent exister entre l'excrétion de l'urée et le processus fébrile.
40 Gauthier. Des fistules gastro-cutanées.
41 Duvigneau. Eau minérale sulfureuse de Saint-Charles (Guadeloupe), considérations thérapeutiques.
42 Lemoine. Le décubitus aigu dans l'alcoolisme chronique.
43 Heydrenreich. Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia.
44 Vincent. Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice progressive et la paralysie générale des aliénés.
45 Mattraits. Quelques faits à propos d'une épidémie de tétanie.
46 Delaunay. Étude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet, d'origine congénitale.
47 Gravier. Étude sur la syncope : symptômes, définition, pathogénie.
48 Lecomte. Essai sur les complications osseuses et articulaires de l'ataxie locomotrice.
49 Lefebvre. De l'apoplexie spinale.
50. Nivard. De l'amputation dans la zone emphysémateuse des membres atteints de gangrène traumatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 mai 1877, M. Brunet, sénateur, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Waddington dont la démission est acceptée.

— M. le professeur Hébert, en son absence M. Velain, répétiteur à la Faculté des sciences, fera dimanche prochain 20 mai, une excursion géologique à Morigny, Étampes et Ormoy.
Rendez-vous à la gare d'Orléans, à six heures trois quarts précises.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, demain dimanche 20 mai, aux environs de l'Isle-Adam. — Rendez-vous à la gare du Nord à huit heures trois quarts pour le train partant de Paris à huit heures quarante-cinq minutes pour la station de l'Isle-Adam.

Du Traitement et de la guérison de l'anévrysme du cœur, par le docteur DUFRESSE DE CHASSAIGNE. — 1 vol. in-8° avec figures. Prix : broché, 7 francs; cartonné, 8 francs. — P. Asselin.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales. Notice médicale par le docteur Em. EMOND, médecin consultant au Mont-Dore. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 50. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Des moyens à l'aide desquels on peut diagnostiquer le diabète.

Je profiterai de la présence dans nos salles d'un homme atteint de diabète, pour vous dire quelques mots de cette affection et particulièrement des signes à l'aide desquels on peut arriver à la reconnaître.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de vingt-sept ans. Il s'était toujours bien porté quand, il y a environ trois mois, il s'est senti affaibli, il a maigri, et, en même temps, il a observé que sa puissance génitale avait singulièrement diminué. En outre, il avait dans la bouche, avec un goût fade, prononcé surtout le soir, une soif vive qui l'obligeait à boire continuellement. Pas d'autres symptômes : la vue était restée bonne ; pas de fièvre; aucun phénomène particulier du côté de la peau.

D'autre part, les urines présentaient les différents caractères physiques et chimiques que nous allons énumérer.

Leur quantité, depuis que ce garçon est à l'hôpital, a varié depuis 2,500 grammes jusqu'à 4,500, au lieu de 12 à 1500 gr. quantité normale. Elles sont très-claires, transparentes, ressemblant, pour ainsi dire, à de la limonade. Néanmoins, malgré cette apparence aqueuse, leur densité est de 1032. Enfin, l'analyse chimique y a démontré l'existence du sucre en quantité notable.

Il y a une trentaine d'années, un caractère physique assez important, le seul d'ailleurs sur lequel on appuyât alors le diagnostic du diabète, était la saveur sucrée de l'urine. Aujourd'hui la science a fait assez de progrès pour que le médecin soit dispensé de goûter les urines des malades. La chimie surtout a mis à notre disposition un certain nombre de moyens parmi lesquels je ne vous citerai que les plus simples, qui sont aussi les plus fréquemment employés.

Telle est d'abord la potasse caustique, en solution ou sous forme de grains, de fragments solides. Chauffée avec des urines qui renferment du sucre, elle donne immédiatement une coloration plus ou moins jaune, plus ou moins brune, dont l'intensité est en rapport avec la quantité de sucre. C'est un procédé excellent auquel je donne la préférence sur tous les autres et qui permet de reconnaître des traces extrêmement minimes de sucre.

Un autre moyen consiste à ajouter aux urines que l'on veut analyser, une petite quantité de potasse et de bismuth, on obtient ainsi une coloration noire qui indique la présence du sucre. On peut remplacer la potasse par du carbonate de soude qui donne le même résultat.

Après ces procédés, je vous citerai l'emploi de la liqueur de Fehling, de la liqueur de Bareswil. Il consiste à mettre en liberté le cuivre qui entre dans la composition de ces substances et qui est précipité par le sucre. Mais ce sont des moyens que l'on n'a pas toujours à sa disposition.

Un autre procédé qu'on a conseillé aux médecins de campagne ; c'est l'usage de morceaux de laine préalablement trempés dans une solution de bichlorure d'étain. Quand on veut examiner les urines, il suffit d'y plonger un de ces morceaux d'étoffe et de chauffer pour voir apparaître une coloration noire due à la précipitation de l'étain, qui indique la présenee du sucre. Mais c'est un moyen qui me paraît assez défectueux.

Pour arriver à examiner l'urine, et à y rechercher la présence du sucre, il faut y être amené par une induction, par l'existence d'un ou de plusieurs phénomènes qui peuvent mettre sur la voie du diabète. Celui-ci est, en effet, une maladie souvent méconnue et les malades en sont affectés parfois depuis longtemps, alors que ni eux-mêmes, ni le médecin ne l'ont soupçonnée. Cependant, pour un praticien intelligent il y a des indices qui éclairent le diagnostic jusque là méconnu : les uns que l'on a appelés, à tort, fondamentaux, les autres qui ne se rencontrent que de temps en temps.

Les caractères fondamentaux du diabète sont au nombre de cinq :

1° La glycosurie; — 2° La polyurie; — 3° La polydipsie — 4° La polyphagie ; — 5° L'autophagie.

On a eu tort de les appeler fondamentaux, car de ces cinq caractères, il n'y en a véritablement qu'un qui soit constant, la glycosurie. Les autres peuvent manquer ou être assez peu marqués pour échapper à l'observation.

La glycosurie ou présence du sucre dans les urines est révélée par plusieurs indices. On le reconnaît souvent à la présence, sur les vêtements, de taches grisâtres qui se réduisent en poussière quand on les gratte avec l'ongle. Les femmes, particulièrement, ont leur chemise tachée et empesée comme par des gouttes de sirop. Cela tient au contact prolongé de ce vêtement avec les urines. Chez les hommes, c'est ordinaire-

ment à la partie interne, quelquefois au dehors du pantalon qu'apparaissent ces taches blanchâtres.

Un autre phénomène qui accuse, dans certains cas, la saveur sucrée de l'urine et que l'on observe surtout à la campagne, c'est la présence autour du vase qui contient les urines, d'une grande quantité de mouches et de fourmis qui y sont attirées par le sucre. C'est là un caractère que j'ai vu signalé par des médecins de campagne, qui se sont ainsi trouvés éclairés par ce seul indice.

Quant à la polyurie, il semble, au premier abord, que ce soit chose bien facile de reconnaître quand un individu urine plus qu'il ne convient à l'état normal. Gardez-vous de croire cela, car il est bien rare que le malade se plaigne de sa polyurie et il faudra quelque chose de particulier pour éveiller votre attention. C'est ainsi qu'en le voyant fréquemment aller au dehors, s'absenter à chaque instant, vous pourrez, par hasard, diagnostiquer chez lui l'existence du diabète.

A côté de la polyurie, nous trouvons la polydipsie; caractère très-important sur lequel les malades, le plus souvent, ne pensent pas à appeler l'attention du médecin et qu'on ne découvre qu'en les interrogeant. On apprend alors qu'ils ont continuellement soif; c'est surtout le soir que ce besoin se fait sentir et ils ne se couchent jamais, disent-ils, sans avoir préparé une carafe sur leur table de nuit. Eh bien, presque toujours, ces gens sont des diabétiques.

Après la polydipsie, vient la polyphagie qui existe à un degré très-prononcé chez les diabétiques. Elle est loin d'être un caractère fondamental, car il n'est pas rare de trouver des individus affectés de diabète qui ont, au contraire, une répulsion invincible pour les aliments. Cependant, il faut savoir que, parmi ces individus que l'on appelle de gros mangeurs, il en est parfois qui sont diabétiques. M. Marchal, dans son livre si intéressant et si bien fait sur le diabète, raconte que Lherminier, le professeur du collége de France, qui a succombé à cette affection, laquelle fut ignorée, d'ailleurs jusqu'au jour de sa mort, de ses médecins et de lui-même, avait la réputation de manger énormément, et, comme on demandait à Béranger qui n'aimait pas Lherminier le motif de son antipathie. « Il mange trop, » répondit-il. Enfin, un autre caractère fondamental, c'est l'affaiblissement musculaire, l'amaigrissement, la pâleur, l'anémie, qui caractérisent la plupart des diabétiques.

Toutes les fois, en effet, que vous serez en présence d'un individu qui a maigri, qui est pâle, dont la force musculaire a notablement diminué, et chez lequel vous ne trouverez, dans l'état des différents organes, aucune cause qui puisse expliquer ces phénomènes; dans ces cas, interrogez les urines, et, presque toujours, vous trouverez dans celles-ci les causes de cet état: c'est-à-dire, soit du sucre, soit de l'albumine.

A côté de ces caractères, je dois vous parler encore d'un signe qui existe chez notre homme et qui a une grande valeur pour mettre sur la voie du diagnostic. Je veux parler de l'impuissance génitale qui est, en effet, un des premiers phénomènes signalant le début du diabète. Quand vous verrez des individus, qui jusque-là avaient joui de leurs facultés viriles, devenir faibles ou impuissants, si cet état ne coïncide pas avec une maladie autre et particulièrement avec une affection de la moelle épinière, soupçonnez le diabète, car c'est ordinairement ainsi que vous le découvrirez.

On trouve encore des indices très-précieux dans l'examen de la bouche et dans les symptômes qui peuvent exister de ce côté. C'est d'abord la soif vive, la sécheresse de la bouche dont je vous ai parlé. Outre cela, il y a chez certains malades un goût désagréable de la bouche, tantôt âcre, tantôt fade ou amer; d'autres fois, sucré. Mais ne croyez pas que le goût de sucre accusé par certains diabétiques et auquel on s'attend volontiers, soit constant: c'est, au contraire, celui que les malades accusent le plus rarement. C'est ce goût fade, pâteux, amer, parfois sucré, qui contribue encore à entretenir la soif.

Outre cela, je dirai qu'il y a fréquemment chez les diabétiques des phénomènes de stomatite caractérisés par l'existence d'aphthes fréquents; par de la coloration rouge de la langue, que l'on observe le plus souvent à la pointe et sur les bords, mais qui, quelquefois, occupe toute l'étendue de cet organe, cela donne l'aspect d'une langue affectée de muguet alors que celui-ci a été enlevé. Cet état s'accompagne fréquemment d'un sentiment de douleur et de cuisson.

Souvent encore, chez les diabétiques, les gencives se ramollissent, deviennent fongueuses, saignantes; les dents s'ébranlent et tombent, même sans être gâtées; chez d'autres, au contraire, elles sont cariées, c'est encore là un caractère à ne pas négliger.

De plus, ces individus ont fréquemment l'haleine mauvaise, acide; et, en effet, la salive examinée au moyen du papier à tournesol, au lieu d'être neutre comme à l'état normal, donne souvent lieu à la réaction qui caractérise les acides.

J'ajouterai à l'énumération de ces signes, un fait qui n'est pas très-connu et qui m'a mis quelquefois sur la voie du diagnostic du diabète: c'est l'existence d'un intertrigo de la commissure des lèvres. Chez certains diabétiques, en effet, on remarque assez souvent, à la commissure labiale, une rougeur qui s'étend au-delà et qui n'est autre qu'un véritable intertrigo labialis. Cette éruption, qui donne lieu à des cuissons, n'est pas un phénomène qui appartienne exclusivement au diabète, mais c'est une raison, quand on le rencontre, pour interroger les urines.

Du côté du tube digestif, nous trouvons deux caractères qui peuvent faire soupçonner le diabète: la boulimie, et quelquefois, ainsi que je vous l'ai dit, une répugnance complète pour les aliments, de la dyspepsie, des digestions pénibles, difficiles, etc.

Enfin, il existe du côté de la peau, des indices très-précieux. La plupart des diabétiques ont, en effet, une peau sèche, sur laquelle la transpiration ne s'exerce plus, où elle est du moins singulièrement diminuée. Ces phénomènes n'arrivent d'ailleurs que chez les diabétiques avancés et qui ont une quantité considérable de sucre dans les urines.

Mais il n'en est plus de même des diverses éruptions qui se manifestent du côté de la peau. Fréquemment, celle-ci est le siége de furoncles répétés, revenant huit, dix fois, par exemple, dans l'espace de six mois.

A côté des furoncles, je vous parlerai de l'anthrax qui est également très-commun chez les diabétiques. Il offre ce caractère particulier d'avoir un siége spécial et d'occuper le plus généralement la nuque, quelquefois le dos, les parties supérieures du corps.

Enfin, je vous citerai, comme propre aux diabétiques, une éruption particulière d'ecthyma gangréneux qui survient aux jambes et qui est caractérisée par des pustules plus ou moins larges. Celles-ci s'entourent d'un cercle gangréneux; puis la pustule se rompt, l'escarre tombe et à sa place on trouve une ulcération.

Mais quelque chose de beaucoup plus grave, c'est le phlegmon diffus qui survient pour la moindre cause chez les diabétiques et qui fréquemment entraîne la mort. C'est surtout la gangrène spontanée qui survient principalement aux membres supérieurs et que l'on a signalée depuis longtemps déjà,

comme pouvant mettre sur la voie de l'existence du diabète.

Enfin, on rencontre encore dans cette affection, du côté de la peau, d'autres phénomènes bien moins connus et qui ne manquent pas d'importance, car leur seule présence m'a souvent fait diagnostiquer le diabète chez des individus qui n'en soupçonnaient pas l'existence. C'est tantôt chez les femmes, du prurit aux parties génitales. Ces démangeaisons s'accompagnent d'abord d'une sorte de rougeur autour du méat, puis peu à peu, l'érythème s'étend aux petites lèvres, aux grandes lèvres, à la vulve tout entière, aux aines et souvent même à tout le ventre. Sous ce rapport, il m'est arrivé assez souvent de diagnostiquer le diabète chez des femmes, à l'existence d'un érythème s'égeant dans le pli sus-pubien. Dans ces cas, que la rougeur soit simple ou bien qu'elle soit accompagnée d'un peu de suintement, interrogez les urines; c'est un signe presque constant du diabète. La connaissance de ce fait est intéressante, parce que c'est un moyen, détourné mais certain, d'arriver au diagnostic,

On a cherché à expliquer ces phénomènes par le contact de ces parties avec l'urine sucrée, mais j'ai vu cette affection occuper des régions du corps que ne baignent jamais les urines et je crois qu'il faut voir là autre chose qu'une action directe de l'urine sur la peau. J'ai observé, en effet, cette éruption entre les deux mamelles, aux aisselles, derrière l'oreille, enfin à la commissure des lèvres. Il y a donc là un état particulier de l'économie et du sang, caractérisé par cette éruption ainsi que par des démangeaisons insupportables.

Ces phénomènes n'existent pas seulement chez la femme, chez l'homme encore on en voit survenir d'analogues. C'est ainsi que l'on observe des affections du gland, du prépuce, surtout quand celui-ci est un peu long. Entre celui-ci et celui-là, on remarque l'existence d'une sécrétion purulente, d'une balano-posthite particulière qui amène des démangeaisons extrêmement vives. De même, mais rarement, le gland est le siége d'un phénomène spécial. C'est une sorte de pseudo-membrane d'un blanc grisâtre, épaisse, recouvrant en partie ou en totalité le gland. On a trouvé dans cette membrane des champignons, et Friedrich, en Allemagne, a décrit un champignon spécial à la peau des diabétiques.

Souvent aussi, chez les hommes, on remarque une inflammation érythémateuse siégeant autour des bourses, et surtout un prurit analogue et tout à fait comparable au prurit vulvaire des femmes.

Je vous signalerai encore, comme signes du diabète, les troubles de la vue. Il existe, en effet, une variété de cataracte molle, propre à cette affection; fréquemment aussi, elle s'accompagne d'amblyopie due à l'altération de la papille optique ou à des dépôts rétiniens, etc.

Enfin, on a noté chez certains diabétiques, des douleurs névralgiques intenses, plus persistantes que celles que l'on observe ordinairement. Ces douleurs se manifestent surtout dans les mollets, dans les articulations du pied ; elles se prolongent pendant un temps très-long, pendant des mois, et, si dans ces cas de névralgie rebelles, vous avez soin d'examiner les urines, fréquemment vous y trouverez du sucre.

Tels sont, à peu près, les principaux signes qui peuvent révéler la présence du sucre dans les urines ; parmi eux, il en est qui vous paraîtront tout d'abord insignifiants ; néanmoins ils auront une valeur très-grande si vous savez les appliquer. Dans ces cas, le médecin, en face du malade, ressemble au juge d'instruction en présence du criminel : il cherche les indices de tous les côtés, il invoque un moyen qui le mette sur la voie. Ici, le crime c'est le diabète ; le criminel ce sont les urines : cherchez donc des indices de ce côté, parfois les plus légers, en les ajoutant les uns aux autres, et si vous avez soin surtout d'examiner les urines, vous conduisent au diagnostic.

Enfin, rappelez-vous ceci : c'est que de toutes les maladies méconnues, le diabète est la plus commune, quoiqu'on ait fait son histoire depuis longtemps. Il est, à la vérité, des cas dans lesquels on peut le méconnaître alors que le malade cache ses symptômes; mais c'est dans ces cas que l'on voit la sagacité du médecin s'exercer et qu'il doit savoir profiter du moindre indice pour arriver à établir son diagnostic.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

(Leçons et observations recueillies par M. Th. David, étudiant en médecine.)

II

DÉFINITION. — CLASSIFICATION.

La gingivite est caractérisée essentiellement par l'inflammation du tissu gingival.

Une telle définition ne saurait être regardée comme complète en raison de la diversité des formes qu'affecte cette maladie. C'est qu'en effet, ses aspects multiples en rapport avec la variabilité de ses causes, les différences dans sa marche, nécessiteraient autant de définitions particulières.

Aussi, nous efforcerons-nous dans le courant de cette étude, de suivre de près le processus inflammatoire dans toutes ses manières d'être, et d'en faire ressortir à l'occasion les caractères parfois si distinctifs.

Les auteurs anciens ont donné bien peu de place dans leurs ouvrages à l'étude de la gingivite : ils confondaient à peu près toutes les inflammations buccales sous le terme général de *stomatite*. Or il est facile de se convaincre par l'observation clinique que les diverses régions de la bouche ne s'enflamment pas au même degré. Le voile du palais, la voûte palatine, ne se prennent que très-rarement. Il en est de même du plancher de la bouche et de la langue. D'ailleurs, les affections de ce dernier organe, qui ne concourt pas, à proprement parler, à la composition des parois de la cavité buccale, constituent des maladies nettement distinctes, et que, depuis très-longtemps, on a séparées, à bon droit, des stomatites. Encore plus rare est l'inflammation isolée de la face interne des joues, les phlegmasies de cette région n'étant que la conséquence soit de traumatismes, soit de lésions du voisinage, soit de propagation simple d'un état analogue des gencives elles-mêmes. Les gencives, au contraire, exposées, comme nous le verrons, à des causes nombreuses d'irritation, s'enflamment avec une fréquence et une facilité très-remarquables.

Ces considérations nous amènent à penser que le plus grand nombre des stomatites des auteurs sont de simples gingivites, qui ne sont pas restées absolument localisées à la région alvéolaire.

En décrivant la gingivite proprement dite, nous croyons devoir mentionner brièvement certains états particuliers de la muqueuse gingivale qui, bien que touchant d'assez près à l'inflammation, ne méritent cependant pas d'être confondus avec

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 juin 1876.

elle. A peine pourrait-on les considérer comme un premier degré de ces affections; nous voulons parler des changements de coloration de la muqueuse gingivale. Tantôt par une exagération de coloration ou une pâleur relative, elles indiquent certains troubles circulatoires et traduisent la pléthore ou l'anémie générales. D'autres fois, limitée au bord libre des gencives (lisérés), la couleur paraît se produire concurremment avec l'ictére (liséré ictérique) ou sous l'influence de certaines poussières métalliques (lisérés métalliques), ou de particules charbonneuses (liséré du charbon, Gubler).

On a discuté longtemps le mécanisme de formation de ces lisérés, et aujourd'hui même, c'est là une question qui n'est point encore résolue. Après la description des gingivites, nous nous proposons de présenter quelques remarques à ce sujet.

Ces réserves étant faites au sujet des simples changements de coloration que l'on s'étonnerait de ne point voir figurer dans ce travail, nous allons sommairement établir les différentes formes de gingivites, que nous étudierons ensuite chacune isolément.

En raison de ses caractères particuliers de structure que nous avons indiqués plus haut, la gencive ne s'enflamme pas de la même manière que les autres muqueuses. Ainsi, un fait digne de remarque, c'est qu'elle n'est jamais frappée de cette forme d'inflammation dite catarrhale, qui est si fréquente dans les fosses nasales, dans le pharynx, le larynx, etc. Ce fait trouve son explication dans l'absence de glandes dites mucipares dans le derme de la muqueuse.

L'inflammation gingivale proprement dite se présente à des degrés variables d'intensité :

Pour les cas les plus légers, la lésion anatomique consiste dans un trouble circulatoire des couches superficielles du derme, qu'accompagne une exhalation séreuse, et par suite de celle-ci, la chute du revêtement épithélial, c'est la forme *érythémateuse* de certains auteurs, improprement qualifiée de *catarrhale* par d'autres, et que nous appellerons *gingivite simple*. Mais au point de vue du siége, il y a lieu d'établir encore une distinction, suivant que la gingivite est généralisée ou localisée à certains lieux d'élections. Cette distinction est surtout en rapport avec les différents genres de causes, et nous la développerons à propos de l'étiologie.

Nous devons toutefois mentionner dès maintenant la *gingivite aphtheuse*, dans laquelle l'épithélium se soulève par points, tombe et laisse à nu la surface du derme. C'est, en un mot, une érosion limitée de l'épiderme.

Dans d'autres circonstances, nous ne trouvons pas simplement une desquamation épithéliale et un peu d'hyperémie; on reconnaît alors des altérations profondes du derme, qui peuvent retentir parfois même dans le périoste et le tissu osseux sous-jacent.

C'est ainsi que, sous l'influence de mauvaises conditions de régime, d'hygiène, l'inflammation amène par places une mortification des éléments du derme, et donne lieu à de véritables ulcérations. Telle est la gingivite si spéciale dite *ulcéreuse* des soldats. Au point de vue anatomo-pathologique, il faut rattacher à cette forme les gingivites qui surviennent dans le cours de certaines maladies aiguës, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc. Elles amènent parfois des pertes considérables de substance, et à cet égard, méritent le nom qui leur a été donné de *gangréneuses*.

Dans le cours de certains états généraux, tels que le scorbut, la goutte, l'herpétisme, etc., qui semblent agir d'une façon spéciale sur la muqueuse gingivale, celle-ci est frappée d'une inflammation à marche ordinairement chronique, qui donne lieu à la production de fongosités très-vasculaires et saignant très-facilement. Cette forme, que l'on trouve à l'état type dans le scorbut, a reçu la désignation assez impropre de ramollissement. Nous l'appellerons *gingivite fongueuse*, pour rappeler son caractère anatomique si distinctif.

Lorsque la lésion se complique, comme dans le muguet, la diphthérie, par la production de fausses membranes, la gingivite est dite *membraneuse*.

Enfin, la forme certainement la plus fréquente est caractérisée par une inflammation franche très-vive, qui amène une véritable production purulente, diffuse dans l'épaisseur du derme; on pourrait l'appeler *phlegmoneuse* et en voir le type dans la gingivite mercurielle.

Il nous reste, toutefois, encore à mentionner un mode tout à fait particulier et encore bien peu connu, de l'inflammation gingivale. C'est lorsque le processus pathologique semble ne porter que sur l'élément cellulaire, lequel s'hypertrophie alors quelquefois d'une manière considérable et forme comme des tumeurs fibreuses. C'est la gingivite *hypertrophique* ou *scléreuse*.

Si donc, en ne tenant compte que des caractères anatomiques, nous voulions établir une classification des différentes formes de gingivite, nous serions conduit à donner le tableau suivant :

GINGIVITE	SUPERFICIELLE	*simple*
	PROFONDE	*phlegmoneuse*
		fongueuse
		membraneuse
		scléreuse ou hypertrophique.

Mais, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, il existe souvent des liaisons intimes entre telle forme anatomique et tel genre de causes. Aussi nous paraît-il utile avant d'établir une classification générale, d'examiner et de mettre à profit les données que peut nous fournir l'étiologie.

A ce dernier point de vue, la gingivite peut être considérée comme de cause externe ou de cause interne.

Dans le premier cas, elle naît sous l'influence d'irritants divers et très-nombreux, que nous pouvons grouper sous deux chefs : les agents *traumatiques* et les agents *toxiques*.

Par le premier terme, nous désignons toutes les causes qui agissent d'une façon immédiate et directe sur la gencive : contusions, blessures, boissons trop chaudes, astringentes, acidulées, caustiques, dépôts charbonneux, tartariques, etc. Elles amènent généralement la gingivite simple ; mais, en raison de leur action spéciale, quelques-unes donnent lieu à des variétés, et même à des formes nettement distinctes. Ainsi les dépôts de tartre amènent, sur le bord libre gingival avec lequel ils sont en contact, une légère inflammation qui se traduit sous l'aspect d'un liséré rouge limité aux lieux d'élection du tartre. Les dépôts de particules charbonneuses qui se font chez les fumeurs produisent aussi un liséré analogue, mais qui, au lieu d'être limité aux lieux d'élection des dépôts tartariques, occupe toute la partie antérieure des bords libres de la gencive.

Enfin, parmi les irritants traumatiques, on a encore signalé l'usage, dans certaines industries, d'appareils ou d'instruments que les ouvriers portent souvent à la bouche, et qui donneraient lieu à une gingivite à forme ulcéreuse. Telle serait la gingivite des ouvriers verriers décrite par Putégnat.

Les irritants toxiques sont des substances qui, introduites dans l'économie, amèneraient par une administration longtemps prolongée ou par de fortes doses, une inflammation de la muqueuse gingivale. Ces substances, dont on ne s'explique guère l'action, ont été signalées en assez grand nombre. Mais une seule a paru jusqu'à présent impliquer un cachet spécial à la gingivite, le mercure.

La gingivite de cause interne naît sous l'influence d'états généraux très-divers qui, mieux encore que les agents externes, peuvent lui donner une physionomie particulière. Comme nous l'avons déjà dit, la forme fongueuse se rattache particulièrement à ce genre de causes. Les formes membraneuses et ulcéro-membraneuses sont considérées aujourd'hui comme des symptômes d'états bien déterminés.

Dans certains cas, la gingivite paraît naître en dehors de toute cause externe ou interne, accessible au médecin. Elle est alors dite spontanée et revêt généralement la forme simple.

Ainsi, au point de vue purement étiologique, nous pourrions classer les gingivites de la façon suivante :

GINGIVITES	SPONTANÉE		
	PRIMITIVES (de cause externe)	TRAUMATIQUES	simple, tartarique, des fumeurs, industrielles, etc., etc.
		TOXIQUES	mercurielle, iodique, phosphorique, cyanique, fuchsinique.
	SECONDAIRES (de cause interne)		ulcéro-membraneuse, diphthéritique, scorbutique, gangréneuse, des femmes enceintes.

Ces deux essais de classification ont, en raison même de l'intervention exclusive des caractères tantôt anatomiques, tantôt étiologiques, le défaut commun d'être certainement fort incomplètes. Aussi avons-nous cherché, en groupant sans parti pris les divers éléments, à constituer une classification plus méthodique. C'est celle qui se trouve résumée dans le tableau suivant :

GINGIVITES	TRAUMATIQUES	avec dépôts charbonneux	g. *des fumeurs,*
		avec dépôts de tartre	g. *tartarique,*
		de certaines industries	g. *des ouvriers verriers,* etc., etc.
	ESSENTIELLES	superficielle généralisée	g. *simple,*
		superficielle localisée, érosions épithéliales	g. *aphtheuse,*
		profonde, suppurée du derme	g. *phlegmoneuse,*
		» avec fongosités	g. *fongueuse,*
		» avec masses hypertrophiques	g. *hypertrophique.*
	TOXIQUES	sous l'influence de c rtains médicaments ou poisons spéciaux	g. *mercurielle,* g. *iodique,* g. *phosphorique,* g. *cyanique,* g. *fuchsinique,* etc., etc.
	SPÉCIFIQUES	épidémique	g. *ulcéro-membraneuse,*
		liée à la diphthérie	g. *diphthéritique,*
		» au scorbut	g. *scorbutique,*
		» à certaines pyrexies	g. *gangréneuse,*
		» à la grossesse.	g. *des femmes enceintes,*

Tel sera le cadre de notre description. La méthode que nous avons adoptée dans cette classification n'est peut-être pas encore d'une rigueur absolue, car nous avons dû, comme on voit, faire intervenir pour la détermination des genres et variétés, tantôt l'élément anatomique de la lésion, tantôt l'élément étiologique, tantôt enfin l'un et l'autre à la fois. Nous demandons cependant la permission de la conserver ainsi, comme étant plus conforme, selon nous aux caractères mêmes si divers des différentes formes de gingivite.

Enfin, il est un autre ordre de lésions qui, bien qu'afférentes, jusqu'à un certain point à la gingivite, s'en éloignent souvent par l'absence de tout processus inflammatoire. Nous voulons parler de ces dépôts métalliques sous-épithéliaux qui surviennent dans certaines circonstances bien connues des cliniciens, c'est-à-dire des lisérés. Nous nous efforcerons, à ce propos, d'en déterminer non seulement les caractères, mais encore le mécanisme de leur production.

Les lisérés se subdivisent de la façon suivante :

LISÉRÉS GINGIVAUX	plombique, argentique, ferrique, cuprique, etc., etc.

C'est par leur étude que nous terminerons ce travail.

DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA (1)

Par M. le docteur A. HEYDENREICH
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — On peut diviser les fractures qui affectent la partie supérieure du tibia, en fractures qui siégent sur le tiers supérieur au-dessous de la tubérosité antérieure, et en fractures de l'extrémité supérieure proprement dite.

I. Les fractures qui siégent sur le tiers supérieur du tibia diminuent de fréquence à mesure que l'on s'approche de l'articulation. Elles sont transversales ou obliques, et sont accompagnées, dans la grande majorité des cas, de fractures du péroné. Cette portion de l'os présente encore des fractures longitudinales et des perforations. — Ces lésions, qui se rencontrent surtout à l'âge moyen de la vie, ne sont pas très-fréquentes. Elles sont dues, le plus souvent, à des causes directes ; cependant on les a vues succéder à une chute sur le talon ; ou encore à un vrai arrachement ; et les fractures indirectes sont, en général, voisines de la tubérosité antérieure. — Ces fractures s'accompagnent d'un gonflement et d'une ecchymose considérables, dus à l'abondance du sang extravasé. L'articulation du genou est fréquemment le siége aussi d'un épanchement. Quant au déplacement, il manque souvent; d'autres fois le fragment supérieur est attiré en avant; enfin, l'on a observé les déformations les plus variables. — Le pronostic est assez grave. Certaines complications, par exemple la gangrène, peuvent mettre la vie du malade en danger, ou nécessiter l'amputation, et, dans les cas les plus simples, la consolidation se fait avec une extrême lenteur, demandant en moyenne trois à quatre mois. Cette particularité semble due à la grande quantité de sang, qui s'épanche entre les surfaces fracturées. — La position à donner au membre est l'extension ; toutefois, lorsque le déplacement ne s'en trouve pas exagéré, une flexion légère sera préférable, en ce qu'elle exposera moins à la roideur du genou, qui est une suite possible du traitement.

II. Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia comprennent : 1° La divulsion de l'épiphyse supérieure de l'os; 2° l'arrachement de la tubérosité antérieure, qui reconnait comme cause la plus habituelle la contraction du triceps fémoral ; 3° la fracture isolée de l'un des condyles; 4° la fracture de l'extrémité de l'os dans sa totalité. — Cette dernière présente plusieurs variétés dans une première variété (fracture sous-condylienne), toute la partie articulaire est détachée de l'os ; cette portion peut être intacte, ou divisée en deux ou en un plus grand nombre de fragments ; d'autres fois, cette fracture se complique de pénétration.— Dans une deuxième variété, l'extrémité supérieure du tibia est éclatée en un grand nombre de morceaux. — Dans une troisième (fracture cunéiforme), la solution de continuité, très-oblique, part de la limite des surfaces articulaires, et dépasse le quart et même le tiers supérieur de l'os; le fragment

---

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, V° A. Delahaye et C°.

supérieur, dans ce cas, rappelle la forme d'un coin. Au lieu d'un coin unique, ce fragment peut figurer un double coin (fracture bicunéiforme). — Enfin, l'extrémité supérieure est le siége de fissures ou de fractures verticales qui, le plus souvent, sont des complications de solutions de continuité du tibia situées plus bas. — Le péroné est assez fréquemment intact dans ces diverses fractures. — Les fractures qui affectent l'extrémité supérieure dans sa totalité sont rares, et frappent surtout des personnes âgées. Elles reconnaissent des causes directes, ou bien succèdent à des chutes sur les pieds. L'expérimentation prouve, d'autre part, que, chez les sujets âgés ou de mauvaise constitution, elles peuvent avoir lieu par arrachement; ce qui est dû à la raréfaction du tissu spongieux des extrémités osseuses chez ces sujets. — Dans la symptomatologie, qui est assez obscure, nous signalerons principalement le gonflement du genou, avec ecchymose et épanchement articulaire. Parmi les déformations les plus remarquables, sont une dépression au-dessous de la rotule, en même temps que la jambe est reportée sur un plan postérieur à celui de la cuisse, et un élargissement de l'extrémité supérieure du tibia. — Le diagnostic est d'ordinaire difficile et la confusion est possible avec une contusion, une entorse, une luxation du tibia, une fracture du fémur. — Le pronostic est grave, même en l'absence de plaie. Ces fractures sont souvent mortelles; et, quand les malades guérissent sans amputation, la raideur articulaire est la règle. — Enfin, l'immobilisation doit porter aussi bien sur la cuisse que sur la jambe; et l'on mettra le genou dans une flexion légère, lorsque la position à donner ne sera pas commandée par la nature du déplacement. L'amputation est indiquée dans certains cas, et, en particulier, quand il y a plaie articulaire.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Éléments d'anatomie comparée des animaux invertébrés** (1), par le professeur HUXLEY, traduction par le docteur G. DARIN. — II. **Traité de zoologie** (2), par C. CLAUS, traduction par G. MOQUIN-TANDON. — III. **Principes de biologie** (3), par HERBERT-SPENCER, traduction par M. E. CAZELLES. — IV. **Leçons de clinique obstétricale** (4) **professées à l'hôpital des Cliniques**, par M. le professeur DEPAUL, rédigées par le docteur de SOYRE et revues par le professeur.

I. — En 1874, un journal de médecine anglais, *The medical Times and gazette*, publiait une série de leçons du professeur Huxley intitulées : « Notes on the Invertebrata for the use of students of zoology, being an outline of a course of lectures delivered from the chair of natural history in the University of Edinburgh. »

Il est inutile de dire le succès de ces leçons : le nom du professeur Huxley est européen et le monde savant a su apprécier le savoir immense et l'esprit philosophique de l'illustre maître de l'école royale des mines d'Angleterre.

Un de nos confrères, M. le docteur Darin (de Meudon), a eu l'excellente idée de traduire ces leçons. Il les a distribuées par chapitres, sections, etc. : il a demandé au « Manuel de zoologie » de Nicholson, les nombreuses illustrations qui devaient rendre le livre plus abordable à des débutants; enfin, il a fait suivre sa traduction d'un chapitre sur la distribution géographique des animaux et d'un glossaire donnant l'explication des mots techniques employés dans le corps de l'ouvrage.

Nous voici donc en possession d'une œuvre remarquable, mise au courant des recherches les plus récentes sur la matière. M. Darin n'a pas pensé avoir fait encore assez, il s'est adressé à l'un de nos plus savants naturalistes, M. le professeur A. Giard, et l'œuvre de Huxley s'est enrichie de notes complémentaires et d'un chapitre destiné à faire connaître aux étudiants les principes introduits par Lamarck et Darwin dans les sciences naturelles.

Le régime animal est divisé en protozoaires et métazoaires. Les métazoaires se subdivisent en vertébrés et invertébrés. Le livre que nous présentons aux lecteurs traite de l'étude des protozoaires et de tous les autres invertébrés.

Les « Éléments d'anatomie comparée des animaux invertébrés », sont un livre classique qui donnera certainement le goût de ces études à beaucoup de nos jeunes confrères.

II. — Près de ce livre élémentaire — titre peut-être trop modeste pour la science qu'il renferme — voici que nous trouvons une œuvre considérable, encore en cours de publication, mais qui ne tardera pas à être terminée, si nous en jugeons par la rapidité avec laquelle les quatre premiers fascicules ont paru, et l'ouvrage en renfermera sept.

C'est un nom bien cher à notre confrérie qui nous apporte cette œuvre nouvelle. M. G. Moquin-Tandon, le fils de notre si regretté maître, est professeur à la Faculté des sciences de Besançon. Frappé du succès si légitime obtenu par le célèbre professeur de Vienne, C. Claus, il a voulu nous faire connaître le « Traité de zoologie », et c'est sur la troisième édition allemande que M. Moquin-Tandon a fait porter sa traduction et ses notes.

On ne peut juger définitivement un ouvrage non achevé; nous allons donc nous borner à dire ce que la traduction nous présente actuellement.

Le « Traité de zoologie », s'ouvre par une première partie consacrée à la zoologie générale. Il fallait d'abord établir la distinction des corps organisés et des corps inorganiques. La distinction des corps vivants en plantes et animaux donne lieu à une très-bonne et très-intéressante étude, bonne à méditer par ceux qui se figurent que cette distinction ne présente point de difficultés. L'auteur aborde ensuite l'organisation et le développement des animaux en général. L'individu, l'organe, la cellule et le tissu cellulaire, l'accroissement et l'organisation progressive, le travail physiologique et le perfectionnement, la corrélation et l'association des organes, la structure et les fonctions des organes de la vie végétative, les organes de la vie animale, de reproduction, le développement, les générations; tels sont les premiers points d'abord étudiés. Un chapitre consacré à jeter un coup d'œil sur l'histoire de la zoologie, conduit le professeur Claus à donner la signification et la valeur de la classification zoologique, et c'est dans ce chapitre important, que sont discutés les problèmes si ardemment débattus de nos jours.

La zoologie générale est terminée, nous entrons dans la zoologie descriptive.

Le premier type offert à notre étude (protozoaires), est formé d'animaux de petite taille à structure simple, dépourvus d'organes et de tissus de cellules différenciés, à reproduction le plus souvent asexuelle.

Le second type (cœlentérés), est constitué par des animaux à organes cellulaires différenciés, à symétrie le plus souvent rayonnée, pourvus d'une cavité digestive centrale et d'un système de canaux périphériques qui viennent y déboucher.

Le troisième type (échinodermes), renferme les animaux à symétrie rayonnée, le plus souvent radiés suivant le mode quinaire, à squelette dermique incrusté de calcaire, souvent muni de piquants, présentant un tube digestif et un appareil vasculaire distincts, un système nerveux et des canaux ambulacraires.

Le quatrième type (vers), comprend les animaux à symétrie bilatérale. Corps inarticulé, annelé en forme de segments semblables (homonomes), pourvus de canaux excréteurs latéraux (vaisseaux aquifères). Jamais de membres articulés. L'embryon se développe sans qu'il se forme au préalable de bandelette primitive.

Le cinquième type (arthropodes), représente les animaux à symétrie bilatérale, à corps composé d'anneaux hétéronomes, portant des organes de locomotion articulés, pourvus d'un cerveau et d'une chaîne ganglionnaire ventrale. Le développement de l'embryon débute le plus souvent par la formation d'une bandelette primitive centrale.

Ces cinq premiers types sont étudiés dans les quatre fascicules

(1) Un volume in-12, prix 6 francs. Paris, Adr. Delahaye et Ce.

(2) Un volume grand in-8° de 1120 pages. Prix de l'ouvrage complet 20 fr. Paris, F. Savy.

(3) Un volume in-8°. Prix 10 francs. Paris, Germer Baillière et Ce.

(4) In-8°. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce,

actuellement publiés du « *Traité de zoologie* » de Claus. Chacun de ces types est divisé en classe, ordre et sous-ordre, et nous est présenté avec tous les développements que comporte l'état de la science.

On ne saurait trop remercier M. G. Moquin-Tandon de son exellente traduction et des notes dont il a enrichi l'œuvre du savant Viennois. Ces notes pour un lecteur français étaient nécessaires, la zoologie, comme toutes les sciences, étant frappée de cette maladie de la synonymie. Tous ceux qui s'intéressent à l'étude des sciences naturelles — et le corps médical n'en renferme-t-il pas le plus grand nombre, — verront avec une vive satisfaction, paraître le dernier fascicule, d'une œuvre dont le succès est aussi assuré dans notre pays que dans les pays de langue allemande.

III. La librairie Germer Baillière met en vente le premier volume des « Principes de biologie » de Herbert Spencer, dont M. E. Cazelles nous offre une traduction élégante.

Nous ne pouvons ici — en présence d'un seul volume — que réserver notre jugement et nous borner à dire que le but de l'ouvrage est l'exposition des principes généraux de la biologie, qui mettent en lumière les lois de l'évolution et qui y trouvent leur explication. Les principes spéciaux de cette science n'y figurent qu'autant qu'il est nécessaire pour servir d'exemple aux principes généraux.

Ce premier volume comprend les données et les inductions de la biologie.

Sous ce titre « Les données de la biologie », l'auteur étudie successivement la matière organique, les actions des forces sur la matière organique et la réaction de la matière organique sur les forces. Herbert Spencer essaie alors une nouvelle définition de la vie « La vie est la combinaison définie des changements hétérogènes, à la fois simultanés et successifs » : définition qui n'est, selon l'auteur lui-même, qu'approximativement correcte. Herbert Spencer étudie ensuite la correspondance de la vie avec le milieu ; le degré de la vie varie en raison du degré de la correspondance. Ces données étudiées, le domaine de la biologie peut être fixé.

La deuxième partie « les inductions de la biologie », est consacrée à la croissance, au développement, à la fonction, à l'usure et réparation et à l'adaptation. L'individualité, la genèse, l'hérédité, la variation, étudiées d'abord séparément, sont ensuite réunies dans une étude d'ensemble, et l'auteur termine cette partie par deux chapitres (classification et distribution).

L'évolution de la vie forme la troisième partie de ce premier volume. Ici nous sommes en pleine polémique (créations spéciales et évolution). L'auteur tient pour l'évolution, il rejette les créations spéciales. Pour faire triompher son hypothèse, il groupe avec art des arguments tirés de sa classification, de l'embryologie, de la morphologie et de la distribution. Mais le terrain semble se dérober sous ses pas et si ces divers arguments sont aujourd'hui monnaie courante dans le grand débat engagé, l'auteur n'a pu encore trouver les arguments tirés de la physiologie, arguments nécessaires à convaincre ceux qui, hypothèse pour hypothèse, préféreraient encore s'en tenir à celle des créations spéciales. Et certes cependant, on ne saurait refuser à Spencer un vigoureux effort en faveur de sa thèse, quand on le voit étudier la cause de l'évolution organique, les facteurs externes et internes de l'évolution, l'équilibration directe et indirecte, la coopération des facteurs, et clore cette discussion par sa convergence des preuves. L'auteur déclare qu'il est loin d'avoir épuisé les preuves, en semblable matière, il faut les épuiser. Porter la conviction dans un esprit et détruire une hypothèse sans valeur, mérite bien tout le développement d'une thèse.

Spencer se propose maintenant de « passer à l'étude des phénomènes plus spéciaux que nous présentent les structures et les fonctions des organes individuels. Si l'hypothèse, qui veut que les végétaux et les animaux soient des produits progressifs de l'évolution, est vraie, elle doit nous fournir la clef de ces phénomènes. Nous verrons qu'elle la fournit; et qu'elle donne par là d'innombrables preuves nouvelles de sa vérité. »

C'est ce que nous suivrons avec intérêt dans le second volume de cette traduction.

IV. Le troisième et dernier fascicule de ces leçons contient huit leçons (de la trente et unième à la trente-huitième) M. Depaul continue son étude sur la procidence du cordon ombilical : puis il étudie successivement, les procidences des membres, l'insertion vicieuse du placenta, les soins à donner aux femmes pendant le travail de l'accouchement physiologique, les soins à donner à l'enfant pendant le travail de l'accouchement physiologique.

Une intéressante étude sur l'anesthésie dans l'accouchement physiologique, et sur les suites de couches terminent cette œuvre dont le premier fascicule remonte à 1872.

De la Congestion pulmonaire rapide de l'œdème aigu du poumon avec ou sans expectoration albumineuse, leurs rapports réciproques, leurs rapports avec la pleurésie et son traitement. Étude de pathologie clinique, expérimentale et critique, par Pierre-J. Mercier, docteur en médecine et lauréat de la Faculté de Paris. — Grand in-8°. Prix : 2 francs. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a sursis aux importantes discussions qui sont à son ordre du jour, pour donner la parole à des médecins inscrits pour des lectures et qui aspirent, à des titres divers, à lui appartenir tôt ou tard. Elle a d'abord fait les honneurs de la tribune à M. Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, et à M. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Azam a exposé une méthode générale de pansement des grandes plaies, et particulièrement des plaies d'amputation, qui paraît donner, depuis quelques années, d'heureux résultats entre les mains des chirurgiens de Bordeaux. Aucun des éléments dont se compose cette méthode n'est nouveau en soi, mais c'est à leur heureuse combinaison sans doute et à une habile application qu'il faut attribuer les résultats favorables que nos confrères girondins paraissent en retirer. MM. Verneuil, Alph. Guérin et Gosselin, chargés de faire un rapport sur la communication de M. Azam, nous diront probablement ce qu'ils en pensent.

M. Courty a lu un travail dans lequel il a fait connaître l'une des particularités de l'histoire des hypertrophies du col utérin, sur lesquelles Huguier a appelé, il y a quelque vingt ans, l'attention des chirurgiens : l'hypertrophie partielle. C'est un chapitre à ajouter au très-bon livre de M. Courty, sur les affections chirurgicales de l'utérus.

M. Guyon a été appelé ensuite à faire une lecture de candidature pour la place actuellement vacante dans la section de médecine opératoire. Il a choisi pour sujet de cette lecture la description d'un groupe particulier de fibrômes d'origine aponévrotique et qu'il désigne, à cause de leur siége d'élection, sous le nom de fibrômes aponévrotiques intra-pariétaux.

Enfin notre collègue de la Presse médicale, M. de Ranse a lu une très-intéressante note sur l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme, dans laquelle il maintient, contrairement à l'opinion de l'un des membres éminents de l'Académie, et en se fondant sur des faits que sa pratique à Néris lui a donné l'occasion d'observer, la distinction que la plupart des gynécologues admettent aujourd'hui entre l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme ou spasme du vagin, de tous points assimilable au pharyngisme.

On trouvera dans le compte rendu de la séance un résumé de ces quatre communications.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Fissures à l'anus consécutives à un eczéma ancien.

Vous m'avez vu tout à l'heure, m'arrêter assez longtemps au lit d'une malade chez laquelle il y avait à faire, tout à la fois, le diagnostic et le commencement du traitement. Les phénomènes, dont elle se plaint, sont ceux que l'on rencontre dans cette maladie que Boyer a désignée sous le nom de fissures à l'anus; à savoir, des douleurs très-vives, très-intenses que cette femme compare à des piqûres d'épingles, survenant après les gardes-robes. Ces douleurs, qui existent depuis environ deux mois et demi, ne s'accompagnent pas ici de constipation opiniâtre, ni, du moins jusqu'à présent, d'écoulement vaginal ou uréthral. Comme il fallait très-probablement endormir cette malade pour la traiter, j'ai profité du sommeil anesthésique pour faire l'exploration du rectum et rechercher si ces douleurs étaient dues à des fissures simples ordinaires; si la malade présentait cette étroitesse de l'anus dont s'accompagnent souvent les fissures, ou une contracture que le sommeil anesthésique eût été impuissant à faire cesser complétement; si enfin il n'existait pas, autour de l'anus, quelque condylôme accusateur d'un chancre initial ou des plaques muqueuses.

Eh bien, je suis arrivé à un diagnostic qui n'est pas complet. Je sais qu'elle n'a pas d'hémorrhoïdes externes enflammées, pas davantage d'hémorrhoïdes internes. Je n'ai pas vu non plus, à l'anus, de ces élevures avec humidité qui caractérisent les plaques muqueuses de cette région. Elle n'a d'ailleurs ni phénomènes secondaires, ni végétations granulées qui fassent croire que les lésions de l'anus soient le fait d'une syphilis constitutionnelle ou d'une maladie vénérienne.

Mais a-t-elle un chancre? Je ne le crois pas, précisément parce que cette malade n'a pas de condylômes et qu'il est très-rare de voir l'ulcère primitif de l'anus exister sans cette lésion de la peau. Mais voici ce que nous avons trouvé. Il existe sur le pourtour de l'anus quatre ou cinq érosions. Celles-ci ne sont pas élevées, comme le sont les chancres en voie de destruction; elles sont au contraire rouges, granulées, vermeilles, semblables à des chancres en voie de réparation. Mais il n'y a aucun caractère distinctif entre un ulcère primitif à cette période et toute autre solution de continuité en voie de

réparation. De sorte que ces lésions paraissent être les mêmes que celles que l'on rencontre à la suite d'une constipation très-opiniâtre, et avoir été déterminées par le passage d'un bol fécal très-dense, comme cela se voit si fréquemment chez les femmes qui ont la peau très-mince, bien qu'il soit plus commun de n'observer qu'une seule fissure, deux au plus, et non cinq ou six, comme c'est le cas chez notre malade.

Mais ici, non seulement les solutions de continuité sont multiples, mais au lieu d'être allongées, d'occuper la partie extérieure de l'anus et de se continuer dans l'intérieur du rectum, en un mot, de présenter les caractères classiques des fissures, elles sont arrondies, et ne remontent dans l'intestin que jusqu'à une très-petite hauteur.

Y a-t-il au moins la contracture du sphincter qui accompagne fréquemment ces lésions? Eh bien, ce signe fait également défaut chez notre malade. Il est vrai, ainsi que je vous l'ai déjà dit, que je ne l'ai examinée qu'endormie; mais ordinairement la contracture persiste assez, pendant le sommeil anesthésique, pour offrir une certaine résistance à l'introduction du doigt dans le rectum. Ici, au contraire, nous avons noté un relâchement assez notable du sphincter, et à tel point même que nous avons pu pratiquer la dilatation forcée sans la moindre difficulté.

En résumé, nous nous trouvons donc, chez cette malade, en présence d'érosions multiples, en voie de réparation, sans condylômes, ni contracture très-prononcée du sphincter anal.

J'ajouterai, enfin, que tout autour de ces érosions, la peau présente une coloration grisâtre, qu'elle est épaissie, et ressemble par ces caractères à une de ces maladies de l'anus que j'ai décrites avec détails dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* sous le nom d'érythème et d'eczéma de l'anus, lesquels s'accompagnent parfois de gerçures très-douloureuses, mais non de fissure proprement dite.

Pour toutes ces raisons, le diagnostic que nous devons porter chez cette malade est donc celui-ci; érosions multiples liées à un eczéma ancien et probablement causées par les ongles sous l'influence de l'irritation qui suit la démangeaison à laquelle cette maladie donne lieu.

J'ai été sur le point de ne pas pratiquer la dilatation forcée, chez cette malade. Mais comme, en général, quand l'anus est douloureux, soit pendant, ou plus ou moins longtemps après la défécation, c'est toujours une chose utile que de faciliter la sortie des matières fécales en agrandissant le passage qu'elles doivent traverser; j'ai pensé par cette manœuvre arriver à calmer les douleurs.

Mais d'autre part, je ne me suis pas dissimulé que les érosions ne se cicatriseraient sans doute pas après la simple dilatation forcée, telle que l'ont conseillée Récamier et M. Monod pour les fissures ordinaires, et qu'il serait nécessaire de diriger contre elles un traitement spécial. Ce traitement, qui n'est autre que l'emploi des astringents et la séparation des surfaces excoriées, consiste dans l'introduction dans le rectum de petites mèches de charpie enduites de pommade de ratanhia et dont les brins sont appliqués sur la solution de continuité, et à séparer les surfaces excoriées par un peu de poudre de riz ou d'amidon.

II. Lipome herniaire (hernie graisseuse).

Nous avons en ce moment, dans la salle des femmes, une malade intéressante qui est entrée à l'hôpital, avec des douleurs vives siégeant dans l'abdomen et dans la région inguinale gauche déterminées par une hernie. Néanmoins, elle ne présentait ni constipation, ni vomissements, qui pussent faire croire à un étranglement de cette tumeur.

En appliquant la main sur la région de l'aine gauche nous avons senti, en dehors de l'épine du pubis, un peu en dedans de l'arcade fémorale, au dessous d'une ligne qui s'étendrait de l'épine du pubis à l'épine iliaque antérieure et supérieure, un gonflement assez douloureux à la pression. Qu'était-ce que cette tumeur? S'agissait-il d'une hernie réductible ou irréductible, d'une entérocèle ou d'une épiplocèle, ou enfin d'une entéro-épiplocèle, réductibles ou non?

Eh bien, il est évident que cette femme avait une hernie réductible, attendu que, quand elle toussait, le sac était projeté au dehors et qu'il lui suffisait d'exercer une légère pression sur la tumeur, pour la faire rentrer dans l'abdomen. Mais il était évident aussi qu'elle n'était réductible qu'en partie, et que, quels que fussent les moyens qu'on employât, une portion de la hernie continuait à faire saillie à l'extérieur. Or, cette partie irréductible était-elle formée par quelque chose sorti du ventre par l'anneau crural et ayant contracté des adhérences avec le sac herniaire?

Tout d'abord, il ne s'agissait pas de l'intestin, parce que nous n'avions pas les symptômes de l'étranglement. Mais n'était-ce pas l'épiploon, comme cela a lieu assez fréquemment? Je dois dire que je ne l'ai pas pensé, parce que la malade présente ce phénomène depuis très-longtemps et que je n'ai pas senti de prolongement dans l'intérieur de l'anneau. En effet, en déprimant la peau, en dedans de la tumeur, j'ai parfaitement senti l'orifice de la hernie. D'autre part, je n'ai pas constaté la présence d'un cordon par lequel la hernie se serait prolongée dans l'intérieur du ventre. Or, il est probable que, s'il s'était agi d'une épiplocèle, je n'aurais pas pu introduire mon doigt jusque dans le trou de la hernie, comme je l'ai fait, et que j'aurais senti, par le palper abdominal, la corde épiploïque. D'ailleurs, si ce diagnostic eût été vrai, le séjour au lit, le repos absolu, l'application de quelques cataplasmes, des purgatifs eussent fait rentrer la partie de l'épiploon herniée. Nous aurions été alors tout simplement en présence d'une épiplocèle qui, pendant quelque temps, aurait été irréductible. Mais, malgré le traitement, la tumeur étant restée jusqu'à aujourd'hui ce qu'elle était à l'entrée de la malade au point de vue des phénomènes physiques, j'ai pensé que nous avions affaire à une de ces tumeurs, désignées sous le nom de hernies graisseuses, qu'on rencontre très-fréquemment au devant des hernies crurales, quand on veut en faire le débridement. Rien n'est plus commun, en effet, que de rencontrer dans ces cas, au devant du sac herniaire, une accumulation de graisse beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal. Elle provient tout simplement de ce tissu cellulaire graisseux sous-péritonéal qui se trouve au niveau de l'anneau crural, en un mot du *septum crurale* comme l'a appelé M. Cloquet. Quand, en effet, sous l'influence d'un effort, il se fait une hernie, c'est d'abord le péritoine qui s'échappe à travers la paroi abdominale avec la couche de graisse dont il est revêtu; puis, une fois que le péritoine a franchi l'anneau crural, cette graisse s'hyperthrophie sous l'influence de causes diverses et vient former, au devant de la hernie, une sorte de tumeur comparable à un lipome.

Rien ne ressemble plus à l'épiplocèle que ces sortes de lipomes : c'est la même consistance pâteuse, la même sensation de lobules. On conçoit, dès lors, qu'il soit souvent assez difficile de distinguer une épiplocèle irréductible d'une hernie graisseuse. Mais le lipome herniaire, ainsi que je l'ai désigné, est en général plus superficiel que l'épiplocèle; il n'a pas un rapport aussi intime avec le collet de la hernie, enfin il ne donne

pas la corde épiploïque; et c'est pour ces raisons que les lipomes herniaires ou, si vous voulez, ces hernies graisseuses descendent dans le sac.

Mais pourquoi cette femme souffrait-t-elle? Parce que, dans ces cas, il survient quelquefois, sans cause connue, un peu d'inflammation dans l'intérieur de la hernie. C'est ce que Malgaigne a appelé justement la péritonite herniaire, bien qu'il ait à tort voulu établir une analogie entre les accidents de cette inflammation du sac et ceux de l'étranglement. Cette femme peut donc très-bien avoir eu un certain degré d'inflammation du sac herniaire et, en même temps, un peu d'inflammation de la graisse située au devant. Ces symptômes ont en effet complétement disparu aujourd'hui, mais la tumeur persiste à être irréductible.

Passons maintenant à la question de thérapeutique qui s'est posée pour cette malade. Elle a, avons-nous dit, un lipome herniaire irréductible, ou, si vous voulez, admettons que je me sois trompé et qu'elle soit affectée d'une épiplocèle irréductible? Quels moyens lui conseiller? Elle a, d'ailleurs, en outre, une hernie réductible qui, si elle était abandonnée à elle-même, pourrait très-bien s'étrangler. Pour la mettre à l'abri de ces accidents auxquels la hernie peut donner lieu, il importe, en premier lieu d'exercer sur les parties herniées une compression journalière, habituelle, qui empêche l'intestin ou l'épiploon de descendre dans le sac. Mais comment les maintenir dans ces conditions, c'est-à-dire avec une tumeur arrondie, volumineuse, au devant du sac? C'est alors qu'il est utile d'employer un bandage à pelotte concave qui, au moyen d'un revêtement de coton, se moule d'abord sur la portion irréductible de la hernie, puis ensuite, par l'intermédiaire de cette partie irréductible, exerce sur la hernie une compression qui l'empêche de sortir.

Mais il y a là un point de pratique difficile que je recommande à votre attention. Cette femme est entrée à l'hôpital avec des accidents inflammatoires; elle souffrait de son sac, très-probablement aussi de sa hernie graisseuse, ces parties sont restées douloureuses de sorte que, lorsqu'on lui a parlé de bandage à pelote concave, elle a poussé les hauts cris et s'est absolument refusée à le porter. Vous rencontrerez très-fréquemment, dans votre pratique, des oppositions de ce genre, surtout chez les femmes qui sont ennuyées, fatiguées de porter des appareils. Voici alors ce que j'ai fait et ce dont je vous engage à conserver le souvenir. J'ai conseillé à cette malade de s'habituer peu à peu à la pression exercée par le bandage, à le porter d'abord un quart d'heure, puis une heure, enfin à attendre ainsi que la tolérance s'établisse. Celle-ci me paraît devoir survenir par la disparition progressive du reste de l'inflammation, par l'accoutumance des nerfs de cette région à la la compression exercée par le bandage, et surtout, par l'intermédiaire de la bonne volonté de la malade. Aujourd'hui, en effet, la sensibilité des premiers jours a disparu progressivement, et actuellement cette femme peut supporter son bandage presque toute la journée.

VALEUR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SANG

POUR DÉMONTRER LA TRANSFORMATION DE L'HÉMOGLOBINE EN PIGMENTS BILIAIRES ET URINAIRES

Par M. le docteur Paul CAZENEUVE.

On connait tous les faits fournis par la pathologie en faveur de cette opinion que les pigments biliaires et urinaires dérivent de la matière colorante du sang.

Dans toutes les maladies où l'on voit diminuer les globules sanguins (intoxication saturnine, variole hémorrhagique, intoxication par le phosphore, l'hydrogène arsenié, etc.), on constate une augmentation constante du pigment urinaire, l'urobiline. Cette augmentation d'urobiline est précédée souvent d'une teinte ictéroïde des téguments, due à la transformation rapide de la matière colorante du sang dont les produits de transformation s'épanchent dans le tissu cellulaire sous-cutané, avant d'être excrétés par les voies urinaires. (Ictère hémaphéique, Gubler, Bouchard.)

Dans les vastes épanchements de sang sous la peau, suite du traumatisme, on constate des transformations locales de la matière colorante du sang. On connaît ces gammes de coloration que prennent ces vastes ecchymoses à mesure que la résorption de l'hémoglobine s'effectue. Le malade a souvent une teinte subictérique généralisée (ictère hématique traumatique, docteur Antonin Proust, 1875) et les voies urinaires excrètent une quantité de matière colorante plus considérable tant que durent les phénomènes de résorption. Dans certains cas d'ictère biliaire, qui ne peuvent s'expliquer par résorption de la bile, on a prétendu que l'hémoglobine pouvait se transformer dans le sang en bilirubine et imprégner les téguments. (Kühne.)

Afin de confirmer ces vues fournies par la clinique sur la transformation de la matière colorante du sang en pigments biliaires et urinaires, divers expérimentateurs ont pratiqué des injections sous-cutanées de sang chez des animaux. Les résultats ont été contradictoires. Les uns ont reconnu une augmentation cellurobiline dans les urines à la suite de ces injections; d'autres n'ont obtenu aucun résultat, Quelques-uns ont prétendu trouver des pigments biliaires.

Nous avons repris ces expériences avec une rigueur toute scientifique, afin de nous rendre compte du phénomène exact de métamorphose. Prenant deux lapins de même poids, soumis au même régime, nous leur avons injecté sous la peau, à l'un du sérum sanguin, à l'autre du sang défibriné. Recueillant les urines quotidiennement, nous n'avons pas reconnu l'augmentation du pigment urinaire ni l'apparition de pigment biliaire chez le lapin qui avait reçu de l'hémoglobine.

Nous avons fait deux expériences avec du sang défibriné.

Dans une expérience nous avons injecté dix centilitres de sang, dans une autre vingt centilitres.

Nous avons été plus loin. Pensant faciliter à l'organisme la tâche de transformation vis-à-vis de la matière colorante du sang, nous avons injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'hématine, c'est-à-dire ce produit de dédoublement de l'hémoglobine qui a des relations chimiques immédiates avec la bilirubine et l'urobiline. Nous avons fait cinq expériences en variant les doses de cinq centigrammes à dix centilitres: l'hématine était dissoute dans l'eau à la faveur de la soude. Chez un des lapins, nous injections une simple solution de soude. Si le pigment urinaire augmentait chez le lapin soumis à l'influence de l'hématine, cette augmentation devait être le résultat de la seule variable intervenue, le pigment sanguin.

Dans toutes nos expériences nous n'avons trouvé ni bilirubine dans les urines ni augmentation de l'urobiline.

Nous concluons de nos expériences que les injections sous-cutanées de sang sont complétement défavorables pour démontrer la transformation du pigment sanguin en pigment urinaire et pigment biliaire.

Le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas le lieu où s'opère cette transformation, que nous admettons d'ailleurs d'après les données pathologiques, et surtout chimiques; cette transformation, en effet, ne peut s'effectuer que dans des organes spéciaux qui ont ce rôle physiologique déterminé. Si la matière colorante était absorbée rapidement, une fois injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'expérience pourrait peut-être donner quelques résultats; en effet, cet apport rapide de matière colorante absorbée pourrait être suivi d'une modification immédiate dans les organes spécialement dévolus à cette modification. Mais, au contraire, nous avons constaté dans nos autopsies que la matière colorante se résorbait très-lentement. L'hémoglobine du sang défibriné ne paraît pas subir de transformation. Dans les ecchymoses résultant de traumatisme le phénomène est tout autre, l'attrition des tissus les a mis dans un état morbide spécial qui peut opérer des modifications locales de la matière colorante accusées par des variations de coloration. Dans les injections

sous-cutanées de sang rien de semblable, les tissus n'ont pas été contus, l'action locale est nulle.

Les résultats contradictoires obtenus par les divers expérimentateurs qui ont pratiqué ces injections, tiennent à des causes secondaires dont ils n'ont pas, à notre sens. assez fixé la valeur (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs de 100,000 fr. fait par M. le docteur Demarquay.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin des épidémies de l'arrondissement de Langres (Haute-Marne), pour l'année 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une copie du testament de M. le docteur Dambesse (de Brunehamel, Aisne), qui fait à l'Académie un legs de 10,000 francs ;

2° Des plis cachetés déposés, l'un par M. le docteur Surmay (de Ham), l'autre par feu le docteur Aimé Martin. (Acceptés) ;

3° Un mémoire sur le frambœsia, par M. le docteur de Rochas.

PRÉSENTATIONS

M. Empis présente, de la part de M. le docteur Boudant, un volume intitulé : *Les Eaux minérales du Mont-Dore*.

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Bigot, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bonneval, un volume intitulé : *Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale*.

M. Vulpian présente : 1° au nom de M. le docteur Barié, une brochure ayant pour titre : *Étude sur la ménopause*; 2° de la part de M. le docteur Alison (de Baccarat), une brochure ayant pour titre : *Contribution à l'etude physiologique d'amanita muscaria ou fausse oronge*.

M. Richet présente : 1° au nom de M. le docteur Armand Després, un volume intitulé : *La chirurgie journalière, leçons professées à l'hôpital Cochin*; 2° au nom de M. le docteur Charles Richet fils, un volume intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité;* 3° en son propre nom la cinquième édition de *l'Anatomie chirurgicale*.

M. Hardy, à l'occasion de la communication faite mardi dernier, par M. Lasègue, sur l'épilepsie, demande que cette question soit mise à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

LECTURES

Mode de réunion des grandes plaies. — M. Azam (de Bordeaux), donne lecture d'un travail sur un nouveau mode de réunion des grandes plaies, particulièrement des plaies d'amputation.

L'objet de ce travail est de répandre une méthode générale, dont l'expérience, dit l'auteur, démontre l'utilité et dont les dangers sont nuls et les avantages éclatants. Voici en quels termes il résume ce travail :

Les chirurgiens de Bordeaux, emploient depuis environ dix ans, une méthode particulière de réunion des plaies d'amputation et d'autres grandes plaies opératoires.

Cette méthode est basée sur cette idée générale ; réunir par première intention toutes les parties qui peuvent être réunies, faciliter la suppuration de celles qu'on ne peut se dispenser de laisser suppurer.

Elle compte trois temps, le drainage profond, la suture profonde et la suture superficielle. Son succès n'est certain que, par l'emploi simultané d'au moins deux de ses temps, le drainage et la suture superficielle ou de la suture superficielle seulement.

D'après une enquête sommaire nécessairement incomplète, elle a été mise en pratique dans deux cent-deux cas, et ses succès comme sûreté et rapidité de guérison ont été tels, que tous les chirurgiens qui l'ont mise en usage, l'ont définitivement adoptée.

Il est à désirer, que son emploi se généralise et qu'elle remplace les usages opératoires anciens sur lesquels on peut médiocrement compter. Rien ne s'oppose à ce que tous les chirurgiens n'aient pas ainsi les mêmes succès, que ceux de l'école de Bordeaux.

Le travail de M. Azam est renvoyé à l'examen d'un commission, composée de MM. Verneuil, Alph. Guérin et Gosselin.

Hypertrophies partielles du col de l'utérus. — M. Courty (de Montpellier), lit un travail sur les hypertrophies partielles du col de l'utérus, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

L'hypertrophie partielle du col de l'utérus, est l'augmentation de volume limitée en un point de cet organe.

Il ne faut pas la confondre avec les tumeurs proprement dites du même organe.

Elle existe sur les parties périphériques ou sur les parties qui forment les parois même de la cavité cervicale.

Cette hypertrophie partielle des parois de la cavité du col est la moins connue et la plus importante à connaître.

Elle existe le plus souvent sur la ligne médiane.

Elle est souvent congénitale, tenant à un arrêt du travail de résorption de la cloison qui sépare primitivement les deux utérus, et dont les pilastres de l'arbre de vie sont les vestiges.

L'irritation des excès de coït, l'inflammation du col après l'avortement où l'accouchement, l'engendrent aussi ou l'augmentent.

Elle siège souvent au niveau de l'orifice vaginal, moins souvent au niveau de l'isthme, plus rarement dans la partie moyenne.

Les signes subjectifs, sont quelquefois ceux d'une métrite profonde ou de la dysménorrhée (pour l'hypertrophie profonde), toujours la stérilité. Le plus souvent, il y a contraste entre la stérilité persistante et l'absence d'accidents dysménorrhéiques.

Le signe objectif le plus marqué est la forme semi-lunaire de l'orifice du museau de tanche ; pour l'hypertrophie supérieure, l'obstacle au cathétérisme ; la dilatation par l'éponge préparée et le cathétérisme permettent de la distinguer de l'antéflexion ou de l'antécourbure.

Le traitement consiste en moyens généraux et locaux résolutifs (fondants, bains, injections, pessaires médicamenteux, hydrothérapie).

Les moyens spéciaux sont la dilatation par des tentes d'éponge préparée, les scarifications saignantes ou caustiques pour l'hypertrophie siégeant à l'isthme cervico-utérin, l'ignipuncture simple ou double pour l'hypertrophie siégeant à l'orifice vaginal.

La guérison de l'hypertrophie partielle du col, entraîne la guérison de la stérilité. (Renvoyé à la commission des correspondants).

Fibrômes aponévrotiques intra-pariétaux. — M. Guyon, candidat pour la section de médecine opératoire, lit un travail intitulé : *Étude sur les fibrômes aponévrotiques intra-pariétaux, et en particulier sur ceux de la région cervico-dorsale*.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Les fibrômes aponévrotiques intra-pariétaux forment un groupe pathologique bien défini.

2° Ces tumeurs ont été presque exclusivement observées dans la paroi abdominale antérieure et dans la région cervico-dorsale.

3° On les a jusqu'à ce jour exclusivement rencontrées chez la femme.

4° Elles ont toujours été observées pendant la période de la vie qui répond à l'activité sexuelle.

5° Leur marche est irrégulière ; elle paraît être influencée par les fonctions génitales, menstruation, grossesse.

6° Ces tumeurs peuvent rapidement acquérir un énorme développement, mais elles restent toujours incluses dans la région où elles ont pris naissance.

7° Elles ne s'insèrent pas directement sur les os, elles sont d'origine périostique.

---

(1) Ces expériences sont publiées *in extenso* dans une thèse présentée actuellement à la Sorbonne pour le doctorat ès sciences naturelles intitulée : *Étude sur les métamorphoses de la matière colorante du sang et de ses rapports entre les pigments biliaires et urinaires.*

8° Elles sont opérables à toutes les périodes de leur développement, l'opération est, en général, facile et rapide.

9° Dans la paroi abdominale, elles peuvent secondairement prendre adhérence avec le péritoine, ce qui a conduit les chirurgiens à réséquer une partie du péritoine pendant l'opération.

10° Ces tumeurs ne paraissent pas soumises à la récidive ou tout au moins ne se reproduisent que sur place.

11° Leur extirpation est donc indiquée et constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé. (Renvoi à la section de méd. opérat. constituée en commiss. d'élection).

De l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme. — M. F. DE RANSE donne lecture d'un travail sur ce sujet.

L'auteur rappelle d'abord les opinions contradictoires émises sur la nature et les rapports réciproques de l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme ou contracture spasmodique du vagin, entre autres celle de Marion Sims, qui réunit intimement les deux ordres de phénomènes en une seule et même maladie, et celle de M. le professeur Gosselin, qui nie l'existence, la possibilité même du spasme vaginal, et rapporte à l'hyperesthésie vulvaire seule les troubles fonctionnels attribués au vaginisme.

Trois faits, que M. de Ranse a observés à Néris, lui permettent d'établir une indépendance absolue, dans certains cas, entre l'hyperesthésie vulvaire et la contraction spasmodique du sphincter vaginal.

Dans le premier, il s'agit d'une dame de trente-deux ans, mère de deux enfants, qui a été vue par deux membres de l'Académie et adressée à M. de Ranse avec le diagnostic : *Hyperesthésie vulvaire, hématurie vaginale dépendant du spasme du col de la vessie.* Chez elle, en touchant légèrement la face interne des lèvres, un peu au-dessus de la fourchette, jusqu'au niveau du méat, on provoquait une sensation extrêmement pénible. La malade avait de la peine à marcher; il lui semblait que ses lèvres s'ent'rouvraient, et la douleur se propageait au bas-ventre. Il y avait des spasmes du sphincter anal et du sphincter vésical, mais le sphincter vaginal en était complétement exempt; le toucher des parties hyperesthésiées, l'introduction du doigt et du spéculum, ne provoquaient pas la moindre contraction.

La seconde malade est une névropathe qui, à beaucoup d'autres phénomènes, joignait une hyperesthésie de la fourchette et du périnée, rendant la marche et la position assise parfois très-pénibles. L'introduction d'une canule à injection, du doigt, du spéculum, était très-douloureuse, mais ne provoquait aucune contraction spasmodique du sphincter vaginal.

La troisième observation a trait à une jeune dame qui, mariée depuis deux ans, n'avait pu, par suite du vaginisme dont elle était atteinte, accomplir l'acte conjugal. Cette dame était hystérique et présentait, entre autres phénomènes, un spasme de l'œsophage, avec lequel le spasme du vagin présentait une frappante analogie. La vulve, en effet, n'était plus, comme dans les deux cas précédents, le siége d'une hyperesthésie; on pouvait, sans provoquer de douleur, toucher la fourchette et la face interne des lèvres; mais dès qu'on cherchait avec le doigt à franchir l'anneau vulvaire, on sentait une puissante contraction qui empêchait de pénétrer plus loin sans employer une certaine force; un spéculum conique et bien graissé, introduit et abandonné à lui-même, était expulsé comme une bougie conique l'est d'un canal de l'urèthre, qui est le siége de contractions spasmodiques. Aucune lésion à la vulve ni au vagin. Le spasme vaginal semblait se produire quand on voulait franchir l'anneau vulvaire, exactement comme le spasme œsophagien se produisait quand le bol alimentaire franchissait l'isthme du gosier.

Du rapprochement de ces trois faits et des considérations qu'il expose à ce propos, M. de Ranse conclut que l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme ou contracture spasmodique du sphincter vaginal sont deux affections qui s'associent fréquemment, mais qui peuvent aussi s'observer indépendamment l'une de l'autre et que, par conséquent, elles doivent être étudiées et décrites séparément, quelque opinion d'ailleurs que l'on se fasse de leur nature ou de leur pathogénie.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 mai 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Érythème pellagreux. — M. BOUCHARD fait une communication sur ce sujet. On sait, dit-il, que l'érythème pellagreux est un érythème solaire; on doit donc pouvoir le produire à volonté en exposant aux rayons solaires des parties habituellement couvertes. On s'est demandé ce qui, dans les rayons solaires, produisait l'érythème; M. Charcot ayant montré que l'érythème apparaît chez des individus maniant la lumière électrique avec tous les caractères de l'érythème solaire, on en a conclu que l'érythème solaire se produisait beaucoup moins sous l'influence de l'intensité des rayons caloriques que sous l'influence de l'intensité des rayons chimiques. M. Bouchard a montré, en effet, que c'est avec les rayons violets du spectre solaire qu'on obtient l'action la plus intense, tandis que les rayons rouges, les rayons caloriques, n'agissent que très-faiblement et très-lentement. Ayant eu l'occasion d'observer un homme qui avait un érythème pellagreux des mains, il a fait exposer au soleil l'avant-bras de cet homme recouvert de diachylon, sauf en un point où avait été pratiquée une sorte de fenêtre; cette partie, la seule découverte, avait été touchée, dans la moitié inférieure de son étendue, par une solution de sulfate de quinine, et a été ainsi exposée au soleil pendant une demi-heure; or l'érythème s'est seulement produit sur les points qui n'avaient pas été touchés par la solution de sulfate de quinine. L'expérience a été répétée trois fois, et trois fois elle a donné le même résultat. Il est donc hors de doute que l'application sur la peau d'une solution de sulfate de quinine protége cette peau contre l'érythème solaire.

M. PAUL BERT fait remarquer les relations qui existent entre ces faits et ceux qu'il a communiqués à la Société relativement à des expériences sur le caméléon. On sait, en effet, que si on approche une lumière d'un caméléon présentant, par exemple, une coloration jaune paille, cette coloration, sous l'influence de la lumière, va devenir brun foncé. Ce phénomène se produit aussi bien chez l'animal endormi que chez l'animal éveillé. M. Bert a montré également que c'était plus particulièrement les rayons bleus du spectre qui déterminent ces changements de coloration. Il a fait remarquer, en outre, que c'est une action purement locale qui, chez le caméléon, produit ces phénomènes.

Des effets, chez le chien, d'injections sous-cutanées de certains alcaloïdes. — M. LABORDE présente trois chiens auxquels ont été pratiquées des injections sous-cutanées : chez l'un, de sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme; chez un autre, de sulfate de cinchonine, à la dose de 75 centigrammes, et chez le troisième, de sulfate de cinchonitine, à la même dose. Le premier, sous l'influence du sulfate de quinine, a eu des vomissements et présente une perte complète de la sensibilité générale.

Le second, sous l'influence de la cinchonine, offre une série d'attaques épileptiques vraies, absolument semblables à celle qu'on observe chez l'homme, avec chute, cri initial, convulsions toniques, puis convulsions cloniques, écume à la bouche, morsure de la langue et stertor. M. Laborde fait observer que jamais on n'a produit chez le chien une attaque épileptique aussi nette, aussi semblable à celle de l'homme.

Enfin le troisième chien, sous l'influence de la cinchonitine, après quelques attaques convulsives, se rapprochant plus ou moins de l'attaque épileptiforme, est pris d'un tremblement particulier analogue à celui de la *paralysis agitans.*

Ces expériences permettent de constater bien nettement les effets physiologiques différents de ces trois alcaloïdes : la quinine, la cinchonine et la cinchonitine. Elles permettent, en outre, d'affirmer que, dans un certain nombre de cas, où on administre aux malades des doses un peu fortes de ces substances, on s'expose à déterminer chez eux des accidents de ce genre.

M. Laborde reviendra ultérieurement sur cette intéressante question.

M. BOCHEFONTAINE dit qu'on détermine chez le chien des attaques épileptiques à la suite de l'intoxication par le plomb, ou de lésions expérimentales du cerveau.

M. LABORDE ne le nie pas; il fait seulement observer qu'il n'a jamais vu chez le chien une attaque épileptique aussi nette et aussi complète.

M. MAGNAN dit qu'un médecin russe a produit de même des attaques épileptiques chez le chien par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine ou des injections d'essence d'absinthe.

M. LABORDE a constaté que le sulfate de quinine ne donnait pas d'attaques aussi franches que le sulfate de cinchonine.

M. JOLLY dit que le sulfate d'atropine, en injections sous-cutanées, produit des convulsions analogues.

Du cuivre. — M. GALIPPE présente une brochure intitulée : *Observations critiques pour servir à la défense de Salvatore Daniele, accusé d'avoir empoisonné sa maîtresse, Giuseppina Gazzaro, avec de l'acétate tribasique de cuivre.* Voici en peu de mots le résumé de l'affaire. En 1872, un moine, Vincenzo Palazzo, revenant d'Amérique, descendit à Naples chez des gens dont il séduisit la fille, Giuseppina Gazzaro, âgée de quinze ans. Ayant été chassé de cette maison, Giuseppina le suivit et vécut avec lui. Mais Vincenzo lui ayant déclaré qu'il allait repartir en Amérique, elle s'enfuit, lui emportant 13,000 francs. N'ayant pas été retrouvée, elle fut condamnée par contumace à cinq ans de prison. Le 22 septembre 1875, les employés de la gare de Rome, ayant constaté qu'une malle non réclamée exhalait une odeur insupportable, l'ouvrirent et y trouvèrent le corps d'une femme plié en deux qui fut reconnu pour être celui de Giuseppina. Elle avait le ventre ouvert et rempli d'étoupe et de sel. La police se mit aussitôt en campagne pour retrouver le meurtrier. Un jour, dans la maison où elle avait résidé en dernier lieu, on trouva, dans un tas d'immondices, des enveloppes de lettres déchirées sur lesquelles on lisait : M. Salvatore Daniele, strada Madalena, 20. On manda cet homme, aujourd'hui accusé, à la questure. Pressé de questions, il avoua qu'il avait conduit la Giuseppina à Naples, où elle était tombée malade, et où elle mourut au bout de quatre jours avant qu'il ait cru seulement devoir appeler un médecin. Perdant alors la tête, il aurait ouvert le ventre de la Gazzaro, en aurait retiré les intestins et les aurait jetés dans un égout où le courant les emporta. Il restait une certaine quantité d'organes et de fragments de viscères que l'accusé jeta dans une fosse d'aisances, où ils furent retrouvés. Puis Daniele remplit ensuite la cavité abdominale avec du sel et de l'étoupe, et ayant placé le cadavre dans une malle, il l'expédia à Rome à une adresse quelconque.

Daniele est donc accusé d'avoir été le complice de la Giuseppina dans le vol du moine, et d'avoir ensuite tué celle-ci avec de l'acétate tribasique de cuivre. On a trouvé une certaine quantité de ce sel dans une des poches d'un de ses pantalons et sur un meuble. Des experts ont constaté que le corps de la Gazzaro n'avait été ouvert qu'après la mort.

La défense a demandé à M. Galippe son avis sur la question d'empoisonnement par l'acétate tribasique de cuivre.

Pour qu'un empoisonnement soit établi d'une façon scientifique, dit-il, trois conditions sont nécessaires : 1° il faut que des symptômes concordant avec l'action physiologique du poison aient été observés pendant la vie; 2° il faut que des lésions anatomiques correspondantes soient trouvées après la mort; 3° il faut que le poison lui-même soit directement retrouvé par des procédés chimiques. Or, dans le cas dont il s'agit, les symptômes manquent absolument. Pour les lésions anatomiques, de l'aveu même des experts, il a été impossible de distinguer ce qui devait être attribué à la putréfaction de ce qui était le fait du toxique ingéré. Quant au fait de la présence du cuivre dans les organes de la Gazzaro, M. Galippe s'y étend longuement, discute de point en point tous les arguments invoqués par les experts en faveur de l'empoisonnement, et, s'appuyant sur les nombreuses expériences qu'il a faites, et dont nous avons donné le résumé dans nos comptes rendus de la Société de biologie, déclare, en terminant, que la Gazzaro n'a pas été empoisonnée par un sel de cuivre, parce que les sels de cuivre ne sont pas des poisons, mais seulement de violents vomitifs; et qu'en raison de leur saveur désagréable, il n'est pas possible de les faire absorber mélangés à des aliments liquides ou solides, à une personne jouissant de ses facultés intellectuelles, sans que celle-ci en soit immédiatement avertie.

M. GALIPPE fait une seconde communication, également relative à l'innocuité des sels de cuivre, à l'occasion d'une note communiquée par M. Decaisne à l'Académie des sciences, et ayant trait à des cas d'empoisonnement par le cuivre chez des individus prenant de grandes quantités d'absinthe; il démontre que dans ces cas les quantités de cuivre absorbées sont tellement minimes qu'il est absolument impossible qu'elles produisent le plus petit accident.

Examen de l'oreille moyenne et de l'oreille interne dans un cas de mort par pendaison. — M. GELLÉ, au nom de M. Lacassagne et au sien propre, présente des pièces anatomiques prises sur un pendu.

M. Lacassagne se rappelant les lésions si nettes et si caractéristiques que l'on trouve décrites dans le travail de M. Gellé sur l'oreille des nouveau-nés morts par asphyxie pendant le part, a pensé à chercher les lésions analogues, chez l'adulte, en cas d'asphyxie soit par strangulation, soit par pendaison. La persistance des altérations anatomiques de l'oreille fœtale lui faisait espérer de trouver là un signe sérieux médico-légal de la mort par pendaison. C'est le résultat de cette étude des oreilles d'un pendu que M. Gellé présente à la Société.

Le pendu, homme de trente-cinq ans, fut trouvé encore chaud; le visage peu défait, le faciès pâle, les yeux non ressortis, la langue non pendante entre les dents; nulle trace de relâchement des sphincters : cet aspect semble indiquer une mort rapide. Le sillon caractéristique est presque circulaire, sans suffusions sanguines; le larynx est sain, les poumons congestionnés seulement en arrière, le cœur plein de sang fluide, le cerveau offre à peine une injection limitée à la surface des circonvolutions occipito-pariétales droites.

En résumé, lésions insignifiantes. L'oreille, ouverte par un trait vertical passant immédiatement en arrière du conduit auditif externe, montre les cellules mastoïdiennes tout à fait normales et la caisse saine; nulle trace de congestion ou d'hémorrhagie, pâleur générale. Une anomalie pouvait induire en erreur au premier aspect : en effet, l'apophyse mastoïde gauche est vide d'air et totalement remplie d'un tissu spongieux très-injecté, brunâtre, lequel est séparé de cellules aériennes par une lame épaisse de ligne compacte. L'autopsie est donc négative. L'auteur se propose de poursuivre cette étude.

De l'otite dans la broncho-pneumonie. — M. GELLÉ met ensuite sous les yeux de la Société la coupe des oreilles d'un vieillard mort de bronchio-pneumonie. On y voit très-accusées les lésions de l'otite générale suraiguë à la période de congestion; ici la fluxion a été telle qu'il y a presque hémorrhagie. La muqueuse rougie remplit aux trois-quarts les cellules mastoïdiennes; des caillots sanguins, des plaques ecchymotiques couvrent le tissu pultacé inconsistant de la membrane. La caisse est pleine de ce magma constitué par un liquide séro-sanguinolent des caillots et de lambeaux de muqueuse entremêlés, au milieu desquels les osselets disparaissent englobés. La membrane du tympan, lisse encore sur sa face cutanée et d'aspect bleuâtre, opaque, offre un notable épaississement, dû surtout au gonflement de la muqueuse qui revêt sa face tympanique. Aucune suppuration, pas de mucosité, le pharynx a sa muqueuse excessivement épaissie, gorgée de sang noir et couvertes de plaques hémorrhagiques; la fossette de Rosenmuller a disparu sous l'hypertrophie des glandes et du tissu muqueux, qui offre l'aspect des amygdales enflammées. La membrane muqueuse de la trompe d'Eustache s'enlève au moindre attouchement; elle a relativement subi peu de gonflement; elle est beaucoup moins vasculaire et sa couleur tranche assez nettement sur la rougeur des muqueuses pharyngées et tympaniques. On voit là les lésions de l'otite générale suraiguë, à la première période, succédant à la pharyngite.

Valeur des injections sous-cutanées de sang pour démon-

trer la transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires et urinaires. (Voir plus haut.)

L'hématine peut-elle se transformer en hémoglobine? — M. CAZENEUVE fait une seconde communication sur ce sujet.

M. Horand, dit-il, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1874, a prétendu que l'hématine pigment ferrugineux dérivé de l'hémoglobine, sous l'influence des agents chimiques, était propre à reconstituer de l'hémoglobine dans le sang: de là l'importance de l'hématine dans la chloro-anémie comme médicament. Cet expérimentateur s'est basé sur les observations suivantes qui, à notre sens, sont mal interprétées :

1° Il fait prendre de l'hématine à un chien avec ses aliments; il reconnaît que la lymphe puisée dans le canal thoracique est plus colorée qu'avant l'ingestion d'hématine; donc cette dernière est absorbée ;

2° Il injecte dans le torrent circulatoire d'un chien une solution d'hématine ; il examine quelque temps après le sérum au spectroscope, il ne trouve pas la bande d'absorption des solutions alcalines d'hématine; donc, dit-il, l'hématine disparaît, que devient-elle?

3° Il prend une quantité de sang défibriné à peu près égale à celle du chien précédent mis en expérience, il y verse une solution alcaline d'hématine égale à celle précédement injectée ; il étend d'eau, examine au spectroscope, il ne trouve que les bandes de l'oxyhémoglobine; donc, dit-il, l'*hématine devient hémoglobine;*

4° Il examine au spectroscope une solution d'hémoglobine, reconnaît les deux bandes caractéristiques; il ajoute une solution alcaline d'hématine petit à petit à la solution d'hémoglobine; il croit remarquer que les bandes de l'hémoglobine augmentent d'intensité ; donc, dit-il, l'hématine se transforme en hémoglobine;

5° Il examine au spectroscope une solution relativement concentrée d'hématine : il reconnaît la bande caractéristique. Il ajoute peu à peu une solution d'hémoglobine. Il voit bientôt la bande alcaline de l'hématine disparaître, et les bandes de l'oxyhémoglobine seules être visibles. Donc l'hématine devient hémoglobine.

Nous avons refait ces expériences et nous avons reconnu un fait fondamental qui est celui-ci : *une solution très-étendue d'hémoglobine donne les deux bandes caractéristiques de cette substance; au contraire, il faut une solution relativement plus concentrée d'hématine pour avoir la bande caractéristique.* Tous les phénomènes observés par M. Horand s'expliquent, une fois admises ces propriétés spectrales fondamentales. *Le simple fait des dilutions des liquides dans une opération ou dans l'autre,* explique la disparition de la bande d'hématine, et l'apparition des deux bandes de l'hémoglobine qui sont sensibles dans des solutions très-étendues, comme nous venons de le dire. Admettre que l'apparition ou la disparition des bandes de l'hématine ou de l'hémoglobine indique une transformation, est une erreur d'interprétation de fait fondamentale.

Du reste, *à priori,* en se basant sur les données générales de la chimie, il n'est pas plus admissible qu'un peu d'hémoglobine ajoutée à une solution d'hématine transforme cette dernière en hémoglobine, qu'il est admissible qu'un peu de sulfate de potasse ajouté à de l'acide sulfurique transforme ce dernier en sulfate de potasse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Jules Drivon vient d'être nommé, après concours, médecin des hôpitaux de Lyon.

— MM. les docteurs en médecine qui désireraient faire partie du service médical de l'Hippodrome, sont invités à adresser leurs demandes le plus tôt possible à l'administration de cet établissement, avenue de l'Alma, 3.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 60. — SAMEDI 26 MAI 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 26 MAI 1877. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Aphasie.

« Malgré les recherches si nombreuses entreprises dans ces dernières années sur l'aphasie, disions-nous il y a plus de dix ans dans cette Revue, il reste encore beaucoup à faire avant que ce sujet ait été réellement étudié sous toutes ses faces, et surtout avant que l'on ait déduit de cette étude toutes les conséquences théoriques et pratiques qui doivent en découler. »

Les faits se sont beaucoup multipliés, on a beaucoup étudié cette question depuis que nous écrivions ces lignes; tout ce qui a été vu, tout ce qui a été écrit pendant cette période, tend de plus en plus à confirmer, à peu d'exceptions près, la loi générale de localisation de la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche du cerveau, formulée par M. Broca, à qui revient tout l'honneur de cette importante découverte, ainsi que M. Bouillaud, qui y a cependant lui-même une assez belle part, le proclamait il y a quelques jours du haut de la tribune académique. Mais nous venons de le dire, il y a des exceptions. Ces exceptions, quelque rares qu'elles soient, ne laissent pas que d'être un peu gênantes et il n'en faut pas moins leur faire une place dans l'histoire, si embarrassantes qu'elles soient pour la physiologie pathologique. Il y a, en outre, des degrés, des nuances infinies de combinaisons et de complications dans les éléments de ce phénomène si complexe de la parole, que l'anatomie seule ne saurait résoudre, et au milieu desquels l'analyse psycho-physiologique la plus subtile ne parvient pas toujours à se débrouiller. Nous n'en voudrions pour preuve que ce qui a été dit à ce sujet, il y a eu mardi huit jours, à l'Académie de médecine, à l'occasion du rapport de M. Broca sur les recherches de M. de Fleury, relatives à la circulation cérébrale. Aussi toutes les fois qu'un fait nouveau se produit, qui ne paraît pas conforme à la loi établie et qu'au premier abord on pourrait considérer même comme contraire à cette loi, nous considérons comme un devoir de le faire connaître et de le soumettre à l'examen et à la discussion.

Tel est le cas d'un fait extrêmement curieux d'aphasie avec hémiplégie gauche, que M. Mesnet a observé dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, et qu'il communiquait, il y a quelques semaines, à la Société médico-psychologique. Ce fait, indépendamment de cette circonstance insolite de la coïncidence d'une hémiplégie gauche avec l'aphasie, anomalie qui pourrait à la rigueur rentrer dans cette catégorie de cas exceptionnels que M. Bouillaud considère comme des exemples de *droitiers* du cerveau, présente cette autre particularité de la limitation de l'aphasie à la perte de la parole, les autres manifestations extérieures de la pensée et particulièrement l'écriture étant conservées; ce qui, par parenthèse, répond catégoriquement à cette question que posait récemment un des membres de la Société médico-psychologique. « Dans quelle mesure la perte de la parole est-elle compatible avec la conservation des autres manifestations extérieures de la pensée? et plus particulièrement jusqu'à quel point la parole et l'écriture sont-elles solidaires l'une de l'autre? »

L'observation de M. Mesnet étant beaucoup trop étendue pour que nous puissions la reproduire textuellement ici, et d'autre part trop intéressante en elle-même dans tous ses détails pour être résumée ou scindée, nous la publierons *in extenso* dans le numéro prochain.

Scorbut.

Dans la revue clinique précédente, en signalant l'un des desiderata exprimés par M. Besnier dans son rapport sur les maladies régnantes, particulièrement en ce qui concerne l'utilité qu'il y aurait à ce que tous les médecins fussent rapidement mis au courant de tout ce qui peut intéresser la santé publique, nous faisions particulièrement allusion aux cas de scorbut qu'on n'a pas vus sans surprise, peut-être, figurer au nombre des maladies qui ont été observées à Paris pendant le premier trimestre de cette année. Nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt la relation de l'un des cas observés par M. Lasègue à la Pitié, et qu'il a donné dans un article des *Archives de médecine*, comme un spécimen des autres cas qui se sont présentés dans son service ou ailleurs.

Voici cette observation :

Le nommé G..., vingt-cinq ans, entré à la Pitié le 10 mars dernier, sortant de Sainte-Pélagie où il avait été soumis pendant cinq mois au régime ordinaire de la prison, avait déjà commencé vers le 2 janvier, à éprouver quelques douleurs dans les jambes, avec raideur des jambes et enflure des pieds le soir. Peu après, apparurent sur la jambe gauche de petites tâches lenticulaires, d'un brun rouge; les douleurs, la faiblesse, l'œdème allèrent en croissant. Il survint quelques légères épistaxis peu abondantes. A cette époque (le 18 janvier), le malade demanda à entrer à l'infirmerie.

Les taches à la peau, d'une moyenne confluence, existaient à la face externe de la jambe gauche. Sur la même jambe apparurent bientôt à la face postérieure, des plaques ecchymotiques bleuâtres; le membre œdématié, se gonfla de plus en plus, le malade se plaignit d'y éprouver des sensations assez confuses de fourmillement, d'élancements; la pression y était douloureuse.

Dans les premiers jours de février, la jambe droite devint œdémateuse, une éruption de pétéchies s'y produisit et plus tard on constata l'existence de suffusions ecchymotiques. Ce fut seulement vers la fin de ce mois que les gencives devinrent douloureuses, gonflées et donnèrent lieu à des exsudations hémorrhagiques peu abondantes. Les dents étaient légèrement ébranlées et, d'après le dire du malade, il lui semblait qu'elles étaient allongées.

L'appétit avait peu souffert, les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement, mais les forces diminuaient progressivement et la faiblesse acquit bientôt de telles proportions, que le malade ne pouvait se soulever, même dans son lit, sans éprouver des vertiges, des éblouissements et des bourdonnements d'oreille.

Ce fut alors que le malade, dont la peine était expirée, fut transporté à l'hôpital.

A son entrée, M. Lasègue constata les symptômes suivants : aspect cachectique très-prononcé, visage bouffi, jaunâtre, pouls petit, régulier (90 à 100), battements de cœur faibles, souffle doux, systolique à la base et dans les carotides, gencives saignantes présentant çà et là quelques bourgeons charnus, salive abondante et mêlée de sang; jambes œdématiées, luisantes, comme vernissées et donnant au palper, qui est douloureux, la sensation d'une dureté toute spéciale qui, malgré l'œdème, ne se laisse pas déprimer sous le doigt; marbrures brunâtres, violacées, ne s'effaçant pas par la pression, disséminées sur la face postérieure des jambes, léger mouvement fébrile, de 80 à 100 pulsations : température 37,5 à 38,4; de 25 à 30 respirations.

Le 20 mars, mieux général. Les jambes commencent à désenfler; l'épiderme moins lisse se plisse; les suffusions ecchymotiques s'effacent. Au pourtour des taches il se fait un liséré jaune, verdâtre, qui gagne vers le centre à mesure qu'il disparaît à la périphérie. Quelques-unes des plaques ont presque totalement disparu. Les gencives sont lisses, moins saignantes; les bourgeons charnus ont en partie disparu. Le pouls est plus large, plus fort, les battements cardiaques sont redevenus sensibles à la palpation. Le souffle carotidien a disparu. Les muqueuses se colorent; plus de céphalalgie ni de vertiges; appétit bon, digestions régulières.

Le 10 avril, l'amélioration continue à faire de rapides progrès. L'anémie, très-prononcée à l'entrée du malade, a rapidement cédé. Les globules sanguins de 2 millions environ où ils étaient tombés, se sont relevés à 5 millions, chiffre à peu près normal. Enfin, on a pu constater progressivement l'augmentation parallèle de la quantité d'urée rendue en vingt-quatre heures et de la densité de l'urine.

Les seuls moyens de traitement mis en usage, ont été les citrons et la limonade tartrique.

Les paralysies du larynx.

L'histoire des paralysies du larynx n'a pu être faite que depuis que la laryngoscopie et l'établissement de cliniques spéciales pour les maladies du larynx en ont fourni, dans un laps de temps relativement court, les nombreux éléments. C'est à la clinique de M. le docteur Ch. Fauvel que M. le docteur G. Poyet a puisé les documents qui lui ont servi à tracer l'esquisse d'une histoire des paralysies du larynx, que nous avons sous les yeux. M. Poyet a eu l'occasion d'observer dans ce service, pendant une période de huit années, un assez grand nombre de cas de paralysies soit partielles soit totales du larynx, pour qu'il ait pu comprendre dans son étude trois grands groupes : un groupe de paralysies par causes générales, dans lesquelles on trouve des paralysies par refroidissement, par peur, par anémie, par intoxications diverses, par choléra, par fièvres intermittentes, enfin des paralysies hystériques, syphilitiques, diphthéritiques; un deuxième groupe par causes locales, anévrysmes, adénopathie bronchique, tumeurs diverses du médiastin, du cou, du pharynx, de l'œsophage, etc.; enfin le groupe beaucoup plus restreint et dont il n'a pas eu l'occasion de voir d'exemple, par lui-même, des paralysies par causes centrales (tumeurs du bulbe, hémorrhagies cérébrales).

Les paralysies par causes générales, sont de beaucoup les plus fréquentes. Sur un mouvement de 900 malades qui se sont présentés à la clinique de M. Fauvel, dans le courant de l'année 1873, M. Poyet a trouvé 43 cas de paralysies de ce genre, contre 16 cas de paralysies pour causes locales. Parmi ces causes générales, l'hystérie et le refroidissement tiennent la première place.

Nous n'avons pas à nous arrêter ici sur les caractères généraux qui font assigner les paralysies du larynx à telle ou telle de ces causes, ni sur la pathogénie de ces diverses espèces de paralysies. Ce qui nous intéresse particulièrement, ce sont les signes diagnostiques fournis par la laryngoscopie.

Dans les cas de paralysie complète, dit M. Poyet, les signes sont absolus. La corde vocale paralysée est immobilisée; son bord libre, le plus souvent, occupe la ligne médiane et divise l'aire glottique comme une perpendiculaire abaissée du sommet sur la base, diviserait un triangle isocèle. En même temps, l'aryténoïde correspondant n'opère plus ses mouvements de rotation sur son axe. La corde vocale, frappée d'immobilité, paraît être plus courte que sa congénère, ce qui tient, d'une part, à sa laxité, d'autre part, à ce que l'aryténoïde en masque le quart postérieur. La coloration est généralement normale.

Lorsque les deux cordes sont paralysées, la paralysie semble porter uniquement sur les muscles constricteurs de la glotte. Dans tous les cas que M. Poyet a observés, il a toujours vu les cordes écartées comme pour la respiration tranquille. Si la paralysie portait dans ces cas sur les muscles dilatateurs, l'asphyxie ne tarderait pas à se produire. Dans les cas de paralysie double signalés comme étant presque toujours le fait de l'hystérie, la coloration des cordes est toujours normale lorsque les thyro-aryténoïdiens ne sont pas atteints; dans le cas contraire, les cordes sont rosées.

Il est toujours facile de reconnaître au laryngoscope la paralysie complète de l'une des cordes ou des deux en même temps.

Il n'en est plus de même des paralysies incomplètes. Le diagnostic demande, dans ce cas, une grande habitude.

Quant aux paralysies partielles, ce sont les connaissances physiologiques surtout qui permettent de les diagnostiquer. En voici les caractères principaux :

1° Pour la paralysie des constricteurs (crico-aryténoïdiens et corps aryténoïdiens) : immobilisation complète ou incomplète de la corde dans une position intermédiaire à la phonation et à la respiration; bord libre en forme de croissant; corde paraissant plus courte; coloration normale rarement rosée; aphonie le plus souvent complète.

2° Paralysie des dilatateurs (crico-aryténoïdiens postérieurs):

immobilisation de la corde dont le bord libre divise l'aire glottique en deux portions égales; gêne de la respiration, quelquefois bruit de drapeau; conservation de la voix, qui change de timbre et devient dure et monotone.

3° Paralysie des phonateurs (thyro-aryténoïdiens): mouvements des aryténoïdes libres et intacts; défaut de rapprochement de la portion moyenne du bord libre des deux cordes inférieures; rougeurs de la muqueuse; pas de gêne de la respiration; dysphonie très-marquée; — (crico-aryténoïdiens): défaut de rapprochement des bords libres des deux cordes en arrière; voix parlée bonne; voix chantée impossible.

Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement général, qui est subordonné à la cause de la paralysie. C'est du traitement local seul que nous dirons quelques mots.

Le traitement local des paralysies de larynx consiste principalement dans les électrisations soit externes, soit internes et dans les applications topiques sur les cordes vocales paralysées.

L'électrisation externe se fait à l'aide d'une pile dont les deux pôles, terminés par des plaques métalliques, recouvertes de peau sont appliqués de chaque côté du cou sur le trajet des récurrents. Cette méthode ne donne de bons résultats que lorsque la paralysie est récente.

Dans les paralysies anciennes, il est préférable de recourir à l'électrisation interne, qui se fait de deux manières.

Dans l'une, l'un des pôles est porté dans le larynx, sur la corde paralysée, tandis que l'autre pôle est mis en communication avec la main du malade, ou mieux avec un collier portant à sa partie antérieure interne une plaque métallique qui s'applique sur le devant du cartilage thyroïde.

La seconde manière consiste à porter dans le larynx les deux pôles de la pile. Cette opération qui se fait avec un réophore double, imaginé par M. Fauvel, est facile, lorsque le médecin se guide avec le laryngoscope.

Dans les aphonies nerveuses la voix ne revient souvent qu'après un grand nombre de séances d'électrisation, qu'il faut répéter quelquefois pendant plusieurs semaines. Dans les cas de paralysie par frayeur ou *a frigore*, la voix revient presque toujours à la première séance.

Dans les cas de paralysies anémiques, diphthériques, syphilitiques, les électrisations sont loin d'être aussi utiles. C'est le cas de recourir aux applications topiques et même aux caustiques.

Dans les paralysies syphilitiques et diphthéritiques, on peut retirer de grands avantages des solutions de nitrate d'argent (1/30), de la teinture d'iode pure, du perchlorure de fer portés dans le larynx à l'aide d'une petite éponge ou d'un pinceau.

Mais si la thérapeutique se montre le plus souvent efficace contre les paralysies de causes générales, il est loin d'en être de même pour les paralysies de causes locales. On comprend, en effet, combien on a peu de prise contre une paralysie laryngée symptomatique, provenant d'un anévrysme soit de l'aorte, soit de toute autre artère intra-thoracique. Dans celle qui dépend de l'adénopathie bronchique, on a plus de chances d'obtenir la guérison en prescrivant la teinture alcoolique d'iode non acide, à l'intérieur, prise par gouttes, depuis cinq gouttes en augmentant jusqu'à trente et graduellement même quarante gouttes, selon les âges, dans du vin ou dans de l'eau d'amidon. On y ajoute la teinture d'iode en badigeonnage sur la poitrine. Les eaux arsénicales donnent encore dans ce cas de bons résultats.

L'adénopathie syphilitique doit être combattue par les frictions mercurielles et par l'iodure de potassium.

Dans les cas de paralysies des cordes vocales produites par des tumeurs de voisinage, on comprend qu'il n'y ait d'autre ressource que dans l'ablation, l'évacuation ou les traitements résolutifs et modificateurs, suivant la nature de ces tumeurs.

Ceci rentre dans la thérapeutique générale.

Dr Brochin.

DES PROPRIÉTÉS NON VÉNÉNEUSES DE LA FUCHSINE ET DES VINS FUCHSINÉS

Par M. le docteur Bouchut.

Tout ce qui a été écrit sur le danger des vins fuchsinés et sur les propriétés vénéneuses de la fuchsine, me paraît sujet à contestation et à révision. — Ce n'est pas que les expériences faites sur les animaux et qui ont fait regarder la fuchsine comme un poison, soient inexactes, mais si on peut les considérer comme étant vraies, leur conclusion est fautive.

Que Ritter et Feltz, de Nancy, aient empoisonné des lapins par de fortes doses de fuchsine, cela n'est pas douteux; mais, qu'est-ce que cela prouve pour les faibles doses que l'on donne à l'homme contre l'albuminurie et contre les doses infinitésimales que l'on met dans le vin pour le colorer en le falsifiant d'une façon blâmable? absolument rien.

Une cuillerée d'eau-de-vie tue un lapin et nous en buvons tous un petit verre sans le moindre danger — vingt centigrammes d'arsenic tuent un animal et vingt milligrammes sont pour l'homme un tonique utile. — Un gramme d'émétique amène la mort et cinq centigrammes sauvent la vie à un enfant atteint de croup.

Toutes les expérimentations médicamenteuses faites sur les lapins, les cobayes et les grenouilles, par des médecins qui ont pensé conclure de ces animaux à l'homme, ont jusqu'ici jeté dans la science plus d'erreurs que de vérités. Les expériences nouvelles sur les propriétés de la fuchsine en sont une nouvelle preuve.

La fuchsine, comme on le sait, est une matière colorante rouge tirée du goudron de houille, et habituellement chargée d'une petite quantité d'arsenic, sous forme d'acide arsénieux. Mais on peut avoir cette substance pure et privée de tout alliage arsénical. C'est cette matière colorante avec ou sans arsenic que certains fabricants de vins ont choisie pour donner de la couleur à leurs produits. Ils emploient même, pour arriver au même but, une substance secondaire impure et fournie par la fabrication de la fuchsine, et nommée *grenat;* ce grenat, jadis sans valeur commerciale, se vend aujourd'hui très-cher. Toutes ces matières se trouvent dans le *caramel*, dans la *colorine* et dans la *purpurine* employés pour la coloration artificielle des vins.

La fraude a d'abord été signalée à Nancy, par le docteur Ritter, et on l'a découverte ensuite dans des vins d'Alsace-Lorraine, dans des vins venant de Narbonne et de Perpignan, enfin dans des vins saisis à Paris.

Ces vins, analysés avec soin, ont été signalés comme chargés de fuchsine, et quelques-uns de fuchsine et d'arsenic. Je dirai, dans un instant, s'ils sont nuisibles; mais, en ce moment, je me bornerai à dire qu'ils ne se conservent pas, et que si, à une époque rapprochée de leur fabrication, ils sont limpides et n'ont aucun goût désagréable, plus tard ils déposent et contractent un goût et une odeur qui répugne plus ou moins, selon la finesse du goût des personnes. Dans ce cas, c'est une perte réelle pour ceux qui en ont fait l'acquisition.

Reste à savoir si ces vins sont nuisibles à la santé.

Par des expériences faites sur des lapins avec de la fuchsine

exempte d'arsenic et à la dose de 20 centigrammes, il n'y a eu aucun effet fâcheux. A la dose de un gramme cinquante centigrammes, le résultat a été le même. Mais, à huit grammes, bien que l'animal n'ait pas été empoisonné, tout l'intérieur de son corps était saturé de fuchsine, et les poumons étaient remplis de noyaux sanguins semblables à ceux que produit l'asphyxie.

MM. Ritter et Feltz ont vu que chez l'homme à la dose de cinquante centigrammes, il se produisait le premier jour une coloration des oreilles en rouge, du gonflement des gencives et de la constriction aux tempes, mais que, en continuant l'emploi de la substance, il se produisait du dérangement d'entrailles et de l'albuminurie.

Cette albuminurie, altération importante des urines, dont les médecins connaissent la gravité, a été également observée chez des chiens qui avaient pris de la fuchsine pendant quinze jours.

Si l'on devait conclure d'après ces expériences, on pourrait affirmer que la fuchsine à haute dose est très-vénéneuse, mais ce serait aller un peu trop vite, car d'autres observations de MM. Clouet et Bergeron, de M. Feltz de Saint-Denis, et celles que j'ai faites moi-même semblent infirmer les précédentes. Ces observations prouvent qu'à dose de 20 à 25 centigrammes par jour, la fuchsine pure ou arsénicale est entièrement inoffensive. Il y a plus, cette substance, au lieu de produire l'albuminurie, serait un remède utile dans cette maladie et pourrait la guérir. Quatre observations de cette nature ont été publiées et leur authenticité est incontestable.

Au point de vue de l'action vénéneuse de la fuchsine, il est donc certain qu'à petite dose, cette substance est inoffensive et j'ajouterai qu'elle n'est nuisible que si l'on en fait prendre des doses considérables. Mais alors, il n'est guère de substance qui ne soit toxique, et si l'on appliquait ce mode d'expérimentation et cette matière de raisonner à des choses usuelles, on pourrait soutenir que le sel marin, que le sucre, que le chocolat, etc., sont des poisons. Tous les remèdes sont aussi des substances vénéneuses. Cela dépend des doses employées. En médecine tout est à la fois poison et remède.

Mais, dira-t-on peut être, si la fuchsine pure est peu dangereuse, il n'en est peut-être pas de même de celle qui renferme de l'arsenic. Ici encore la question est de savoir quelle quantité d'arsenic est mélangée à la fuchsine qu'on trouve dans le vin falsifié, car, à faible dose, l'arsenic est plutôt utile que nuisible. Or, dans un litre de vin fuchsiné, il y aurait au plus, d'après M. Ritter, huit dix-millièmes de gramme d'acide arsénieux. Cette quantité est absolument inoffensive, même dans son emploi prolongé. On donne en médecine et avec de grands avantages, selon les maladies, des quantités bien plus considérables, puisque l'on donne cinq, dix et vingt millièmes de gramme. Toutefois, comme il y a des organisations qui supportent mal les préparations d'arsenic, il ne répugne pas d'admettre qu'au bout de plusieurs mois d'usage, le vin fuchsiné arsénical peut avoir pour conséquence un dérangement notable de la santé. Un médecin de Bordeaux, le docteur Marmisse, en a fourni la preuve.

Ainsi donc, à la dose très-minime de 20 à 40 milligrammes de fuchsine pure par litre de vin, la falsification n'a aucun danger, et, en effet, on peut en prendre impunément dix fois plus. S'il s'agit de fuchsine arsénicale, comme il n'y en a guère que huit dix millièmes de gramme par litre, la boisson n'est pas plus dangereuse, et elle ne pourrait le devenir que par un usage longtemps prolongé.

Voilà pour l'action vénéneuse. Mais en dehors des dangers que peut faire courir à la santé publique l'emploi de vins artificiels colorés avec la fuchsine ou de vins faibles dont la couleur est rehaussée par cette substance, il y a une autre question qui est celle de la fraude et de la falsification d'une boisson alimentaire de première nécessité. Ici cessent tous les doutes.

Du vin artificiel, fabriqué sans raisin avec de l'alcool additionné de différentes substances et de fuchsine, n'est pas du vin et il y a là une véritable fraude.

Du vin, préparé avec du marc de raisin que l'on fait fermenter une seconde fois avec de l'eau additionnée de glycose, n'est pas du vin et ici, encore, la fraude est incontestable.

Des vins du Midi coupés avec de l'eau, rehaussés avec de l'alcool et colorés avec de la fuchsine ressemblent mieux à du vin et s'il n'y a pas là une fraude aussi réelle, il y a au moins une véritable falsification.

De toute manière, donc, dans les vins fuchsinés, l'hygiéniste et le législateur ne peuvent voir que fraude ou falsification qu'il convient de rechercher et de punir.

La recherche de la fuchsine dans les vins n'est pas difficile, et, sans être chimiste, chacun peut à l'aide de quelques manipulations très-simples reconnaître le mélange. Ainsi, d'après M. Didelot, il suffit de mettre dans un petit verre à liqueur une grande cuillerée de vin suspect et d'y jeter une boulette de *coton-poudre*. Après un moment d'agitation on retire la boulette de coton pour la laver à grande eau et elle redevient blanche si le vin est naturel. Au contraire, elle reste rose si le vin est coloré par la fuchsine ou par d'autres matières colorantes. On peut encore mélanger dans une fiole de verre transparent parties égales de vin et de chloroforme, puis secouer fortement et attendre quelques minutes. Si le vin est fuchsiné le chloroforme se précipite au fond de la bouteille et reste rose, tandis que si le vin est pur, la couche la plus inférieure du liquide conserve sa transparence incolore.

La société a donc aujourd'hui toutes les garanties désirables pour se défendre contre l'usage des vins fuchsinés, qu'il soient ou non dangereux à la santé publique. Elle sait que l'autorité, qui veille à la bonne qualité des comestibles et des boissons, en confisquant tout ce qui est avarié, impur, ou falsifié, et en punissant les délinquants par l'amende et par la prison, sait reconnaître les vins fuchsinés de ceux qui ne le sont pas. Elle peut se rassurer, si par hasard, contre toute prévision, et malgré la surveillance, il arrivait que quelqu'un bût une certaine quantité de vin fuchsiné, puisque la fuchsine n'est dangereuse qu'à des doses impossibles à employer pour la fabrication des vins artificiels. Tout empoisonnement est donc impossible par le vin coloré avec une minime quantité de fuchsine; mais si l'usage accidentel et temporaire de ces vins ne peut faire mal, il ne doit pas moins être rigoureusement proscrit. Seulement cette interdiction aura désormais pour motif, non le danger du vin, mais la fraude et la falsification d'un produit alimentaire; c'est-à-dire une tromperie sur la nature de la marchandise vendue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui accuse réception de l'envoi qui lui a été fait par la Société de chirurgie du rapport concernant la lettre de M. le comte de Bruc.

M. TILLAUX présente, de la part de M. Féréol, médecin de l'hôpital Lariboisière, une observation d'empyème pratiqué au moyen du thermo-cautère. (Rapporteur : M. Tillaux.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Cancer des ganglions cervicaux. — M. MARJOLIN présente un malade dont l'affection lui semble devoir être rapprochée du lymphadénome malin, qui a fait l'objet d'une intéressante discussion pendant la dernière séance. Cet homme, âgé de quarante ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu ni scrofule ni syphilis, sans antécédent cancéreux dans sa famille, s'est aperçu, il y a un mois, qu'il portait sur la partie latérale du cou une petite tumeur du volume et de la forme d'une olive. Depuis ce moment, la tumeur a augmenté considérablement de volume. Indolente à la pression, elle n'est douloureuse que la nuit, par élancements. Les amygdales sont normales; l'autre côté du cou est absolument sain. M. Marjolin demande à ses collègues leur opinion sur la nature de cette tumeur qu'il pense, lui, être cancéreuse.

DISCUSSION

M. DUPLAY croit qu'il s'agit là d'un cancer vrai des ganglions et non d'un lymphadénome malin. Peut-être en cherchant bien vers l'œsophage ou le larynx, trouverait-on quelque trace d'affection cancéreuse. Dans deux cas qu'il a pu observer, il y avait eu, avant l'envahissement des ganglions du cou, chez un malade, un épithélioma du larynx, chez l'autre un épithélioma du cardia. On doit plutôt songer au cancer secondaire des ganglions, car le cancer primitif est excessivement rare dans ces organes.

M. VERNEUIL insiste sur la nécessité d'un examen attentif des muqueuses du voisinage. Mais si cet examen reste sans résultat, on n'a aucun moyen de diagnostiquer la bénignité ou la malignité des tumeurs ganglionnaires prises isolément. M. Verneuil a actuellement dans son service un malade identique à celui que présente M. Marjolin, et en a déjà vu deux exemples semblables. Chez l'un de ces derniers, cité dans la thèse de M. Bergeron, la tumeur a été enlevée il y a six ans, mais elle a récidivé récemment, sans qu'il y ait trace d'épithélioma de la région du cou. Cependant, après une seconde opération, elle a été examinée au microscope à la Pitié et au Collége de France, et a été reconnue aux deux laboratoires pour un carcinome des ganglions du cou, qui semblerait donc, dans ce cas, être primitif.

M. DESPRÈS a examiné le malade de M. Marjolin et émet des doutes sur la nature cancéreuse de la tumeur qui n'a débuté que depuis un mois. Elle est extrêmement dure et le lymphadénome est ordinairement mou.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que MM. Courty (de Montpellier), et Azam (de Bordeaux), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATION

Lithiase urique prise pour un mal de Pott. — M. PAULET communique deux cas de lithiase urique avec colique néphrétique et déviation de la taille prise pour un mal de Pott. Les deux malades étaient des enfants de dix et douze ans et leurs observations sont identiques.

Voici le résumé de la première : Un garçon de douze ans, d'apparence lymphatique, né de parents bien portants en apparence,—mais M. Paulet apprit depuis que la mère était graveleuse — est pris en 1874, de douleurs dans les régions du ventre, de l'estomac, des reins. Il maigrit et la taille se déforme. Un premier médecin consulté, voyant les yeux cernés et les pupilles dilatées, croit à une affection vermineuse et prescrit la santonine, qui reste sans résultat. Il pense alors à un mal de Pott et en institue le traitement rationnel. Un chirurgien, appelé ensuite, prescrit le même traitement. M. Verneuil, consulté en troisième lieu, ne trouve pas d'indices de rachitisme et déclare qu'il n'y a pas de mal de Pott. Un quatrième médecin, très-expert dans ces sortes d'affections, revient au premier diagnostic et prescrit un régime et un traitement en conséquence. M. Paulet appelé à son tour, reconnaît l'absence du mal de Pott, et constate des douleurs à la pression au niveau du carré des lombes. Il demande une consultation avec M. Verneuil, dont l'opinion se rapprochait de la sienne, et qui, en présence des douleurs lombaires, conseille d'examiner les urines. Cet examen est fait le lendemain par M. Paulet. L'urine est jumenteuse, elle laisse un dépôt d'environ un cinquième de sa hauteur dans le vase qui la contenait. Décantée elle est claire, sans coloration spéciale, son acidité est extrême, sa densité forte (1026). Il n'y a ni sucre ni albumine. Le dépôt est entièrement formé d'urates. Il s'agissait donc d'une lithiase urique, et le traitement conseillé fut tout l'opposé de celui qui avait été mis en usage jusqu'à ce moment : au lieu du repos, de l'exercice, de la gymnastique ; au lieu d'une alimentation fortifiante, un régime aussi peu azoté que possible, eau de Contrexeville, où le malade fit une saison. La cure fut rapide et complète. M. Paulet a revu le petit malade le mois dernier ; il est complètement guéri, la scoliose apparente a disparu.

La deuxième observation est absolument identique à la première. Elle a été communiquée à M. Paulet par M. Verneuil, qui la tenait de M. le docteur Block. L'enfant était resté dix-huit mois, sans souffrance il est vrai, avant le diagnostic de son mal véritable.

DISCUSSION

M. DESPRÈS s'étonne de la difficulté de ces diagnostics. La scoliose est rare à cet âge, excepté la scoliose rachitique, et, en l'absence de rachitisme, il était naturel de chercher la cause du mal ailleurs.

M. MARJOLIN. Les observations de M. Paulet sont très-intéressantes à un double point de vue : elles sont excessivement rares, et elles peuvent faire éviter une erreur de diagnostic. Il y a quelquefois des signes qui peuvent faire reconnaître une affection vertébrale, bien qu'on n'en trouve aucun des caractères ordinaires du côté des os. M. Marjolin cite à l'appui l'observation suivante : un enfant de dix ans, entré à Sainte-Eugénie, avait une démarche et des douleurs dorso-lombaires, qui faisaient croire à un mal de Pott ou à une autre affection du corps des vertèbres ; cependant, en l'absence de signes bien nets, le doute existait dans l'esprit du chirurgien, qui croyait un peu à une simple pigrite. Il y avait en même temps paresse des urines et trois petites pointes de feu furent appliquées vers la région lombaire, autant pour remédier à ce dernier état que pour agir sur le moral du petit malade. Cependant un matin, une saillie anguleuse se fit brusquement au niveau du point douloureux ; l'enfant succomba, et on reconnut à l'autopsie, que deux corps de vertèbres avaient été détruits.

M. DE SAINT-GERMAIN est l'un des chirurgiens qui se sont trompés sur le diagnostic de la maladie de l'enfant observé par M. Paulet. Ces deux observations sont très-intéressantes, et l'on trouverait certainement un plus grand nombre de faits semblables si l'attention se portait sur ce sujet. Il admire d'ailleurs l'infaillibilité de M. Desprès en cela comme en tant d'autres choses. M. Bouvier, à qui on reconnaît aussi une certaine expérience pour ces sortes de maladies, ajourne cependant quelquefois son diagnostic.

COMMUNICATIONS

Transformation du psoriasis en tumeur cancéreuse. — M. TILLAUX communique une observation qui est à ajouter à celles déjà produites par M. Debove et par M. Trélat, relatives à la transformation du psoriasis en épithélioma. Il ne s'agit plus ici du psoriasis lingual, mais d'un psoriasis de la région dorso-lombaire droite, diagnostiqué en 1866 et en 1868, par M. Hardy, traité ensuite par M. Bazin, de 1870 à 1874, comme adénome ulcéré d'abord, puis, à cette dernière date seulement, avec le diagnostic *cancroïde*. L'affection a continué à se développer et a fini par former une large tumeur de la région dorso-lombaire droite, empiétant un peu à gauche. La tumeur était mobile ; l'état général excellent, mais il y avait parfois des douleurs vives. M. Tillaux a enlevé jeudi dernier cette tumeur, qu'il présente à la Société. La peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose de la masse sacro-lombaire étaient envahies, mais cette dernière était absolument intacte. La marche de cette tumeur démontre de la façon la plus absolue la transformation des plaques de psoriasis en tumeurs de mauvaise nature, et montre que cette marche peut se produire ailleurs que sur la langue, seul point où on l'avait observée jusqu'à présent. L'examen histologique a donné raison à M. Bazin, en démontrant que le mal avait débuté par les

glandes sudoripares. Comme conséquence pratique, M. Tillaux donne le conseil de ne pas attendre trop longtemps pour faire l'extirpation, conseil déjà donné par M. Trélat pour le psoriasis lingual, qui doit être enlevé *dès qu'il devient menaçant.*

M. DESPRÈS. Il y a peu d'exemples d'épithélioma du dos et du siége. Il n'en a vu qu'un du dos et un du siége. Celui du dos datait de trente ans, n'était pas ulcéré, et le malade est mort à quatre-vingt-quatre ans d'une autre affection.

M. TERRIER ne croit pas qu'on puisse comparer le psoriasis lingual avec ce qu'on appelle le psoriasis cutané. Les caractères anatomiques ne sont pas les mêmes. L'observation de M. Tillaux n'est échafaudée que sur un diagnostic déjà bien ancien de M. Hardy.

M. TRÉLAT. Le travail de M. Debove est déjà vieilli quoi qu'il soit bien récent, à cause des progrès qu'à faits l'étude de ce sujet depuis peu de mois. D'ailleurs, il importe peu au chirurgien de savoir exactement l'origine d'une tumeur cancroïdale qui peut se développer sur une chéloïde, sur un cautère, sur un vésicatoire, sur une cicatrice, partout où séjournent des matières salissantes. Ce qui importe, c'est de savoir que ce qui est reconnu vrai pour la langue peut se produire aussi pour les téguments. Le moment le plus propice pour l'opération est celui où le psoriasis commence à végéter. Dans le cas de M. Tillaux, c'est le jour où M. Bazin a prononcé le mot *adénome* qu'il fallait opérer.

M. TILLAUX pense que l'opération est d'autant moins dangereuse qu'elle est faite plus tôt. Il répond à M. Terrier qu'il n'entend pas faire un rapprochement anatomique entre le psoriasis lingual, qui porte aussi d'autres noms et le psoriasis cutané, mais seulement établir une analogie entre la marche de cette affection, quel qu'en soit le siége.

Opération de la fistule vésico-vaginale en plusieurs temps. — M. COURTY (de Montpellier) fait une communication intitulée : *Simple note sur l'opération de la fistule vésico-vaginale en plusieurs temps.* Ce procédé consiste à faire plusieurs opérations espacées de un ou deux mois, pour réunir successivement les angles de la fistule lorsqu'elle est très-étendue, et réduire celle-ci à des limites telles, qu'elle puisse être facilement et sûrement comblée en une fois par l'opération ordinaire. Il évite par ce moyen à l'opérée, les soins minutieux et difficiles et les grandes précautions que nécessite le procédé américain.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. COURTY présente ensuite quelques instruments dont il est l'inventeur et qui sont depuis longtemps dans l'arsenal chirurgical sans que le nom de leur auteur ait jamais été prononcé. Ce sont :

1° Une aiguille pour suturer les parties latérales du vagin ; 2° deux pinces érignes à pansements utérins, qui permettent de saisir et d'attirer en bas le col de l'utérus sans le blesser ; 3° une pince à branches convergentes ; 4° deux aiguilles pour aider à la résection des métacarpiens et des métatarsiens, ou pour permettre, dans l'ablation du maxillaire supérieur, de faire passer facilement la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire ; 5° enfin, un instrument qu'il a fait construire pour extraire de la vessie une épinglette de fusil et qui peut servir à l'extraction d'autres corps étrangers.

La séance est levée.

Le congrès périodique international des sciences médicales (5e session) aura lieu à Genève du 9 au 15 septembre 1877.

Voici le règlement et le programme adoptés par le comité d'organisation :

Art. 1. Le congrès périodique international des sciences médicales (5e session, 1877) s'ouvrira à Genève le dimanche 9 septembre, à une heure, sous les auspices du haut conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Art. 2. Le congrès sera exclusivement scientifique et durera une semaine, du 9 septembre au 15 septembre inclusivement.

Art. 3. Le congrès se composera : de membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte à cet effet.

Ils auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Les membres du congrès seront tenus de verser une somme de 20 francs, en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion; par les participants au moment où ils retireront leur carte.

Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 8 septembre de midi à cinq heures ; le 9 septembre de neuf heures du matin à midi ; et les autres jours de huit heures à neuf heures du matin dans les locaux du congrès (Université).

Art. 4. Les travaux du congrès se répartiront en sept sections (*vide infra*).

Art. 5. Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Le comité constituera les bureaux provisoires des sections (un président et deux secrétaires). Les sections éliront leur bureau définitif (un président, deux vice-présidents, deux secrétaires).

Art. 6. Le congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour les travaux des sections, une seconde pour ceux de l'assemblée générale.

Art. 7. Des rapporteurs désignés d'avance par le comité feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera autant que possible par des conclusions provisoires que les sections examineront dans l'ordre adopté pour les rapports.

Ce travail terminé, elles disposeront du temps qui leur restera pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elle et étrangères au programme.

Les conclusions adoptées par les sections seront communiquées à l'assemblée générale.

Art. 8. Les séances de l'assemblée générale seront consacrées :

1° A la communication des procès-verbaux et rapports des sections, et, le cas échéant, à la discussion de ces derniers.

2° A des conférences ou à des communications sur des questions d'intérêt général.

Art. 9. Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs qui sont instamment priés de rester autant que possible dans ces limites.

Art. 10. A la première séance le congrès nommera son bureau définitif qui se composera d'un président, de trois vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de deux secrétaires de séances.

Art. 11. Tous les travaux lus au congrès, soit dans les sections, soit devant l'assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le compte-rendu.

Art. 12. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

Art. 13. Les statuts, programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 14. Le président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

Art. 15. Les élèves en médecine pourront obtenir des cartes d'entrées gratuites ; mais ne pourront être admis à prendre la parole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance publique annuelle de la Société de secours des Amis des sciences, fondée par Thenard, aura lieu le jeudi 31 mai, à huit heures très-précises du soir à la Sorbonne, sous la présidence de M. Dumas, de l'Institut.

Ordre du jour : — 1° Compte rendu de la gestion du Conseil d'administration par l'un des secrétaires de la Société ; 2° éloge de M. Charles Sainte-Claire-Deville, par M. F. Fouqué, professeur au collége de France ; 3° conférence sur l'analogie de la lumière et de la chaleur rayonnante, par M. L. Mouton, directeur adjoint du laboratoire d'enseignement physique à la Sorbonne ; 4° dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du Conseil et du bureau de la Société.

On peut se procurer des billets au siége de la Société, rue de Seine 34, le matin de huit à dix heures.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours de technique microscopique le lundi 4 juin, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences (coupes, montage des préparations, injections, etc.).

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près du Châtelet, de midi à une heure.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 27 mai 1877, dans la forêt de Meudon. — Rendez-vous à la gare Montparnasse. Départ pour Clamart à huit heures trente-cinq.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 27 mai 1877, dans le bois de Verrières. — Rendez-vous à la gare de Sceaux à neuf heures trois quarts pour le train partant de Paris à dix heures cinq minutes, pour la station d'Antony.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 27 mai 1877, à Saint-Cloud et Ville-d'Avray. — Rendez-vous à Saint-Cloud à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazare), à dix heures et demie.

— M. le professeur Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique, dimanche 27 mai 1877, à Noisy-le-Sec et Romainville. — On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra, à dix heures trente du matin, le train pour Noisy-le-Sec.

— Un médecin espagnol (émigré), âgé de cinquante ans, désire trouver un emploi dans un établissement d'eaux, une administration ou chez un particulier. — S'adresser au directeur du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. de 520 pages avec 107 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris par A. Gubler, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; recueillies et publiées par le docteur Leblanc. — 1 vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traité des maladies des yeux, par le docteur Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 2 vol. in-8° de 500 pages chacun avec 134 figures dans le texte. Prix : 20 francs. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du **DOCTEUR DE JONGH**,
de la Faculté de médecine de La Haye, chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. Chevallier, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dans son rapport sur l'*huile de foie de morue* du docteur de Jongh, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

Royat (Ems français).
L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie*, *chlorose*, *débilité* ou *faiblesse générale*, *dyspepsies*, *bronchites*, *laryngites*, *diabète*, *gravelle urique*, *rhumatisme*, *goutte*, *maladies cutanées*, etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL
SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.
Saison du 1er mai au 15 octobre.
Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX
Caisse de 30 bouteilles. . . . . 20 fr.
Caisse de 50 bouteilles. . . . . 30 fr.
Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Granules de Garnier-Lamoureux
dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Maladies de la peau.
Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris. Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Pilules du Brésil
(AU JÉQUITIBA).
Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande
(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)
Contre la **Gravelle**. Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.
10 fr. le flac. Ph. Moppert, r. du Temple, 51, *Paris*.

Enghien (Seine-et-Oise)
Chemins de fer du Nord et de l'Ouest, 42 trains par jour.

Saison des Bains, du 1er Mai au 15 Octobre.

Les Eaux d'Enghien s'emploient dans le traitement de toutes les maladies des voies respiratoires, *pharyngite*, *laryngite* et *bronchite chronique*, dans les *affections de la peau*, la *syphilis* et dans celles qui sont sous la dépendance du système *lymphatique* ou du principe *rhumatismal*.

Dans ces diverses maladies, les Eaux d'Enghien sont employées en *boisson*, *inhalation*, *bains* et *douches*.

Les Eaux d'Enghien se vendent :
Chez les *Négociants d'Eaux minérales* et chez tous les *Pharmaciens*.

Chlorose, Anémie. — Pilules
et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris.**
N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Solution Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux
Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas.— Dans toutes les pharmacies.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Digitaline cristallisée
Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail, rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).
Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Tamar indien Grillon.
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT
contre *Constipation*, *Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.
Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — Bouchardat. »
Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

N° 61. — MARDI 29 MAI 1877. 50e ANNÉE. MARDI 29 MAI 1877. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Mesnet.

Hémiplégie gauche avec perte absolue de la parole. Guérison.

Le 2 juin 1866, je recevais dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de cinquante-six ans, qui, deux jours avant, était subitement tombé sans connaissance et avait perdu la parole. Cet homme d'une robuste constitution, surpris brusquement par cet accident au milieu d'une santé parfaite, n'accusait dans ses antécédents que des vertiges et des étourdissements plus fréquents dans ces derniers mois. Les personnes qui nous amènent le malade à l'hôpital, nous apprennent : que, le 31 mai, il était tout à coup tombé sans connaissance ; qu'une demi-heure après, quand on pénétra dans sa chambre, on l'avait trouvé étendu sur le sol, déjà revenu à lui, dans l'impossibilité de dire un mot, de rendre compte de ce qui s'était passé, ce dont il témoignait un grand mécontentement.

Il était paralysé du *côté gauche* et avait perdu l'usage de la *parole*. Son état restant le même, il nous fut conduit à l'hôpital deux jours après. Examiné au moment de son entrée, il avait déjà retrouvé une partie des mouvements du bras et de la jambe ; *l'hémiplégie bien que très-évidente, n'était plus qu'incomplète.*

Ce malade pouvait se tenir debout, pouvait marcher, mais la jambe était manifestement lourde et avait quelque peine à se détacher du sol.

La paralysie du bras était à peu près au même degré ; le malade pouvait se servir de son bras et exécuter quelques mouvements ; mais si on lui demandait de vous serrer la main, on constatait une différence considérable dans la pression qu'il exerçait de l'un et de l'autre côté.

L'hémiplégie n'était pas moins évidente à la face du côté gauche. L'expression n'était plus la même ; les traits étaient tirés à droite ; toute action sollicitant la contraction des muscles de la face, le rire, l'effort pour siffler ou souffler, donnaient à la paralysie plus de relief. La langue était moins mobile ; la mastication plus lente, plus difficile ; et le malade était même dans la nécessité de retirer avec le doigt les aliments qui s'accumulaient sous la joue gauche.

L'hémiplégie se retrouvait également dans la sensibilité de tout le côté gauche. L'examen avec la pointe d'une épingle promenée sur le bras comme sur la jambe, révélait dans toutes ses parties un abaissement notable de la sensibilité à la douleur. Les sensibilités de résistance, de température étaient pareillement affaiblies. Il en était de même à la face pour la sensibilité des muqueuses de la bouche et du nez, et pour la sensibilité gustative.

En un mot, l'*hémiplégie* survenue brusquement au moment de l'attaque, persistait, *incomplète*, il est vrai, mais évidente pour tous et occupait *le côté gauche du corps et de la face.*

Toutes les autres fonctions de l'économie étaient intactes. Le cœur sain.

Dans quelle mesure l'intelligence de cet homme avait-elle été atteinte par la lésion cérébrale, qui venait de le faire *hémiplégique à gauche* et *aphasique* tout à la fois?

Il nous avait été, à priori, facile de constater l'éveil des facultés intellectuelles, par l'attention qu'il portait à l'examen que nous faisions de sa personne, et par les signes négatifs ou confirmatifs dont il accompagnait les renseignements qui nous étaient donnés sur son accident. A chaque instant nous le voyons faire effort pour parler, sa physionomie traduisait son désir, mais sa bouche restait muette, et chaque tentative infructueuse était suivie d'un mouvement d'impatience. Tout ce qu'il pouvait nous dire par le geste, par la mimique, il nous le disait ; il était évident que le fonctionnement nécessaire à la production de la pensée avait son plein exercice.

Il lui manquait la parole et cependant il semblait avoir le langage intérieur, si je puis ainsi dire.

Il était intéressant de savoir jusqu'à quel point la pensée pouvait arriver à sa représentation figurée, c'est-à-dire, se revêtir du mot qui lui donne un corps, une formule. Je lui demandai s'il savait écrire, et cette question fut pour lui comme une révélation, dont il témoigna la plus grande joie, car il venait d'entrevoir un mode d'échange avec le dehors, auquel il n'avait point songé. Séance tenante, il m'écrivit au courant de la plume, sans chercher les mots, mille détails sur sa maladie, répondant avec une grande précision à toutes les questions que je lui adressais. Il n'y avait donc plus aucun doute sur la conservation de la *mémoire*, et sur l'absence complète d'*amnésie verbale* ; il lui manquait la parole, et cependant nous pourrions dire qu'il en avait tous les éléments !

Le tableau que je viens de vous faire de ce malade, resta ainsi durant plusieurs mois, pendant lesquels il nous fut facile d'examiner tout à notre aise l'état de l'intelligence chez cet homme.

Presque chaque jour il nous écrivait sur un bon, au moment de la visite, ce qu'il avait à nous dire, nous indiquant ce qu'il éprouvait, nous demandant ce qu'il voulait.

J'ai pris au hasard quelques feuilles détachées de son écriture :

Les voici :

N° 1. — « J'ai des moments où je me trouve si drôle, que moi-même je ne peus m'en rendre compte. Cela me fait un effet dans la tête, seulement cela ne dure qu'un instant, et après je me trouve très-bien, hier cela m'a pris 2 fois, aujourd'hui une. »

Le 16 juillet 1866.

N° 2. — « Je me trouves beaucoup mieux de la tête, je n'ai eu aucun bourdonnements depuis hier, et j'entends mieux quand l'on me parle. »

Le 17 juillet 1866.

N° 3. « Monsieur le Major,

« Depuis hier soir je souffre beaucoub de la tête et des oreilles, jusqu'au point que je n'ai pas pu dormir. »

Le 18 juillet 1866.

« Je demande à ce que vous attendiez un jour ou deux afin que je ne soufre plus tant de mon mal de tête avant que de me mètre le seitong. S'il vous plait. »

Après un mois passé à l'hôpital, l'ennui commença à venir, et il me remit, un matin, en passant près de son lit, la communication suivante :

La voici :

« Monsieur le Major,

« Comme il m'est impossible de disposer d'autant de temps, je suis décidé à m'en retourné dans ma famille. Je partirai mardi comme c'est votre jour de visite et mercredi je partirai au chemin de fer.

« Monsieur le Major, je suis toujours en vous remerciant des bontés que vous avez eus pour moi.

« Comme mon père ma apris à cultiver la terre, je recommencerai. Au moins je serai a même de pouvoir seconder mon enfant, ou je suis en peine.

« L'amelioration que j'ai ce sont mes maux de tête disparu, j'en ai très-peu maintenant. »

Je ne saurais laisser passer inaperçus les sentiments que fait valoir mon malade pour motiver sa sortie, ainsi que le but qui le guide. Il veut se remettre à l'ouvrage... il a souci de son enfant... il veut l'aider par son travail. C'est là le témoignage de la sensibilité morale. C'est le sentiment du devoir et les obligations du père de famille qui le rappellent près de son enfant.

Mais L... a préjugé de ses forces physiques, deux jours après sa sortie il me demande à rentrer et m'écrit pour me rendre compte de sa tentative infructueuse :

« Monsieur le major,

« J'ai voulu travaillé un peu avant que de partir dans mon pays, mais au bout de deux jours la tête ma tourné jusqu'au point que je suis tombé. des maux de tête très-forts, un Bourdonnement dans les oreilles qui me rend très Sourd. Les sangsues mon fait du Bien.

« 22 juillet (le lendemain de son entrée). »

Dans les mois qui suivirent, je pus combattre l'ennui et le découragement par quelques occupations créées dans la salle, par des soins donnés à d'autres malades et surtout par des lectures auxquelles mon malade s'intéressait beaucoup.

Nous arrivâmes ainsi au mois d'octobre. Quatre mois s'étaient écoulés depuis l'entrée de mon malade, il était comme au premier jour, *hémiplégique* du côté gauche, *aphasique avec perte absolue de la parole.*

Le choléra venait de faire son entrée à Paris, les cas se succédaient rapidement ; mes salles avaient été affectées au service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine. Chaque jour survenaient de nouveaux besoins ; tout était à organiser.

Le manque d'infirmiers nous créait les plus grands embarras. L., n'écoutant que son dévouement et le désir de se rendre utile, écrivit aussitôt au directeur, lui demandant d'être compris au nombre des infirmiers de la salle.

Sur mon avis qu'il n'en aurait pas de meilleur, le directeur l'accepta; et, pendant toute la durée de l'épidémie, son zèle ne se démentit pas un instant. Aucun infirmier ne l'égala en dévouement, et ce fut lui, qui à la fin de l'épidémie, reçut de l'administration la prime d'honneur donnée aux meilleurs services.

Quelque temps après, L... nous demanda pour la première fois à sortir de l'hôpital, pour aller faire une promenade au dehors, (c'était vers la mi-novembre).

Où alla-t-il? je l'ignore. Que fit-il? je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est qu'il dut boire et beaucoup.

Rentré à l'hôpital un peu tard, et dans un équilibre fort instable, il eût, à la porte, quelques difficultés; à ce moment, quelqu'un passant par là, l'interpella vivement, lui lançant le mot énergique... applicable à la situation : notre homme excité par l'ivresse, par la colère, riposta par un autre *mot* non moins énergique, bien que d'une toute autre consonnance... Le mot, il est vrai, n'avait que deux syllabes, mais il l'articula si bien, que personne ne se méprit sur sa signification.

Le lendemain, L... m'aborda en me disant bonjour; les jours d'après ajoutèrent successivement de nouveaux mots à son vocabulaire, et vers la fin de décembre, la parole était revenue presque suffisante pour tous les besoins de la conversation. — *L'hémiplégie du côté gauche restait sensiblement la même.*

L... voulut, à cette époque, quitter l'hôpital. Il y avait séjourné *sept mois*, avait été aphasique complet pendant cinq mois et demi et avait, dans l'espace d'un mois et demi, recouvré peu à peu l'usage de la parole.

En 1872, six ans après, L... revint me voir à l'hôpital à l'occasion d'un léger malaise, d'un embarras gastrique, je crois. Il était le même. Il se plaignait, comme toujours, d'avoir conservé depuis sa maladie, des vertiges et même parfois de légers étourdissements; *mais la parole, nous disait-il, ne lui avait jamais fait défaut.*

De temps en temps, il éprouvait quelques embarras dans sa langue, l'articulation des mots n'était pas toujours irréprochable, sans pour cela apporter un obstacle à la faculté du langage.

Son intelligence m'a paru avoir sensiblement baissé, il n'avait plus la même activité cérébrale, la même spontanéité. Son caractère s'était modifié, il était devenu intolérant, irascible. Il subissait evidemment les effets consécutifs, et à longue échéance, d'une lésion cérébrale, qui s'accusait chez lui d'une manière aussi évidente qu'au premier jour, *par une hémiplégie incomplète de tout le côté gauche.*

L'aphasique dont je viens de présenter l'observation, est remarquable à plusieurs titres.

1° *Par la perte absolue de la* PAROLE. *Mutisme complet.*

2° *Par la conservation de* L'ÉCRITURE avec conservation de l'intelligence et de la mémoire. Conservation de *la lecture mentale.* Conservation de la volonté de parler témoignée par les efforts et l'impatience du malade, par la conscience de son infirmité. Il est évident que chez lui, tout ce qui appartient à l'élément intellectuel du langage est sain et sauf; que l'acte cérébral nécessaire à la production de la pensée est en plein exercice.

Que la pensée trouve la formule dans le mot qui lui correspond, qui lui donne son expression figurée.

Que la pensée et les mots se combinent, s'associent entre eux, pour former des phrases. En un mot nous pouvons dire : que *le langage intérieur* existe : que ce malade a *la pensée parlée mentalement.*

Les rapports avec le monde extérieur sont conservés; les échanges n'ont perdu qu'un seul de leur mode d'expression : *la parole*; car ils n'ont point cessé d'exister par *l'écriture, les signes, le geste, la mimique.*

Cette variété d'aphasie, si intéressante à étudier, établit nettement la rupture entre l'élément intellectuel et l'élément mécanique du langage; il semble, (d'après une heureuse expression de mon ami M. Jules Falret), que le pont qui les unit à l'état normal, se trouve brisé par la maladie.

La parole ne peut plus être projetée au dehors, il y a suspension de la transmission verbale.

Ce n'est point dans les organes extérieurs (larynx, pharynx, langue, bouche, lèvres) qui tous coopèrent à l'articulation des sons, qu'il faut aller chercher l'obstacle chez notre malade. La paralysie incomplète de la langue, des lèvres, des joues, du voile du palais, n'est-elle pas la loi commune des hémiplégiques, sans que pour cela ils perdent l'usage de la parole? Que trouvons-nous chez eux? une perturbation plus ou moins notable dans le mécanisme de la parole, de la gêne dans l'émission des sons, de l'embarras dans l'articulation des mots, mais *non* une suppression complète de la parole. Le mutisme absolu chez les aphasiques de cette espèce, doit avoir une autre ori-

gine que je rapporterais plus volontiers à un des points du cerveau, où s'opère la transmission des incitations verbales à l'appareil locomoteur, région circonscrite dans laquelle l'infarctus cérébral a détruit la continuité des fibres nerveuses qui mettent en rapport les couches corticales, organes de l'idéation sous toutes ses formes, avec les organes d'expression extérieure. L'observation de ce malade n'a pas permis de constater de visu le siége de la lésion, et cependant personne ne peut la mettre en doute, puisqu'elle s'accuse par une hémiplégie subite et persistante. Mais bien que nous ne puissions que préjuger de sa détermination topographique, elle n'en appartient pas moins au type le mieux défini de l'aphasie. Ce serait acte téméraire, que de tenter un essai de localisation, en dehors du témoignage de la consécration anatomique. Néanmoins je serais disposé à croire, que la lésion chez mon malade devait vraisemblablement exister dans la région circonscrite composée du corps strié, — plus spécialement de son noyau extra-ventriculaire, — de l'Insula de Reil et de son rayonnement qui, d'après les derniers travaux sur la texture du cerveau, comprennent l'ensemble des fibres destinées à transmettre à l'appareil spinal, les incitations motrices de l'appareil hémisphérique.

Qu'une lésion, qu'un obstacle surviennent sur le trajet de ces fibres nerveuses; aussitôt la manifestation est interrompue, et l'aphasie se montre dans une de ses formes les plus saillantes.

Permettez-moi de vous présenter une comparaison banale mais juste, dont M. le professeur Jaccoud s'est servi dans ses leçons de clinique médicale, pour expliquer cette même idée.

Supposez, dit-il que les deux cadrans d'un télégramme aient cessé d'être réunis l'un à l'autre par leur fil conducteur; vainement, le mécanisme de chacun des appareils sera parfait, vainement le premier appareil, ou appareil formateur, multipliera les signaux; il est clair que ceux-ci ne pourront parvenir au second, ou appareil récepteur. Rétablissez le fil conducteur, alors tous les signaux seront exprimés, et le récepteur muet tout-à-l'heure, parlera fidèlement.

Tel semble être le rôle de la transmission qui unit la formation verbale à l'expression verbale.

Je passe à un ordre de faits, que je tiens essentiellement à mettre en relief, car il fait exception à la loi commune des aphasiques. Je veux parler de la *Conservation complète des facultés intellectuelles et morales*,

Le malade que j'ai eu si longtemps sous les yeux, que j'ai pu étudier chaque jour, pendant plus de six mois dans tous les détails de sa vie, n'a jamais eu un moment de défaillance (il n'avait, il est vrai, que la somme d'instruction et d'éducation qui appartient d'ordinaire à l'ouvrier); privé absolument de la parole, il n'a cessé de témoigner par l'écriture, de l'exercice régulier de son intelligence; en toutes circonstances, nous l'avons vu faire preuve de discernement, de jugement, sa mémoire était fidèle, ses expressions justes; il avait le sentiment de ses devoirs envers la famille; et aux temps difficiles, il est le premier au poste d'honneur.

Tel a été le malade pendant tout le temps que je l'ai eu près de moi.

Presque chaque jour il m'a communiqué ses observations et ses pensées par l'*écriture*, jusqu'au moment où, dans les circonstances les plus imprévues, il a recouvré la *parole*.

Par quel mécanisme la parole s'est-elle rétablie?

Est-ce par action supplémentaire?

Est-ce par le rétablissement direct de l'influence nerveuse à travers les fibres lésées, sous l'influence de l'excitation alcoolique, de l'émotion, de la colère, venant au même point agir comme agents perturbateurs.

Je laisse la solution de ce problème à mieux informés que moi; et peut-être M. Luys pourrait-il nous faire quelques communications intéressantes sur cette question, objet de ses recherches.

Un dernier fait, non moins important à noter, c'est l'infraction apportée par notre malade à la loi de M. Broca sur l'*hémiplégie droite*, qu'il déclare être une condition absolue de l'*aphasie*.

L... a été et sera toujours *un hémiplégique gauche*.

Je termine ici cette communication déjà trop longue, bien que je me sois appliqué à la limiter à ce seul point de l'aphasie :

Dans quelle mesure la parole et l'écriture sont-elles solidaires?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mai 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Erythème solaire. — M. POUCHET, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Bouchard, sur l'érythème solaire, rappelle qu'on a observé des cas où la lumière électrique avait donné lieu à de véritables coups de soleil.

De la vessie natatoire des poissons. — M. MOREAU continue ses recherches sur ce sujet. Il est hors de doute aujourd'hui que, c'est directement sous l'influence du système nerveux que le poisson remplit ou vide à volonté, sa vessie natatoire.

M. CL. BERNARD dit que le système nerveux n'agit là que comme intermédiaire physiologique d'une action purement physique. Car un phénomène physique ne peut jamais s'expliquer que par une action physique.

M. MOREAU partage entièrement l'opinion de M. Cl. Bernard; mais il fait observer qu'il n'en est pas moins étrange de constater chez le poisson cette production d'oxygène sous l'influence du système nerveux; on sait, en effet, que les végétaux à l'aide de la chlorophylle et en présence de la lumière, possèdaient seuls usqu'ici cette propriété.

Spina bifida. — M. HOUEL presente une pièce de *spina bifida* avec exostose cartilagineuse faisant saillie dans le canal rachidien. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 19 mai 1877.)

Du cuivre. — M. GALIPPE donne lecture d'une lettre que lui a adressée M. Huguet (de Clermont) et qui est relative au fait que nous avons publié dans le n° 38 de la *Gazette des Hôpitaux*. M. Galippe répond aux objections que lui oppose M. Huguet.

M. TRASBOT craint qu'après avoir pendant longtemps exagéré les effets toxiques du cuivre, on n'ait une tendance à tomber aujourd'hui dans l'excès contraire; il pense, en effet, que les sels de cuivre sont un peu plus toxiques qu'on ne l'a dit. Il a fait un certain nombre d'expérience sur des chiens et des chevaux. Il a vu que lorsque le chien vomit (et on sait que cet animal vomit bien facilement), il n'y a pas d'intoxication. Le sulfate de cuivre administré à petites doses chez le chien le fait donc toujours vomir; à doses plus massives, à la dose de 4 à 5 grammes par exemple, les chiens meurent; ils présentent à l'autopsie une inflammation très-intense, une véritable cautérisation de la muqueuse de l'estomac et des intestins.

Les chevaux ne vomissent pas ou ne vomissent que dans les cas de paralysie du cardia. M. Trasbot, après avoir préalablement pratiqué l'œsophagotomie sur un cheval, a introduit directement dans son œsophage 20 grammes de sulfate de cuivre. Ce cheval ayant été tué, on a trouvé, à l'autopsie, une très-vive inflammation de la muqueuse stomacale.

Chez un autre cheval, sans œsophagotomie préalable, à l'aide d'une simple sonde œsophagienne, il a introduit dans l'estomac 20 grammes de sulfate de cuivre. Le premier jour, le cheval s'est agité, a semblé inquiet; le deuxième jour, il semblait dans son état normal et a mangé comme d'habitude; le troisième jour, il a vomi; on a trouvé une certaine quantité de sulfate de cuivre dans ces vomissements. Ce cheval ayant succombé, on a retrouvé du cuivre dans ses organes, en particulier dans le foie; on a constaté les traces d'une très-vive inflammation de la muqueuse stomacale; il y avait eu paralysie du cardia. C'est bien le sulfate de cuivre qui, dans ces cas, a déterminé la mort. M. Trasbot est convaincu qu'à doses massives les sels de cuivre peuvent ne pas déterminer de vomissements chez l'homme et donner lieu, par conséquent, à une véritable intoxication.

M. LABORDE fait ressortir l'importance des expériences de M. Trasbot sur des chevaux. Il lui demande s'il a recherché dans quelles conditions se trouvent le sang et l'urine de ces chevaux.

Relativement à l'observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Laborde fait remarquer que les symptômes qui y sont notés ne sont pas précisément ceux de l'ivresse. Le chien auquel a été administrée une certaine quantité de cet alcool, dans le laboratoire de la Faculté, n'a pas non plus présenté les phénomènes de l'ivresse proprement dite. L'opinion de M. Galippe que les accidents constatés doivent être mis sur le compte de l'alcool est donc discutable. Enfin, M. Laborde pense qu'il y aurait lieu de se préoccuper de ces faits au point de vue de l'hygiène publique.

M. GALIPPE, à ce dernier point de vue, fait observer que si on livrait de l'alcool semblable à l'échantillon envoyé par M. le docteur Dubest, personne ne voudrait en boire.

M. LABORDE dit que c'est là une affaire de goût, mais que, pour lui, il n'a pas trouvé que le goût de cet alcool fût désagréable.

M. GALIPPE. A propos de l'empoisonnement signalé dernièrement à Bois-Colombes, par du thé préparé dans un vase de cuivre *mal étamé*, fait observer que les accidents ne peuvent être attribués au cuivre, attendu qu'il prend du thé préparé dans un vase de cuivre et qu'il n'en a ressenti aucun inconvénient.

Influence du bromure d'éthyle sur la germination. — M. RABUTEAU a répété avec le bromure d'éthyle les expériences que M. Cl. Bernard a faites avec l'éther et le chloroforme sur la germination des plantes. Il a obtenu les mêmes résultats en ce sens que si l'on met dans un tube du bromure d'éthyle qui, en raison de son poids, reste au fond du vase de l'eau, puis, par dessus, une éponge, du sable et des graines, il ne se fait pas de germination. Si l'on prend ces graines et qu'on les lave, il ne se fait pas encore de germination. Mais si l'on met ces graines en contact avec le bromure d'éthyle sans y ajouter de l'eau, ces graines se mettent à germer après être restées deux ou trois jours en contact avec le bromure d'éthyle. Les graines ne perdent donc pas leurs propriétés germinatives au contact du bromure d'éthyle dans une atmosphère sèche.

Cancroïde du vagin chez la chienne. — M. BOCHEFONTAINE présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies sur une chienne. Il s'agit d'un cas de cancroïde qui s'est développé sur l'une des parois du vagin.

Cardiographie. — M. FRANCK continue l'exposé de ses expériences relatives à l'étude des battements et du débit du cœur chez l'homme.

Hémianesthésie mésocéphalique. — M. COUTY a observé en 1876, dans le service de M. le professeur Villemin, suppléé par M. Lereboullet, au Val-de-Grâce, un cas d'hémianesthésie dont il rapporte l'histoire : anesthésie complète de tout le côté droit, face et membres, datant de deux ans; anesthésie du goût de la moitié droite de l'oreille, au début, surdité passagère du côté droit; enfin, hémiplégie alterne, face gauche, membres droits, complète en 1874, disparue depuis aux membres, diminuée à la face; *refroidissement* considérable et constant du côté anesthésié.

A propos de ce fait, il a recherché et rassemblé plus de trente cas d'hémianesthésie mésocéphalique, presque tous suivis d'autopsie : il y a toujours eu lésion unilatérale, occupant le pédoncule ou la protubérance dans certaines de leurs parties et jamais le bulbe ou le cervelet; l'hémianesthésie, siégeant du côté opposé à la lésion, occupe tout le côté, face et membres, elle laisse toujours intacts l'odorat et la vue (à moins de troubles de l'accommodation); elle peut dans quelques cas, mais non toujours, atteindre le goût et l'audition : elle s'accompagne, pour les muscles striés, d'une hémiplégie le plus souvent alterne complète ou oculaire, quelquefois vulgaire : pour les muscles vasculaires, tantôt d'un échauffement, tantôt et plus souvent peut-être, d'un refroidissement des parties anesthésiées et paralysées.

De ces faits, on peut conclure que le type hémianesthésie mésocéphalique a des caractères anatomo-symptomatologiques définis qui le distinguent de l'hémianesthésie cérébrale ou médullaire.

M. LABORDE demande à M. Couty si, dans ses recherches, il n'a pas rencontré de cas d'hémicatalepsie. Il vient de publier, en effet, un cas de ce genre où il s'agissait d'une hystérique qui était en même temps cataleptique, mais d'un seul côté du corps.

M. COUTY répond qu'il a trouvé des faits dans lesquels avaient été constatés des phénomènes ataxiques d'un seul côté du corps, mais qu'il n'a pas trouvé de cas d'hémicatalepsie.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1877. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. VALLIN, à l'occasion du rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes, appelle l'attention sur une recherche nouvelle intéressante.

M. Besnier a confirmé par des observations persévérantes ce fait, que Murchinson a mis en lumière, à savoir que la fièvre typhoïde a une marche régulière, constante, en rapport avec les saisons; elle atteint chaque année au printemps le point le plus déclive de sa courbe, s'élève progressivement pendant l'été, subit une ascension brusque en automne, puis décline lentement pendant l'hiver. Mais en dehors de cette évolution saisonnière de l'endémo-épidémie annuelle, on n'a pu jusqu'ici rattacher les différences d'une année à l'autre à aucune condition météorologique constante, ni à la quantité de pluie tombée, ni à la température moyenne de l'été, etc. M. Vallin n'oserait même pas dire que le chiffre plus ou moins élevé du niveau de la nappe d'eau souterraine, eût une influence beaucoup plus évidente. Il croit, en effet, que c'est moins le niveau moyen de cette couche que la fréquence et l'étendue de ses oscillations qui influent sur le développement et l'extension de la maladie.

Quand les pluies sont abondantes et persistantes, les matières organiques qui souillent le sol sont submergées, noyées, soustraites au contact de l'air, la fermentation en est peu active; quand la sécheresse est extrême et prolongée, la privation d'humidité arrête bientôt la décomposition putride. La fermentation, au contraire, sera très-active, quand ces matières seront alternativement humectées et soumises à l'action de l'air, de la lumière, de la chaleur.

A la suite d'un article qu'il a publié sur ce sujet. M. Vallin a reçu d'un jeune médecin de l'armée, M. Longuet, communication de recherches qu'il a faites dans ce sens : ne pouvant obtenir d'indications précises sur les oscillations de la nappe d'eau souterraine, M. Longuet a pris une voie détournée; il a recherché s'il n'y avait pas un certain rapport entre la fréquence des fièvres typhoïdes et les alternatives de pluie et de sécheresse de l'atmosphère. Il a mesuré non la quantité absolue de pluie tombée, mais l'étendue des oscillatious de la ligne des pluies. Supposons un quadrille dont les lignes horizontales représentent les centimètres de pluie tombée, et les lignes verticales les semaines ou les mois; voici une année où, pendant le semestre d'été-automne, il y a un total de 45 centimètres de pluie; pendant chacun des six mois, il est tombé régulièrement sept à 8 centimètres d'eau pluviale. Au contraire, dans le semestre correspondant de l'année suivante, il est également tombé 45 cen-

timètres de pluie ; mais cette quantité a été de 0 en juin et dans chacun des mois pairs, elle a été de 15 centimètres en juillet et dans tous les mois impairs.

Il est évident que, dans cette dernière année, la ligne développée des oscillations pluviales, allongée comme si l'on tendait ses deux extrémités pour la rendre rectiligne, il est évident que cette ligne sera beaucoup plus longue que dans la première année, malgré l'égalité du chiffre de la pluie tombée dans l'une et l'autre année. Or, M. Longuet a trouvé que ce n'est pas l'année où il est tombé le plus d'eau qui fournit le plus de décès typhoïdes, mais bien celle où les alternatives de pluie et de sécheresse ont été les plus grandes. Les deux années les plus chargées de décès typhoïdes dans les hôpitaux de Paris, sont à peu près celles où cette ligne développée est la plus longue :

1868 — 358 décès thyphoïdes 67 divisions arbitraires ;
1869 — 368 — 65 —

inversement, les années les moins chargées de décès typhoïdes ont les lignes d'oscillations pluviales les plus courtes :

1874 — 235 décès typhoïdes 30 divisions arbitraires ;
1875 — 279 — 46 —

La série des années, fait observer M. Vallin, ne présente pas toujours cette concordance parfaite entre les chiffres des décès et les longueurs de la ligne pluviale. Mais il n'entre dans l'esprit de personne de rattacher à un seul élément et surtout à un élément météorologique, l'évolution d'une maladie spécifique, infectio-contagieuse, comme la fièvre typhoïde ; il ne s'agit ici que d'une influence prédisposante et non d'une cause efficiente prochaine.

Les recherches de M. Longuet ont été inspirées par les rapports de M. Besnier, et, si les résultats qui en découlent se confirment, M. Vallin sera heureux de voir M. Besnier recueillir ce fruit des laborieuses observations qu'il accumule depuis tant d'années et qui ne lui ont valu jusqu'ici que des félicitations, bien sincères assurément, mais un peu platoniques ; il ne lui aurait pas déplu, sans doute, de voir ces importantes études d'étiologie provoquer une discussion qui n'eut pas manqué d'être féconde.

M. Vallin donnera ultérieurement, lecture du travail de M. Longuet qu'il s'est contenté d'analyser très-rapidement.

Pleurésie franche des vieillards. — M. STRAUSS communique l'observation d'une femme de soixante-douze ans, d'une bonne santé habituelle, sans aucun antécédent pathologique qui, sans cause appréciable, a été atteinte d'une pleurésie primitive, franchement inflammatoire et à épanchement très-abondant, ayant nécessité la thoracentèse et s'étant terminée rapidement par une guérison complète et définitive.

M. MOUTARD-MARTIN dit avoir assez souvent rencontré la pleurésie chez les vieillards et l'avoir vue se terminer rapidement par la guérison à la suite de la thoracentèse. Il se rappelle même, étant interne, alors qu'on ne pratiquait pas encore la thoracentèse, avoir observé plusieurs fois la pleurésie chez des personnes âgées et l'avoir vue également se terminer par une guérison rapide. Quoi qu'il en soit, il considère la thoracentèse comme indiquée chez le vieillard aussi bien que chez l'adulte.

Mais, à l'occasion de la communication de M. Strauss, M. Moutard-Martin signale le fait suivant dont il a été frappé dans ces derniers temps ; la thoracentèse, en ce moment, ne semble pas donner d'aussi bons résultats que ceux qu'elle donne habituellement ; les malades guérissent moins rapidement ; l'épanchement se reproduit plus vite et plus souvent. M. Moutard-Martin demande à ses collègues s'ils n'ont pas fait la même observation dans leur pratique, et si ce fait ne saurait pas être rattaché à une constitution médicale particulière.

M. FÉRÉOL dit avoir plusieurs fois constaté des guérisons rapides à la suite de la pleurésie, chez des viellards ; il se rappelle, entre autres malades, un homme de soixante-dix ans auquel a été pratiquée la thoracentèse et qui a très-bien guéri.

Quant à l'observation de M. Moutard-Martin, relativement à la lenteur de la guérison, à la suite de la thoracentèse, des cas actuels de pleurésie, M. Féréol n'a pas constaté le même fait ; mais il a été frappé de la fréquence des poussées tuberculeuses aiguës, de la granulie chez les malades atteints de pleurésie.

M. LABOULBÈNE, lorsqu'il était médecin de Sainte-Périnne, a vu plusieurs malades agées, guéries rapidement à la suite de pleurésies même graves.

M. BLACHEZ a eu à traiter cinq cas de pleurésies, dans ces derniers temps, à l'hôpital Necker ; trois ont guéri rapidement. Des deux autres, l'un avait un énorme épanchement, a subi la thoracentèse et est encore en traitement ; l'autre avait également un épanchement énorme qui a nécessité une première thoracentèse, il y a environ sept semaines ; le liquide rétiré était de la sérosité contenant du sang en proportion considérable ; l'épanchement se reproduisit dans l'espace de cinq jours ; nouvelle ponction donnant cette fois un liquide paraissant du sang pur ; le malade passe six semaines sans qu'une nouvelle intervention soit nécessaire ; mais, ce matin même, l'extrême étendue de la matité, la dyspnée intense du malade décident M. Blachez à pratiquer une troisième ponction ; il ne retira qu'une très-petite quantité de liquide, cette fois teinté de sang ; une ponction pratiquée dans un autre point, ne donna de même que trés-peu de liquide. M. Blachez pense qu'il avait affaire, dans ce cas, à une pleurésie, pour ainsi dire en train de se cloisonner, et attribue la matité étendue, qui pouvait faire croire à l'existence d'une nappe liquide abondante, à la formation d'un vaste exsudat fibrineux. Il fera connaître ultérieurement à la société la suite de cette observation.

Enfin, M. Blachez a ponctionné un autre malade atteint d'hydropneumo-thorax et a obtenu un liquide séreux, citrin, parfaitement clair.

M. MILLARD, contrairement à M. Moutard-Martin, a constaté dans le même hôpital, à Beaujon, que les malades atteints de pleurésie guérissaient rapidement et sans complications.

M. Strauss, dans l'observation qu'il a rapportée, a dit qu'il avait donné de la macération de digitale à sa malade dans le but de favoriser la diurèse. M. Millard, dans ces cas, s'abstient, au contraire, de donner des préparations de digitale, même à titre de diurétiques. Il en craint les effets sur le cœur.

M. STRAUSS n'a donné que 30 à 50 centigrammes de macération de feuilles de digitale ; à cette dose, il n'a constaté aucun effet particulier sur le cœur et a obtenu l'effet diurétique qu'il cherchait.

M. DESNOS a observé récemment un cas de pleurésie à épanchements abondants ayant nécessité la thoracentèse à plusieurs reprises. Après les deux premières thoracentèses, qui avaient donné un liquide sanguinolent, le lendemain matin, M. Desnos constata une accélération très-considérable du pouls, 150 pulsations par minute ; puis le pouls, après quelques heures, revenait à son état normal, 80 pulsations environ. Ce phénomène s'est reproduit les deux fois ; il ne s'est pas reproduit à la suite de la troisième thoracentèse. Ce malade ne présente aucune altération du cœur qui puisse expliquer cette particularité, l'épanchement siégeait du côté droit, et il n'y avait aucun déplacement du cœur. M. Desnos serait disposé à attribuer ce phénomène aux modifications survenant dans la circulation pulmonaire et, par suite, dans la circulation générale, à la suite de la décompression du poumon ; mais il donne sous toutes réserves cette explication, qui n'est pas à l'abri de certaines objections.

M. GÉRIN ROZE cite le cas d'un malade atteint d'une affection cardiaque, dans le cours de laquelle est survenue une pleurésie avec épanchement abondant ; il a dû pratiquer la thoracentèse, qui a donné une telle quantité de sang pur, qu'il a dû arrêter l'opération sans vider complétement la cavité pleurale. Ce malade n'en a pas moins très-bien guéri de sa pleurésie. M. Gérin Roze l'a revu un an et demi après, avec M. Hérard, et a pu constater que la guérison s'était maintenue. Depuis, ce malade a succombé à son affection cardiaque.

M. GUYOT a pratiqué une thoracentèse chez une femme atteinte de pleurésie avec épanchement, et a retiré une sérosité sanguinolente tellement abondante qu'il était très-effrayé des conséquences de l'opération. Cette femme, trois semaines après, était complétement guérie.

M. Guyot, de même que M. Blachez, a ponctionné des hydro-pneumo-thorax sans liquide purulent. Il fait observer d'ailleurs que

les auteurs ne signalent pas ce fait comme exceptionnellement rare.

M. LABOULBÈNE a ponctionné une femme qui avait été opérée d'un cancer du sein et chez laquelle s'était déclarée une pleurésie avec épanchement; il a retiré un liquide qui paraissait être du sang pur, mais qui n'était en réalité que de la sérosité sanguinolente, comme l'a constaté M. Méhu. M. Laboulbène ne croit pas d'ailleurs que, dans ces cas, on obtienne jamais du sang pur.

M. BUCQUOY a vu des cas de pleurésie avec épanchement, dans lesquels la thoracentèse donnait jusqu'à deux litres de liquide absolument semblable à du sang pur et les malades n'en ont pas moins très-bien guéri. Il a vu aussi un cas d'hydro-pneumo-thorax, dans lequel la ponction a donné un liquide séreux extrêmement abondant; le malade avait bien guéri mais il est revenu un an après, tuberculeux et atteint alors d'un pyo-pneumo-thorax, auquel il a succombé. Suivant M. Bucquoy, on ne doit pas rejeter la thoracentèse dans les cas d'hydro-pneumo-thorax.

M. FERRANT communiquera ultérieurement l'observation détaillée d'un malade, qui est entré dans son service, il y a cinq semaines, atteint d'albuminurie, de souffle cardiaque et d'une pleurésie droite avec épanchement; il présentait en outre, une asphyxie locale des extrémités; la gangrène était imminente. Sous l'influence d'une ponction nécessitée par l'abondance de l'épanchement pleural, les accidents d'asphyxie locale ont progressivement disparu et l'épanchement ne s'est pas reproduit.

M. GÉRIN-ROZE a donné de la macération de digitale dans des cas de pleurésie et n'a jamais constaté d'accidents du côté du cœur.

M. FÉRÉOL a essayé cette médication dans la pleurésie; il n'a pas constaté d'accidents, mais il a remarqué qu'on n'obtenait pas de diurèse aussi abondante que dans les maladies du cœur.

M. HÉRARD confirme l'observation de M. Féréol, en disant que c'est surtout et presque exclusivement dans les affections cardiaques que la digitale, au point de vue de la diurèse, donne des résultats remarquables.

M. MOUTARD-MARTIN n'a jamais hésité à pratiquer la thoracentèse pour des épanchements secondaires du thorax, chez des malades atteints d'affections cardiaques, et n'a pas été étonné de voir ces affections elles-mêmes s'améliorer à la suite de cette intervention.

Endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** présente une pièce fort curieuse qu'il a recueillie dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agit d'un cas d'endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Ces trois valvules portent à leur surface des végétations blanchâtres d'un volume assez considérable et dont l'une égale celui d'une framboise; l'artère pulmonaire elle-même est le siége, en un point limité, d'une endartérite à la surface de laquelle se trouve une volumineuse végétation. Le cœur droit n'est point hypertrophié, le gauche seul est légèrement augmenté de volume, mais les valvules des orifices mitral et aortique sont parfaitement saines. Voici en résumé les points principaux de l'observation qu'a présentée, à propos de cette pièce, M. Dujardin-Beaumetz. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui était entré à l'hôpital pour une anémie très-intense avec palpitations de cœur et pissement de sang. L'examen du cœur permettait de constater dessous le sternum, au niveau du troisième espace intercostal et plus à droite qu'à gauche, un souffle rapeux à double timbre, analogue au bruit de diable; ce bruit ne se prolongeait pas du côté des vaisseaux du cou, le pouls était régulier et ne présentait aucun des signes des rétrécissements et de l'insuffisance aortiques; rien du côté de la poitrine, *pas d'hémoptysie*; les urines renferment de l'albumine et des globules sanguins en grand nombre; ces urines étaient rares; ces symptômes remontaient à trois mois et le malade les rapportait à l'action du froid; jamais de fièvre intermittente, jamais de rhumatisme; pas de syphilis. On porta le diagnostic de néphrite albumineuse avec anémie. Les urines devinrent de plus en plus rares, elles cessèrent même complétement, des vomissements se produisirent et le malade succomba avec des symptômes d'urémie.

A l'autopsie, outre les lésions citées plus haut se trouvaient deux gros reins blancs; pas d'infarctus, si ce n'est dans le poumon où existait un de ces infarctus de récente formation.

A propos de cette observation, M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que cette lésion, dont il n'a trouvé jusqu'ici aucun exemple, est intéressante par l'absence d'hémoptysie et de lésion tuberculeuse, faits sur lesquels M. Constantin Paul a largement insisté. Il croit d'ailleurs qu'aucun lien ne rattache la néphrite observée avec les lésions du côté de l'artère pulmonaire.

La séance est levée à cinq heures.

Congrès périodique international des sciences médicales.

SECTIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ ET RAPPORTS PRÉVUS.

1re section. — *Médecine.*

1. Ulcérations de l'estomac. M. le professeur Lebert.
2. Affections parasitaires de la peau. M. Hardy, professeur de clinique médicale à Paris.
3. Étiologie de la fièvre typhoïde. M. Bouchard, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
4. Traitement de la fièvre par les bains. M. de Cévenville, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.
5. Du sort des tissus implantés dans l'organisme. M. Zahn, professeur d'anatomie pathologique à Genève.
6. Indications et valeur thérapeutique de la trachéotomie dans le croup. M. Revilliod, professeur de clinique médicale à Genève.
7. Pharmacopée universelle. M. le professeur Gille, de Bruxelles.

2e section. — *Chirurgie.*

1. Méthode hémostatique d'Esmarch. M. Esmarch, professeur de clinique chirurgicale à Kiel.
2. Influence des traumatismes sur la grossesse et réciproquement. M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à Paris.
3. Traitement de l'ozène. M. Rouge, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.
4. Résultats définitifs des résections articulaires. M. Ollier, chirurgien des hôpitaux de Lyon.
5. Galvanocaustique, M. Julliard, professeur de clinique chirurgicale à Genève.
6. Baraquements de transport des blessés.
7. Des fistules péniennes. M. J.-L. Reverdin, chirurgien adjoint de l'hôpital cantonal, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à Genève.

3e section. — *Accouchements, gynécologie.*

1. Souffle placentaire. M. Rapin de Lausanne.
2. Alimentation artificielle des enfants du premier âge. M. Zweifel, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen.
3. Anesthésie pendant l'accouchement. M. Piechaud, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.
4. De la loi d'accroissement des enfants pendant leur première année et de ses déviations physiologiques et pathologiques. M. Odier, chirurgien en chef de l'Hôpital cantonal de Genève.
5. Dysménorrhée pseudo-membraneuse. M. Gautier, médecin à l'hôpital Butini à Genève.

4e section. — *Médecine publique.*

1. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. M. Magnan, médecin de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris.
2. Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment. M. Guillaume, de Neuchâtel (Suisse).
3. Questions de géographie médicale. M. H. Cl. Lombard, de Genève.
4. Influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes. M. Dunant, professeur d'hygiène à Genève.

5e section. — *Sciences biologiques.*

1. Caractères physiques de la décharge électrique de la torpille. Analogies physiologiques de cette décharge avec la contraction musculaire. M. Marey, professeur au Collége de France.
2. Localisations cérébrales. M. Broadbent, médecin et professeur à l'hôpital Saint-Mary (Londres).
3. De la cause du sommeil. M. Preyer, professeur de physiologie, à Iéna.

4. Entozoaires de l'homme. M. C. Vogt, professeur à l'Université de Genève.

5. Fonctions de la rate. M. Schiff, professeur de physiologie à Genève.

6. Histologie de l'œuf et rôle du zoosperme dans la fécondation. M. H. Fol, de Genève.

7. Antagonisme physiologique. M. Prévost, médecin en chef de l'hôpital cantonal, professeur de thérapeutique, Genève.

6e section. — *Ophthalmologie*, etc.

1. Indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique. M. Warlomont, de Bruxelles.

2. Étiologie et prophylaxie de la myopie. M. Haltenhoff, de Genève.

3. Quelles sont les meilleurs méthodes pour déterminer l'étendue des principales fonctions de l'organe visuel : *a*) acuité, *b*) perception des couleurs, *c*) réfraction et accommodation, *d*) champ visuel (vision indirecte), *e*) mobilité de l'œil. M. H. Fol, de Genève.

4. Ténotomie du tensor tympani. M. Colladon, de Genève.

SECTION D'EXPOSITION.

Il sera fait pendant la durée du Congrès, une exposition des appareils où instruments nouveaux, usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc.

Les objets eux-mêmes devront être envoyés francs de port et de douane à l'adresse suivante : Direction de l'exposition du Congrès médical, docteur J.-L. Reverdin, place du Lac, Genève.

Ils devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain.

Messieurs les exposants devront faire connaître le plus tôt possible et en tout cas *avant le 15 août*, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition.

Les frais d'exposition seront à la charge des exposants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — *Inscriptions de juillet 1877.* — *Examens de fin d'année.* — 1° Inscriptions. — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 2 juillet; il sera clos le jeudi 19, terme de rigueur. Passé ce délai, nulle inscription ne sera reçue sans autorisation rectorale ou ministérielle, qui ne peut être accordée que pour des motifs graves.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin, et de une heure à quatre heures.

2° Examens de fin d'année. — Les examens de fin d'année commenceront le lundi 2 juillet.

MM. les étudiants actuellement pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année réglementaire ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens pendant le mois de juin (le vendredi et le samedi, de une heure à quatre heures).

Les élèves qui ont trois ou sept inscriptions devront consigner pour le premier ou le deuxième examen de fin d'année du 2 au 7 juillet, en prenant la quatrième ou la huitième inscription.

Les élèves qui ont quatre inscriptions devront consigner pour le troisième examen de fin d'année du 9 au 14 juillet, en prenant la douzième inscription.

Le doyen rappelle à MM. les étudiants de la première, deuxième et troisième année, qu'ils sont obligés de subir leur examen de fin d'année à la session de juillet.

— MM. les étudiants qui ont échoué à une date quelconque ou qui échoueraient d'ici au 15 juin, sont autorisés à consigner jusqu'à cette dernière date, et ils seront mis en série soit à la fin de juillet, soit dans les premiers jours d'août. Il ne sera reçu aucune consignation après le 15 juin, excepté pour les thèses.

Hôpitaux de Paris. — Les juges du concours pour trois places de médecin du bureau central, qui doit commencer le 4 juin prochain, sont : MM. Oulmont, Matice, Empis, Hardy, Molland, Guyot, Olivier, Vulpian, Charcot, M. Raynaud, Jaccoud, Potain, Richet, Lefort et Marjolin.

— M. le professeur Broca reprendra ses leçons cliniques chirurgicales à l'hôpital des cliniques, le mercredi 30 mai, à neuf heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 62. — JEUDI 31 MAI 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 31 MAI 1877. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien ne s'y opposant, l'Académie est rentrée dans la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, interrompue pendant deux séances. On se souvient que M. Chauffard, qui, dans deux discours successifs, a exposé et discuté les opinions en cours sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection et des maladies spécifiques en général, et plus particulièrement celles qui ont été soutenues par ses collègues au sein de l'Académie, a conclu par une sorte d'aveu implicite d'ignorance, — mais de cette ignorance qui se connaît et qui met le doute à la place et au-dessus des hypothèses, des affirmations pures et des conclusions fausses ou prématurées, points de départ ou aboutissants de toutes les théories étiologiques. Une seule chose, ou plutôt un seul principe est resté debout au milieu de ces décombres que M. Chauffard a accumulés autour de lui, c'est le principe de la spontanéité, principe nécessaire, suivant lui, de toute maladie, et qui s'applique même aux maladies spécifiques, dominant ainsi, et se subordonnant en quelque sorte, le principe de la spécificité. D'où cette conséquence, d'accord avec ce que montre l'observation, particulièrement en ce qui concerne la fièvre typhoïde, que son développement peut se rattacher à des causes banales, ou, sinon banales, ne possédant pas, du moins, le caractère spécifique.

Dans sa nouvelle argumentation d'hier, M. Chauffard reprenant la première partie de sa thèse, s'est proposé l'étude de cette question, savoir s'il est contraire à la logique d'admettre, pour la genèse des maladies spécifiques, d'autres causes que les spécifiques. « Si, a-t-il dit, la fièvre typhoïde et les maladies spécifiques sont de vraies maladies parasitaires, constituées par la prolifération sur le sol organique d'un ferment animé, si l'évolution propre de ce ferment commande l'évolution de la maladie, il n'y a aucun doute à concevoir : la maladie ne reconnaît qu'une cause, l'introduction, sur ce sol organique, du microzoaire qui doit s'y développer en maladie. Si l'observation ne permet pas de constater l'entrée de ce microzoaire dans l'organisme, c'est que l'observation est insuffisante. Il faut revenir forcément à l'opinion émise par M. Bouillaud, que le semblable ne pouvant produire que son semblable, tout agent non spécifique ne saurait produire une maladie spécifique, tout agent non contagieux ne saurait produire une maladie contagieuse. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait admettre une génération spontanée de l'agent contagieux, du ferment animé. Or, cette génération spontanée, je ne voudrais pas plus la soutenir que M. Bouillaud et que M. Pasteur. »

Si donc la fièvre typhoïde et les maladies spécifiques peuvent naître de causes communes, c'est-à-dire, non spécifiques, si elles peuvent surgir spontanément, c'est-à-dire en dehors de l'action fatale d'un ferment animé, si elles se constituent et se développent par les déterminations propres de l'organisme vivant, par son activité temporairement viciée, c'est que la genèse des maladies spécifiques ne répond pas aux théories parasitaires qui comptent aujourd'hui tant de défenseurs.

La question d'étiologie et la question de pathogénie étant inséparables, M. Chauffard, après avoir émis sur la première les considérations que l'on connaît, s'est attaché, dans cette dernière partie de son argumentation, à traiter la seconde et à démontrer qu'étiologie et pathogénie concourent et aboutissent aux mêmes conclusions. Il en a demandé les preuves à la clinique, à la pathologie expérimentale, à la médecine comparée et aux analogies qui ressortent de ces divers ordres de faits.

Il nous serait impossible de suivre ici, ni même dans le compte rendu, les développements dans lesquels est entré M. Chauffard, pour combattre la théorie parasitaire des maladies spécifiques, en opposant leurs caractères généraux, et surtout ce caractère aussi réel qu'insaisissable de la réceptivité, inhérent aux maladies spécifiques, aux caractères tout differents et en quelque sorte empreints d'une sorte de fatalité rigoureuse des maladies réellement parasitaires, ainsi que des maladies à venin. Nous nous bornerons à mettre sous les yeux de nos lecteurs, dans le compte rendu de la séance, le résumé que M. Chauffard a fait lui-même des points essentiels qui ressortent de ce double exposé étiologique et pathogénique.

Maintenant les expérimentateurs et les déducteurs de faits plus ou moins analogues, observés ou constatés dans d'autres champs d'étude, se devront-ils tenir pour battus et condamnés à l'inactivité et au silence par les fins de non-recevoir que leur oppose M. Chauffard au nom des grands principes de la pathologie générale, issus de l'observation et du sein même de l'étude de la vie? Nous ne le pensons pas et nous le regretterions. Ni M. Pasteur ni M. J. Guérin, directement mis en cause, ni M. Verneuil ni M. Alph. Guérin, indirectement impliqués, par les rapprochements et les rappels qu'a faits M. Chauffard au sujet de la septicémie, ni enfin MM. Guéneau de Mussy et Jaccoud, dont les doctrines ont été combattues pied à pied, ne voudront déserter leurs idées et se rendre sans lutte. Voilà donc, sans

compter les discussions déjà annoncées ou mises aux ordres du jour prochain sur l'aliénation mentale, sur l'aphasie et sur l'épilepsie, une perspective de séances animées et de nature à fournir plus d'un sujet d'intéressantes études et d'utiles réflexions à mon collaborateur M. Revillout, à qui je passe la plume pour le prochain trimestre, pendant lequel je prends congé de mes chers lecteurs pour me rendre à d'autres devoirs.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

VII

Description générale de l'anthracoïde du gland. — Comme les trois faits que je viens d'analyser ont présenté pendant toute leur évolution des caractères absolument semblables, et qu'en outre ils sont précis et à peu près complets, je pense qu'ils peuvent servir de base à une description générale de la lésion balanique, que je propose de désigner par le nom d'*affection gangréneuse aiguë* ou d'*anthracoïde* du gland.

Pour les raisons que j'ai énumérées plus haut à propos de chaque cas, je ne crois pas que sa cause directe, immédiate, soit le contact, ou l'inoculation pendant le coït, sur la muqueuse génitale, d'un principe virulent, chancroïdal ou syphilitique. J'en ai eu la démonstration rigoureuse dans le premier cas, puisque la femme, que j'ai soumise à un examen minutieux, ne présentait aucune lésion contagieuse ou autre des organes sexuels. Dans le troisième cas, l'intervalle qui s'était écoulé entre le coït et l'apparition de l'anthracoïde contrariait la double hypothèse d'une contamination par le virus chancreux ou par le virus syphilitique. Enfin, dans le second cas, dont l'étiologie est plus suspecte, les renseignements ne sont pas favorables à l'idée d'une affection transmise, puisque, paraît-il, la femme n'était pas alors malade et qu'elle ne l'a pas été depuis.

On ne manquera pas de m'objecter que l'*anthracoïde du gland* ne s'observe pas chez les personnes d'une continence absolue, et qu'il arrive toujours qu'on trouve des rapports sexuels plus ou moins rapprochés de l'événement. Je l'avoue; mais il ne faudrait pas voir là un argument irréfutable. Est-ce qu'à une certaine période de l'existence, l'exercice des fonctions génitales ne se mêle pas plus ou moins à tous les actes de la vie normale ou pathologique?

D'ailleurs, je ne nie pas la part qu'il faut faire au coït dans l'étiologie de l'anthracoïde du gland; mais je lui refuse le caractère virulent et contagieux, et je restreins son influence à une action mécanique et traumatique ou à une sorte d'irritation que produit facilement, chez certains sujets prédisposés, l'âcreté de leurs propres sécrétions ou de celles des organes génitaux avec lesquels ils sont en contact.

Il y a beaucoup de balano-posthites qui n'ont pas d'autre cause. Elles offrent toutes les apparences d'une inflammation virulente et contagieuse, et pourtant ne le sont pas, puisque le contact incessant de leur pus sur le méat urinaire et la portion balanique de l'urèthre, qui en sont baignés, ne produit pas de blennorrhagie. Eh bien, ces balano-posthites, lorsque le processus inflammatoire s'élève à un très-haut degré, et qu'il survient du phimosis, peuvent devenir rapidement gangréneuses. On se figure volontiers qu'elles sont alors symptomatiques de chancres simples sous-préputiaux. C'est une erreur. La plupart du temps, les ulcérations, les érosions, la perforation gangréneuse qui labourent et détruisent le gland et le prépuce sont le fait de la pénétration et de la concentration du travail morbide dans les glandes sébacées. Ajoutez-y la turgescence érysipélateuse de tous les tissus voisins, l'obstacle à son expansion dans les glandules eux-mêmes et dans tout l'organe, l'ischémie qui en est la conséquence, etc., et vous n'aurez pas besoin de faire intervenir le virus chancreux pour expliquer ces graves complications. D'ailleurs personne, que je sache, ne l'a encore démontré par l'inoculation. J'ai souvent essayé d'inoculer le pus des balano-posthites suraiguës avec phimosis, parce que je supposais qu'elles étaient produites par des chancres simples sous-préputiaux. Je n'ai jamais réussi à obtenir un résultat positif; et pourtant, quelques-unes de ces balano-posthites sont devenues gangréneuses et ont entraîné des pertes de substance considérables du gland et du prépuce. Il y a dans ces affections, qu'on suppose très-connues, beaucoup de côtés obscurs; mais ce n'est pas ici le moment de m'en occuper. Je reviens à l'anthracoïde du gland.

Je ne l'ai vu siéger jusqu'à présent que dans la rainure et sur la couronne. C'est évidemment là son lieu d'élection. Il affecte même le côté gauche plutôt que le côté droit; c'est peut-être un simple effet du hasard. Toujours est-il que, dans la région indiquée, doivent exister des conditions de structure qui favorisent sa production. J'ai déjà dit que là le tissu cellulaire est abondant, condensé et d'une vascularité très-riche, puisque de ses nombreux réseaux partent les touffes d'artérioles qui plongent dans la base du gland et vont se distribuer sur tous ses points. La muqueuse de la rainure, qui est épaisse et très-adhérente aux tissus sous-jacents, est pourvue d'un grand nombre de glandes sébacées, dont les culs-de-sac pénètrent jusque au-dessous d'elle dans le tissu érectile de la couronne et dans le tissu conjonctif intermédiaire au gland et aux corps caverneux.

Eh bien, c'est dans les dépressions de la muqueuse en ces points, dans ces glandules sébacées, que se forme la petite tumeur inflammatoire qui aboutit à la gangrène. Elle est, dès le principe, ou elle devient rapidement profonde et comme sous-muqueuse. Son volume dépend de l'intensité et de la puissance expansive du processus irritatif, et sans doute aussi du nombre des organes glandulaires qui ont été envahis. Peut-être y a-t-il, comme dans l'anthrax, plusieurs foyers conglomérés qui ne tardent pas à se fondre en un seul et à lui communiquer toute leur activité destructive. Cette activité destructive provient du fait même d'une hyperémie et d'une inflammation très-aiguës, concentrées dans des organes et dans des milieux organiques qui entravent l'évolution des produits morbides et les condamnent à une mort prématurée. Mais ce n'est pas seulement la vitalité des produits morbides qui est compromise, c'est aussi celle des tissus au sein desquels s'effectue leur élaboration. Voici comment: la tumeur inflammatoire formée dans les culs-de-sac glandulaires grossit rapidement; elle ne tarde pas à comprimer les réseaux et les touffes artérielles qui l'entourent; il en résulte une gêne de la circulation dans la sphère de l'irrigation vasculaire du district. Peut-être même la propagation du travail inflammatoire jusqu'aux vaisseaux nourriciers s'ajoute-t-elle à leur compression pour produire une thrombose très-rapide, qui, du jour au lendemain, arrête tout accès du sang dans la tumeur, ou le rend insuffisant. Aussi qu'arrive-t-il? C'est que, instantanément, toute la partie qui était enflammée meurt et tombe en gangrène. Cette brusque transformation d'un processus irritatif en une action nécrobiotique fou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mai 1877.

droyante ne peut s'expliquer que par l'ischémie et la thrombose. Ainsi se forme et se consomme l'action morbide qui constitue l'anthracoïde du gland.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer l'analogie d'un pareil processus avec celui de certains anthrax à évolution rapide; mais je veux insister sur ce point que le travail érosif ou ulcéreux de la surface, si tant est qu'il existe, ne joue qu'un rôle insignifiant ou à peu près nul dans la pathogénie de l'anthracoïde. Il est un effet bien plus qu'une cause. Tout au plus est-il l'occasion de ce qui se passe plus profondément au-dessous de lui, dans les culs-de-sac glandulaires, dans le tissu conjonctif et érectile, et surtout dans les faisceaux vasculaires de la région. J'ai fait observer que la masse gangréneuse restait longtemps adhérente au fond du foyer. Son pédicule, qui saigne avec tant de facilité, est constitué précisément par ces faisceaux vasculaires artériels et veineux, thrombosés au ras de la partie sphacélée, et que doit achever d'oblitérer, en amont le travail cicatriciel qui marche, dans son œuvre de réparation, de la périphérie vers le centre.

VIII

Ce n'est pas ainsi que se passent les choses dans les chancres simples qui se compliquent de gangrène. Quoique un pareil accident survienne en général pendant la première période de l'ulcère vénérien, celui-ci cependant a eu le temps de se former. On a pu constater ses caractères et les modifications qui se produisent peu à peu ou tout à coup dans ses bords, dans sa sécrétion, dans toute sa manière d'être, à mesure que le processus inflammatoire, puis le processus gangréneux qui en est la conséquence, s'emparaient de lui dans toute l'étendue de la sphère de virulence. Il en est de même pour les chancres indurés qui deviennent gangréneux; et là on a, en plus, pour suivre la filiation des phénomènes et révéler la nature de la lésion initiale, une circonstance qui fait très-rarement défaut: je veux parler de l'adénopathie spécifique qui se développe dans les aines.

L'anthracoïde du gland, bien qu'il se rapproche à beaucoup d'égards des chancres devenus gangréneux, au point qu'on l'a englobé avec eux dans la même description, s'en distingue par son mode pathogénique que je viens d'exposer et surtout par cette particularité capitale que la lésion initiale et occasionnelle, rougeur, écorchure, éraillure, érosion, est imperceptible et éphémère, tandis que la tumeur inflammatoire et la gangrène qui l'envahit d'emblée constituent tout l'accident.

Tous les auteurs qui ont étudié les complications gangréneuses des chancres en font remonter la cause à une disposition morbide générale, temporaire ou permanente, accidentelle ou constitutionnelle. L'âge avancé, l'alcoolisme chronique surtout ont été signalés parmi les influences qui favorisent les phlogose à terminaison gangréneuse. On pourrait en dire autant de beaucoup de cachexies; mais assurément que la plus puissante dans ce sens est la cachexie diabétique; on a même signalé des gangrènes d'emblée produites sur les organes génitaux par la seule action de cette cause. Il existe, en outre, des causes locales telles que pansements irritants, cautérisations intempestives, étranglements résultant des phimosis et des paraphimosis symptomatiques de l'ulcération chancreuse.

Dans les trois anthracoïdes du gland que j'ai rapportés, je n'ai découvert aucune cause d'irritation locale, ni d'étranglement balano-préputial. Les phénomènes se sont déroulés dans une sphère très-restreinte chez des individus qui n'y paraissaient prédisposés par aucune idiosyncrasie ni aucun état morbide antérieur, local ou général.

Parmi les symptômes de l'anthracoïde du gland, la douleur est un des premiers et des plus aigus. On peut la considérer comme l'avant-coureur du processus gangréneux. Elle est spontanée et exaspérée par le moindre contact. Elle s'élève à un degré d'intensité qu'on observe rarement dans le chancre simple, presque jamais dans le chancre syphilitique, à moins de complications inflammatoires ou phagédéniques. Son analogie avec la douleur térébrante du furoncle et de l'anthrax est frappante. Elle ne se calme que lorsque le foyer inflammatoire a été converti en foyer gangréneux.

La rougeur, la tuméfaction, la tension des tissus, l'œdème périphérique se produisent en même temps qu'elle et constituent le groupe des phénomènes irritatifs dont la violence s'accroît pour ainsi dire d'heure en heure, au point de rendre comme visible, avant qu'elle existe, la terminaison par le sphacèle. Ces phénomènes sont groupés et concentrés sur un même point au lieu de se répandre au loin et d'envahir de larges surfaces comme les inflammations érysipélateuses balano-préputiales qui peuvent aboutir, elles aussi, à la gangrène.

Quoique le foyer du mal soit très-circonscrit, il réagit énergiquement sur la santé générale. Presque toujours, une fièvre véhémente s'allume et dure trois ou quatre jours. Elle est accompagnée de sueurs profuses non critiques, de courbature, de prostration des forces ou d'agitation, d'insomnie, d'embarras gastrique, etc. Cet appareil de troubles généraux tombe presque tout à coup, du moment que la gangrène s'est effectuée dans tous les points qu'elle doit atteindre et que la surface de démarcation entre les parties mortes et les parties vivantes commence son œuvre de réparation.

Il est difficile de calculer d'avance les pertes de substance que le sphacèle fera subir à l'organe. En général, cette perte est proportionnée à l'étendue du foyer de l'inflammation; comme lui, elle est profonde, à peu près circulaire, et occupe une partie de la rainure et le tiers de la moitié antérieure du gland.

Les complications à craindre pendant la période de réparation et d'élimination, ce sont les hémorrhagies et les perforations du canal de l'urèthre. Il est impossible de prévenir ces dernières qui, fort heureusement, sont rares. Quand aux premières, il suffit pour qu'elles n'aient pas lieu de ne rien tenter sur la masse gangréneuse, ni traction, ni excision, et d'en abandonner l'élimination aux seuls efforts de la nature.

Une particularité des plus remarquables et qui m'a toujours frappé, c'est l'absence de tout retentissement du côté des ganglions. Peut-être n'en est-il pas toujours ainsi; mais je puis affirmer que, dans les cinq cas qui me sont personnels, aucun des ganglions inguinaux n'est devenu tuméfié ou douloureux. S'il existait une adénopathie multiple, dure et indolente, il serait à craindre que la gangrène se fût développée sur un chancre infectant.

Le pronostic de l'anthracoïde du gland n'est pas grave, si on se place au point de vue de l'état général et des conséquences constitutionnelles de l'affection. Elle est toute locale et n'irradie même pas son action dans la sphère des lymphatiques génito-inguinaux. Aussi, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, le bubon inflammatoire et phlegmoneux n'est pas à redouter. La gravité de la lésion consiste dans la perte de substance qu'elle occasionne et dans la possibilité d'une fistule uréthrale de la région balanique.

Il est difficile de conjurer ce danger local et d'en limiter la portée. Le traitement pendant la période inflammatoire doit être énergiquement antiphlogistique. Mais comment le rendre

tel, dans cette région et sur ce point circonscrit? L'application de sangsues n'y est pas possible. Tout au plus pourrait-on recourir à une ou deux scarifications, ou même à une profonde incision dans l'épaisseur du foyer inflammatoire. Il faudrait, en un mot, traiter l'affection comme un petit anthrax. Des pansements avec des lotions désinfectantes et légèrement excitantes suffisent pendant la période de réparation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale, dite de Cansalade, dans la commune de Salies de Béarn (Basses-Pyrénées).

M. le docteur Labat adresse une lettre accompagnant l'envoi d'une série de brochures et monographies sur diverses eaux minérales de l'Europe qu'il a prises comme types et étudiées sur place.

M. le docteur Pons (de Bez-le-Vigan) adresse une note sur un *cas curieux de léthargie*.

M. le docteur Ledouble adresse une lettre accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : *Essai de pathogénie et de traitement des hémorrhagies de la paume de la main.*

M. le docteur Hospital, de Lezoux (Puy-de-Dôme), envoie une observation de hernie du cerveau qui s'est produite sur une jeune femme de vingt-deux ans.

M. Gallard se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale.

PRÉSENTATIONS

M. Tarnier, au nom de M. le docteur Bailly, présente un bout de sein artificiel transparent.

M. Gavarret, au nom de M. Germer-Baillière, présente un volume intitulé : *Le son et la musique*, par Blaserna, professeur à l'université de Rome, suivi des *causes physiologiques de l'harmonie musicale*, par M. Helmholtz, professeur à l'université de Berlin.

M. Bergeron, au nom de M. Proust, présente un volume intitulé : *Traité d'hygiène publique et privée.*

M. Larrey présente un fascicule du *Bulletin de la Société médicale d'émulation.*

M. Leroy de Méricourt, au nom de M. le docteur Baraillier (de Rochefort) présente l'article *Myrtacées*, *Eucalyptus*, extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Le Fort, au nom de M. le docteur H. Picard, présente un volume intitulé : *Traité des maladies de la prostate.*

M. le Président rend compte à l'Académie de la visite que le bureau a faite à M. le ministre de l'instruction publique.

Il annonce, en outre, que M. Burdel (de Vierzon) assiste à la séance.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ORIGINE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Chauffard lit la troisième partie de son argumentation, qu'il résume en ces termes : la cause occasionnelle des maladies spécifiques et de la fièvre typhoïde en particulier, peut appartenir à des faits d'ordre commun et à des faits d'ordre spécifique; elle peut même faire défaut. Le caractère propre et nosologique des maladies spécifiques ne saurait donc, en général, être fourni par la cause extérieure et occasionnelle de ces maladies. La maladie spécifique a pour caractère et pour cause essentiels une conception et génération morbides spécifiques, au sein de l'activité vivante. Cette génération morbide spécifique a pour représentant un produit spécifique, aboutissant, et réalisation de la spécificité morbide. Ce produit spécifique n'est pas un élément figuré distinct; dans les maladies virulentes, il s'identifie avec les granulations corpusculaires normales observées dans les humeurs saines ou pathologiques, et dans les éléments histologiques de nos tissus.

Il est probable que dans les maladies spécifiques non-virulentes, ces mêmes granulations restent la représentation de la spécificité. Rien ne décèle le pouvoir morbide de ces granulations que l'approche d'un organisme sain, chez qui elles provoquent la maladie spécifique qu'elles représentent d'une manière latente. On peut donc logiquement réduire en un tout les caractères essentiels de la maladie spécifique, et nous arrivons ainsi à cette définition : La maladie spécifique, quelles que soient ses causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission de produits spécifiques, c'est-à-dire, capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit.

Cette définition, nous l'avions déjà donnée dans notre travail sur la spontanéité de la spécificité; nous ne pensons pas qu'on puisse en fournir une plus exacte. Elle substitue le fait constant et vrai au fait aléatoire ou erroné, énoncé dans la définition vulgaire qui attribue la spécificité à une cause spécifique nécessaire. Cette dernière notion a pour elle sa logique superficielle, sa forme rationnelle apparente; ce sont là, j'en conviens, de grandes raisons de durée. Je ne désespère pas, cependant, de voir la lumière se faire sur ce sujet, il y faut le temps; l'erreur vient vite, s'établit aisément et est lente à disparaître. Il en est ainsi, surtout dans la science de l'homme vivant et malade, qui doit en appeler à toutes les sciences, mais que trop souvent les sciences appelées à l'aide tendent à envahir et à subjuguer, substituant ainsi la condition des phénomènes à leurs causes, des fictions analogiques au caractère autonome et vrai.

J'ai déjà assisté à une mémorable discussion très-analogue à celle qui occupe l'Académie en ce moment; il s'agissait de la fièvre traumatique et de l'infection purulente. Ici encore on voulait tout soumettre à un poison formé dans la plaie ou à des germes infectieux flottant dans l'air. Tout cela s'englobait sous le nom élastique et vague de septicémie. Le poison propre à toute plaie, la sepsine, qu'avait adopté M. Verneuil, est à peu près oublié; les résorptions putrides et les germes flottants dans l'air règnent encore sous une forme indéterminée, et les chirurgiens croient se défendre contre eux par les pansements ouatés ou anti-septiques, et ces pansements sont, en effet, excellents, mais agissent autrement qu'on ne le pense. On prétend réduire ainsi toute l'étiologie de l'infection purulente à ce seul fait, et la pathogénie reste soumise aux théories parasitaires. A côté de la contagion possible dans ces cas, comme dans la fièvre typhoïde, on ne veut pas admettre franchement la spontanéité du mal; et cette contagion, on l'attribue a un parasite animé et non à des granulations élémentaires que tout blessé, quel qu'il soit, répand innombrables dans chaque goutte de pus. On ne veut pas voir que le blessé est l'agent producteur et premier de l'état spécifique dans lequel il tombe, et que si la contagion l'atteint, c'est que, le plus souvent, il s'y est préparé au point de l'appeler de partout, et même de la réaliser spontanément. Un jour viendra où toute cette absolue panspermie pathologique fera place à une plus sévère appréciation des choses, et où l'on songera à étudier sérieusement les conditions organiques générales du blessé; et l'on trouvera alors, dans ces conditions, la cause première et pathogénique des fièvres traumatiques. Je ne désespère pas de voir M. Verneuil entrer lui-même dans cette voie, lui qui, dans une série de belles études, dont la pathologie générale tirera profit, étudie magistralement l'influence des grandes diathèses sur les accidents traumatiques.

Pourquoi, en retour, n'étudierait-il pas l'influence des accidents traumatiques et du travail de suppuration sur l'état général du blessé et pourquoi refuserait-il de trouver, dans cette influence, l'une des causes majeures des grandes fièvres traumatiques? Son esprit alerte et chercheur y viendra peut-être.

Les efforts que je fis dans la discussion que je viens de rappeler, je les reproduis aujourd'hui au sujet de l'étiologie et de la pathogénie de la fièvre typhoïde. Ici encore, je fais appel à la spontanéité méconnue de l'organisme vivant, maître de ses déterminations pathologiques, alors même qu'elles sont sollicitées par un agent spécifique et contagieux. C'est cette spontanéité qui donne toute l'étiologie et toute la pathogénie de la fièvre typhoïde; en dehors d'elles, tout tourne à l'erreur, et dans ce virement, il n'en est pas de plus

éloigné des réalités, que celui qui donne pour unique cause de la fièvre typhoïde, le contage, ou le poison typhoïque comme disent quelques médecins, et pour unique pathogénie la théorie parasitaire. Celle-ci est la chute complète de la vérité médicale. A mon sens, on ne saurait tomber plus bas.

La vérité ne fournit pas seulement le spectacle réel des choses, elle prémunit contre les illusions ambitieuses et les vaines espérances. L'erreur porte de soi vers celles-ci et tend à nous attribuer des pouvoirs qui nous feront toujours défaut. L'étiologie et la théorie parasitaires de la fièvre typhoïde poussent à l'idée, que l'on pourra un jour supprimer de la pathologie, la fièvre typhoïde et l'ensemble des maladies spécifiques. C'est la pensée qu'exprime le docteur Budd en un langage plus emphatique que précis, et auquel M. Guéneau de Mussy applaudit trop aisément. J'emprunte au livre de mon savant collègue, l'expression des opinions du docteur Budd : « L'homme qui subjugue pour la faire servir à son usage les forces les plus titaniques de l'univers, pourrait-il rester à la merci de ces ignobles choses ? c'est une antithèse trop violente pour être permanente. La soumission des puissances de la nature à notre volonté m'a toujours paru impliquer, comme conséquence et complément, l'espoir d'arriver à mettre sous nos pieds les fléaux naturels. »

L'utopie est séductrice et flatte notre orgueil ; mais elle est malsaine ou indigne de la science. Si la fièvre typhoïde relève de lésions parasitaires, on peut, en effet, nourrir le vague espoir de débarrasser l'humanité de ces ignobles choses, pour employer le langage du médecin anglais. J'ignore comment on pourrait le faire, mais théoriquement cela ne serait pas impossible. Si, au contraire, la fièvre typhoïde sort de de notre spontanéité vivante, si nous l'engendrons en nous-mêmes et de notre sang, si elle surgit de toutes les conditions sociales et nécessaires qui nous enveloppent, nous nous bercerions de chimères en pensant qu'elle disparaîtra d'au milieu de nous. De toutes les maladies septiques, elle semble la plus naturelle, la plus attachée à notre chair organique, le produit inéluctable de la civilisation ; elle ne sera pas déracinée d'entre nous. Nous pouvons comme le dit le docteur Budd, diriger les forces titaniques du monde physique, cela est vrai ; en quoi cela implique-t-il que nous deviendrons les maîtres de ces fléaux naturels qui sont comme une forme obligée des perversions de la vie humaine ? La fièvre typhoïde vient en nous de mille sources ; notre milieu social et nous-mêmes, nous concourons incessamment à sa génération ; c'est de l'utopie et de la déclamation de croire et de dire que nous pouvons l'étouffer un jour.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS

Les médecins au Japon (1)

Par M. le docteur G. Maget
Médecin de première classe de la marine.

Suivant cette loi générale qui, au Japon, range les gens des arts et métiers en diverses corporations, les médecins (*ichias*) forment une caste spéciale. Un bon nombre d'entre eux, issus de familles d'Hattamotos, c'est-à-dire de cette petite noblesse dont s'entoura jadis le taïkoun Yehgaos, ont, en conséquence, conservé certaines prérogatives. En cette qualité, ils ont le droit de porter le sabre à la ceinture, la jaquette de soie armoriée selon la famille, et la jupe de cavalier ; il leur est permis d'avoir toute la barbe et toute la chevelure, et d'habiter des maisons construites dans le style officiel ; ils ne sont, enfin, justifiables que de leurs pairs. Par ces priviléges, qu'ils partagent avec la grande caste officielle, ils restent donc ostensiblement au-dessus des classes inférieures, et cela, malgré les relations de métier qu'ils ont sans cesse avec elles. C'est ainsi qu'on peut dire qu'ils tiennent le milieu entre la noblesse qui administre et les administrés : agriculteurs, marchands et artisans. Dans notre propre organisation féodale, la position du médecin fut-elle jamais entourée de conditions aussi favorables ?

Estimés de tous, à cause de leur savoir et de leur esprit pacifique et indépendant, ils furent plus d'une fois enlevés de leur modeste position par des lettrés de haut parage, fanatiques comme eux de la nature et des doctrines de Confucius. Savants et médecins à la fois, ils dépendaient naguère encore de la cour sacrée de Kioto, dont la meilleure partie, constituée en académie, exerçait sa sanction et son aimable contrôle sur tout ce qui appartenait aux cultures de l'esprit. Toujours préparés à l'étude des connaissances étrangères, ils furent ainsi les premiers à prêter leur appui et leur érudition aux chercheurs qui arrivèrent d'Europe et qui ne tarissent pas d'éloges à leur égard.

A la maison des grands daïmios feudataires étaient attachés des médecins entourés des plus grands égards ; un nombreux personnel médical figurait aussi dans la cour des derniers taïkouns. L'ancienne médecine, encore en faveur à Yédo, y est représentée par un groupe très-honoré de fonctionnaires qui paraît participer aux privilèges de la grande noblesse au milieu de laquelle il vit, et dont il porte d'ailleurs les insignes (1).

Au-dessous des médecins vraiment dignes de ce nom, végète la tribu considérable des empiriques qui, loin de partager le savoir et les qualités des premiers, résume leurs connaissances en quelques pratiques immuables. Enfin, le dernier rang de l'échelle médicale est tenu par ces thérapeutes émanés des congrégations religieuses, débris peu vénérables de la médecine des temps primitifs, qui, revêtus de la robe et du surplis, et tête rasée, parcourent les échoppes des marchands et les maisons bourgeoises, diagnostiquant les maladies d'après la position fortuite de petits bâtons enfilés en chapelets et traitant leurs malades à coups d'amulettes, de prières et d'évocations astrologiques ; d'autres aussi, revêtus d'une robe couverte de figures cabalistiques, ont la réputation de faire revenir les moribonds à la vie, conjurent les mauvais sorts, éloignent les esprits malins et lisent au besoin dans l'avenir.

Les médecins de l'ordre régulier ont, pour la plupart, fait leurs études aux écoles de médecine chinoise fondées depuis longtemps à Nangasaki, à Yédo et à Kioto, ou dans des écoles mixtes dispersées dans le pays. Beaucoup, cependant, sont médecins de père en fils, celui-ci devenant le continuateur du père après en avoir été l'élève, — chercheurs infatigables, après s'être assimilé les connaissances venues de la Chine, ils n'hésitèrent pas à puiser à la source féconde importée d'Europe par les Hollandais. Kaempfer, arrivant au Japon en 1690, constatait déjà les progrès qu'ils venaient de faire dans cette nouvelle voie, et prit ainsi à cœur de poursuivre une œuvre civilisatrice si bien inaugurée par ses compatriotes, et dont ses successeurs ne devaient plus de longtemps se départir. Qu'obtinrent ces derniers, en récompense de leurs incessants travaux ? Le seul honneur de présenter à l'ancien monde quelques secrets arrachés par une pénible constance à leur très-méfiant entourage, ou fournis par le plus fortuit des hasards. On n'a pas encore oublié que Thunberg, second médecin de la colonie néerlandaise, fut contraint pendant longtemps d'étudier la flore de Nagasaki sur les fourrages qu'on apportait dans la prison de Désima. Un jour qu'il demandait la faveur d'herboriser au dehors comme son prédécesseur, on lui refusa, en alléguant que celui-ci « était premier médecin, et que, de mémoire d'homme, on n'avait vu un second médecin comme lui herboriser sur le sol japonais. »

Vis-à-vis de nous, la gent officielle, dans ses relations diplomatiques, sait encore faire usage de ces refus machiavéliques.

Vers 1859, Pompe van Meerdervoort, renouvelant un célèbre épisode scientifique, donnait à ses élèves indigènes la première démonstration anatomique sur le cadavre d'un supplicié, retiré prudemment, à cet effet, à l'extrémité d'un promontoire solitaire de la rade de Nangasaki. Inutile précaution : le bruit se répandit à la hâte qu'un étranger, contre toutes les lois établies, venait de voler la dépouille d'un mort. La population s'agite et menace, et, pour calmer les esprits, il fallut que le gouverneur en personne prit

(1) Extrait des « Archives de médecine navale » pour mai 1877.

(1) Les médecins des maisons princières étaient tenus de goûter aux médicaments qu'ils prescrivaient.

les devants, annonçant « que ce qui venait de se passer était dans l'intérêt de tous et dans celui de la science, et qu'on rendrait d'ailleurs aux dépouilles du mort les honneurs qu'on leur devait. » Il n'en fallut pas plus pour faire admettre au Japon l'étude de l'homme sur l'homme. N'oublions pas que, chez nous, l'opinion fut jadis un peu plus hésitante à ce sujet. Initiant l'Europe au Japon, et le Japon à l'Europe, les médecins hollandais de Désima se succédèrent ainsi, sans jamais faillir, dans l'ingrate tâche qu'ils s'étaient si bénévolement imposée. A Kaempfer et à Thunberg, la colonie néerlandaise éleva jadis une pyramide commémorative dans l'enceinte même du petit jardin botanique qu'ils avaient créé. Voilà tout ce que la reconnaissance des hommes laisse à la mémoire des deux illustrations d'une génération si désintéressée! Les Japonais firent moins encore. Malgré le long apostolat scientifique qu'ils avaient gratuitement accompli dans leur pays, les Hollandais de nos jours se virent dépouillés d'un héritage qui leur revenait de si bon droit. Quand on créa des écoles à l'européenne, on les confia à d'autres mains.

A Yédo, il existe une école de médecine munie d'un nombreux personnel de nationalité allemande, qui y enseigne toutes les branches de l'art; elle est destinée à fournir des praticiens experts à tout le pays, à l'armée, à la flotte. Des jeunes gens y entrent avec études préliminaires, puis apprennent la langue enseignante, sans jamais, pour cela, parvenir à la connaître à fond.

Après trois ou quatre années d'études, on les livre à la pratique de leur art, munis d'un peu d'allemand et d'un certain bagage médical; tels sont les néophytes réguliers. En dehors de ceux-ci est une nuée de jeunes officiers qui se jugent dignes de figurer dans la nouvelle phalange pour avoir assisté pendant quelques mois à la visite d'un docteur européen. J'ai connu un jeune hattamotto de Kanga, qui, pour avoir fréquenté la visite des médecins de notre hôpital, avait su se créer une clientèle merveilleuse dans un des faubourgs de Yokohama : son acquis consistait en quelques prescriptions qu'il récitait sans les comprendre, et appliquait en toute occurrence, le tout enluminé de quelques bribes d'un mauvais français qu'il faisait résonner aux oreilles stupéfaites de ses clients; encore était-il dans les meilleurs.

Passant un jour dans une rue indigène de la même ville, je m'approchai d'un groupe de curieux assemblés devant la boutique d'un pharmacien ou mieux d'un marchand de médicaments à l'européenne; spectacle nouveau et pour eux et pour moi, on y traite en plein vent, suivant la nouvelle méthode. Le sujet est un moribond porté sur une civière, entouré de ses proches, fixés dans une anxieuse attente. Du fond de l'officine surgit l'agent médical, qui, à distance respectueuse, jette un regard négligent sur son malade, et daigne lui demander son mal : à quoi celui-ci répond, en indiquant l'estomac d'un geste hésitant. Il n'en fallait pas plus à notre homme pour établir son diagnostic. Il s'élance vers ses menaçantes étagères, y prend incontinent une pincée d'une poudre blanche qu'il fait prendre à son client, et dont je me félicite encore de ne pas savoir le nom; puis, satisfait et payé, il va s'accroupir et tisonner nonchalemment avec les stylets de son *chibachi*.

La noblesse et les bourgeois aisés commencent à peine à se servir des médecins de la nouvelle école, que le peuple n'environne pas toujours de ses meilleurs sentiments. Quand Osaka fut ouvert aux étrangers, et que les médicaments européens y entrèrent, on attribua leur efficacité à une préparation criminelle; ils étaient faits, disait-on, « avec le cœur et les yeux des jeunes enfants », calomnie engendrée par une stupide superstition qui faillit ici amener les sanglantes scènes qui, quelques années après, et pour la même raison, surgirent à Tien-tsin. Il faut dire aussi que les praticiens de la vieille école considèrent avec une certaine défiance les jeunes émissaires du progrès, ces *doctoro-san*, comme ils se nomment eux-mêmes avec tant d'affectation, auprès desquels ils exercent et exerceront côte à côte.

Le soin des accouchements est abandonné aux matrones, qui avaient la réputation de faire un coupable emploi de leur profession dans un pays où l'avortement était accepté. Les médecins paraissent, d'ailleurs, peu versés dans l'obstétrique, et, si l'on en croit la rumeur publique, il arriva souvent aux sommités de l'art d'amener mort-né celui qu'on attendait avec impatience pour succéder au Fils du ciel.

Le patron de la médecine, l'Hippocrate nipon, est Yakousi, auquel on élève des autels et des temples, dont le plus célèbre est le long du *tokaïdo*, près de Kioto. C'est un vieillard au front développé, à l'impossible physionomie, debout sur une feuille de lotus, ce qui, avec l'auréole qui ceint la tête, indique suffisamment son origine boudhique; il tient quelquefois en main la crosse des saints.

Dans les grandes villes, les médecins de qualité habitent un quartier particulier. A Yédo, c'est celui de Sitaïa, qui occupe la rive droite de l'O-gawa, au pied même des jardins d'Ouenou. Leur résidence, du côté de la rue, s'annonce par un portail, sorte de réduction des *toris* sacrés, et insigne des demeures d'officiers, encadrant une porte à deux battants, qu'on ouvre exceptionnellement, et flanqué d'une petite porte de service de chaque côté; le tout fait de boiseries peintes de noir, agrémentées parfois de cuivrures verdies. Au delà d'une petite cour, parcourue d'un sentier dallé, ornée d'arbustes taillés et d'un vivier d'où s'échappe un bouquet de feuilles aquatiques, on aperçoit le vestibule propret où sont exposés les boites à médicaments aux innombrables tiroirs, et les sabres étagés sur leur portoir, objets dont la richesse variable témoigne de la vogue du propriétaire. C'est là que veille, dans la posture accroupie, le *Koskeï* du traitant, tout vêtu de noir, chargé de transmettre les appels des clients et d'introduire ceux qui, en personne, viennent demander une consultation, employant ses loisirs à fabriquer des préparations suivant la formule du maître. Le reste de la maison consiste en appartements nattés, séparés par des cloisons mobiles, comme dans toute maison niponne; mais le tout est d'un entretien parfait et décoré avec un certain luxe, qui indique l'aisance et le goût.

Quand le médecin va en visite, il a toujours avec lui son fidèle Achate, porteur de la boite à médecine, soigneusement entourée d'une soie noire, et vous le reconnaîtrez aisément à sa démarche importante, à son visage réfléchi, dont la gravité est parfois relevée d'une énorme paire de bésicles à la chinoise ou d'une barbe en bouc spéciale aux gens de sa profession; il porte un vêtement officiel de teinte sombre, un sabre est passé à sa ceinture. Admis au domicile du malade, il doit, avant de pénétrer jusqu'à lui, répondre d'abord aux menus propos de politesse envoyés de part et d'autre par les membres de la famille, le tout interrompu de temps à autre par le service du thé; longs préliminaires qui, au Japon, attendent tout visiteur, et auxquels le médecin est soumis aussi bien que les autres. Quand le formulaire gracieux est épuisé, on permet au traitant de visiter son malade, qui l'attend près de là, souvent même dans le même appartement, couché sur un *f'ton* encadré d'un paravent. Accroupi sur ses talons, il constate l'état de chaleur et de sécheresse de la peau; puis, par une palpation méticuleuse, il examine successivement l'abdomen, le thorax et la tête, les membres même; il passe bientôt à ce qui doit lui donner les meilleurs éléments du diagnostic, c'est-à-dire à l'étude du faciès, et du pouls : celui-ci, l'objet d'une attention toute particulière, dure parfois un long quart d'heure. A l'aide des deux mains, placées l'une à côté de l'autre, il parcourt la plupart des artères superficielles, et, par un jeu de physionomie très-accentué, il exprime tour à tour l'attention, l'incertitude, le contentement, puis la joie d'avoir dompté toutes les difficultés.

Quand le pronostic est fatal, la coutume exige que le médecin en fasse part à la famille, qui, de son côté, s'empresse de l'annoncer au moribond : celui-ci la reçoit avec impassibilité, et en profite pour mettre sur-le-champ ordre à ses dernières affaires; mais l'art n'est point infaillible, et j'ai vu plus d'un malade faire mentir son médecin.

Le taux de la visite varie, bien entendu, avec la qualité du traitant; à Yokohama, les marchands la payent par la valeur de un franc environ.

Il existe dans les villes de grandes pharmacies, indiquées par une pilule colossale ou une botte d'herbes médicinales, où le personnel médical va se ravitailler. Le public peut aussi s'y fournir, mais ce commerce est entouré d'une certaine défiance, car le trafic se fait alors à travers les barreaux mêmes du magasin fermé. Chacun, d'ail-

leurs, devient au besoin son propre médecin. Les gens aisés ont toujours, dans leur ameublement, une réduction d'armoire abondamment garnie des recettes les plus célèbres; ceux du peuple réduisent cette provision à quelques poudres et pilules contenues dans un véritable bijou portatif.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

51. Duvigneau. Eau minérale sulfureuse de Saint-Charles (Guadeloupe). Considération thérapeutique.
52. Favale. De la vieillesse dans ses rapports avec le traumatisme.
53. Hosteing. Essai sur la syncope. Recherches cliniques et expérimentales.
54. Merz. Du traitement des fièvres pernicieuses.
55. Ricklin. Étude critique sur l'anémie dite pernicieuse progressive.
56. Azambre. Étude sur les rechutes dans la fièvre typhoïde.
57. Martel. De la syphilis laryngée.
58. Laroche. De la flexion de la cuisse sur le bassin de cause extra-articulaire.
59. Dusaussoy. Étude sur les varices de l'œsophage dans la cirrhose hépatique.
60. Simon. De la compression rapide des artères avec ou sans anesthésie dans le traitement des anévrysmes.
61. Février. Des fistules dans les rétrecissements du rectum.
62. Arciaux. Contribution à l'étude du pneumo-thorax dans les traumatismes du thorax.
63. Mozand. Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral.
64. Butel. Contribution à l'étude de la rétention biliaire.
65. Bureau. Essai sur la simplification du cœcum.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 10 juin, aux environs de Mantes. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à sept heures trois quarts, pour le train partant de Paris à huit heures vingt pour la station de Mantes. — *Nota.* Il n'y aura pas d'herborisation le dimanche 3 juin.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 juin 1877, à Bouray. Départ par le train de sept heures (gare d'Orléans). Il est essentiel de se trouver à la gare un quart d'heure avant le départ. — *Nota.* Pour jouir de la réduction des places, s'inscrire à la galerie de botanique du Muséum. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi soir cinq heures.

— M. le professeur Hébert, en son absence M. Vilain, répétiteur à la Faculté des sciences, fera le dimanche 3 juin une excursion géologique à Liancourt, Chaumont et Chambort. Rendez-vous à la gare de l'Ouest (Saint-Lazare), à six heures un quart précises.

Le registre d'inscription pour cette excursion est ouvert au laboratoire de géologie de la Sorbonne.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Cl. Bernard ouvrira le cours de physiologie générale, le lundi 4 juin 1877, à dix heures et demie et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

Le professeur traitera des caractères généraux de la vie dans les deux règnes. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Des leçons pratiques auront lieu au laboratoire dans la seconde partie du cours.

— Pour répondre une fois pour toutes à des demandes réitérées, nous croyons devoir informer nos confrères que le docteur Burq est rentré à Paris et que son adresse est rue de Babylone, 35.

— La librairie de L. Leclerc, 11, rue de l'École-de-Médecine, est, par suite d'expropriation, transférée boulevard Saint-Germain, 104.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'analyse chimique appliquée à la physiologie et à la pathologie. Guide pratique ponr les recherches cliniques, par F. Hoppe Seyler, professeur à l'université de Strasbourg. Traduit de l'allemand sur la quatrième édition et annoté par F. Schlagdenhauffen, professeur à l'École supérieure de pharmacie, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, — Paris, 1877, 1 vol. gr. in-8° de 560 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 10 francs. — F. Savy.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie, et d'hygiène pour 1877, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1876, et les formules de médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire sur la *thérapeutique étiologique*, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et J. Bouchardat, médecin major. — 1 vol. gr. in-32. — 37e année. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer-Baillière et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 63. — SAMEDI 2 JUIN 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1877. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fonctions d'ovulation et de menstruation s'accomplissant isolément. — Aménorrhée avec hématémèses supplémentaires : conception.

Bien que les fonctions d'ovulation et de menstruation soient si intimement unies qu'elles en paraissent se confondre chez la généralité des femmes, pourtant l'absence de l'une des deux n'implique pas toujours pour conséquence forcée la suppression simultanée de l'autre.

Une fois établie, la menstruation peut, dans des cas exceptionnels, persister encore par elle-même, l'ovulation étant devenue impossible. C'est ce qu'on a déjà noté plus d'une fois après une double ovariotomie.

Cela n'a rien en soi de plus extraordinaire que ces flux de sang périodiques se reproduisant régulièrement pendant des années, à des intervalles sensiblement égaux, chez des individus atteints d'hémorrhoïdes: comme cela avait lieu, par exemple, tous les dix jours, depuis trente-deux ans, chez cet ancien marin, devenu tonnelier, dont j'ai donné l'observation dans la Revue clinique du 1er juillet de l'année dernière, et que M. Empis a guéri d'hématémèses extrêmement abondantes en rappelant ce flux hémorrhoïdal momentanément supprimé.

En cas pareil, la périodicité devient une habitude; et l'habitude, quand elle a pris racine, peut-être, à elle seule, une cause suffisante pour la congestion hémorrhagique, comme elle est une cause suffisante pour tant d'autres actes fonctionnels.

On comprend mieux encore comment l'ovulation peut rester isolée, puisque, dans son union normale avec la fonction menstruelle, c'est cette dernière qui en dépend comme un résultat secondaire.

La maturation d'un ovule doit régulièrement provoquer dans l'appareil génital de la femme une congestion spinale à forme hémorrhagique. Mais, surtout chez les hystériques, il peut arriver que, la congestion restant insuffisante ou se portant ailleurs, aucun écoulement sanguin par les organes génitaux n'accompagne l'évolution.

La conception n'en est pas moins possible.

On l'a vue parfois se produire alors que la menstruation ne s'était nullement établie, bien que l'âge de la puberté fut dépassé depuis longtemps. J'en ai rapporté précédemment un exemple très-remarquable, celui d'une dame de Besançon, observée par mon père, et qui, à l'inverse des autres femmes, n'a jamais été menstruée que pendant le cours de ses grossesses.

On l'a vue survenir aussi, et ce n'est même pas bien-rare, chez des femmes qui nourrissaient et dont les règles n'avaient pas reparu depuis l'accouchement antérieur.

Enfin, on l'a vue également se faire, indépendamment du nourrissage, alors que la menstruation était suspendue par toute autre cause. C'est ce qui a, par exemple, eu lieu chez une fille qui se trouve, depuis trois mois, dans le service de M. Bernutz, à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 4.

Cette fille, actuellement âgée de vingt-trois ans, était depuis longtemps atteinte d'une hystérie bien caractérisée, avec grandes crises convulsives et tout l'ensemble des troubles habituels, palpitations, maux de tête, névralgies intercostales et iléo-lombaires siégeant principalement à gauche, etc. Elle était en même temps très-anémique. Suivant son dire, sa santé se serait ainsi dérangée par suite d'une fièvre typhoïde, dont elle fut atteinte à l'âge de quatorze ans. Depuis lors, elle n'eut plus jamais que peu d'appétit, digérant mal, souffrant de l'estomac et témoignant surtout un profond dégoût pour le vin et pour la viande. S'étant placée comme domestique, elle ne se nourrissait guère que de légumes et de laitage. Elle était sujette à une leucorrhée continuelle; elle se fatiguait aisément et se plaignait alors d'avoir très-mal aux reins. Les règles, qui avaient paru pour la première fois quelques semaines avant la fièvre typhoïde, revinrent ensuite d'une façon fort irrégulière, tantôt en retard de plusieurs semaines, tantôt en avance de plusieurs jours. Le sang en était pâle et fort peu abondant. Cependant, à ce point de vue, il y avait depuis quelque temps une certaine amélioration dans l'état de cette fille, lorsqu'elle devint enceinte pour la première fois vers l'âge de dix-neuf ans. Elle nourrit elle-même son enfant et prolongea le nourrissage jusqu'au dix-huitième mois. Les règles avaient reparu quelques semaines après l'accouchement, et elles revenaient chaque mois avec une grande régularité, tant que cette fille fut nourrice. Mais aussitôt après le sevrage, elles cessèrent, pour être remplacées par des vomissements de sang, qui se reproduisirent chaque mois, à plusieurs reprises, durant deux ou trois jours, lors de l'époque menstruelle.

Le sang ainsi rendu par les voies digestives était toujours rutilant, jamais noir. Si l'estomac contenait des aliments, alors

que venait cette crise, ils étaient rejetés en entier par le vomissement avant l'apparition des hématémèses.

Point à noter. Chez cette femme, comme chez le malade de M. Empis auquel nous avons déjà fait allusion dans cet article, les vomissements de sang ne s'accompagnaient pas de douleurs gastriques considérables. C'était plutôt une certaine gêne, une sensation de pesanteur dans la région de l'estomac, qu'une souffrance aiguë, telle qu'on la rencontre dans l'ulcère simple, par exemple.

L'époque menstruelle une fois passée, tout rentrait dans l'ordre. Il n'y avait plus de vomissement, ni sanguin ni alimentaire dans l'intervalle, et la quantité de sang perdue semblait se réparer assez vite pour que l'anémie et la faiblesse ne fussent point accrues d'une manière notable.

Il y avait déjà cinq mois que les règles se trouvaient ainsi suppléées par des vomissements sanguins, lorsque cette fille redevint enceinte.

La névralgie iléo-bombaire du côté gauche, les maux de reins, la leucorrhée, s'accrurent dès lors beaucoup. Bien entendu, l'aménorrhée persista, les hématémèses supplémentaires cessèrent elles-mêmes au bout de deux mois; mais la fatigue que causait la marche était devenue telle que la malade entra à l'hôpital Beaujon pour s'y faire traiter.

On constata par le toucher un développement anormal et un déplacement de l'utérus. Mais, d'après les commémoratifs, vu l'aménorrhée persistante, le chef du service écarta l'idée d'une grossesse, et, songeant sans doute à un corps fibreux, il prescrivit l'emploi d'un bandage hypogastrique, qui ne produisit aucun soulagement.

On avait parlé devant la malade d'une opération radicale qui pourrait seule la débarrasser de cette tumeur de l'utérus. Une fois sortie de Beaujon, souffrant toujours, elle eût désiré voir tenter cette opération, et, dans cet espoir, elle entra, le 13 février, dans un service de chirurgie, à la Charité, chez M. Trélat. C'est là qu'on reconnut qu'elle était enceinte. Elle en eut bientôt la certitude en sentant remuer son enfant, et, comme sa santé était devenue de plus en plus mauvaise, comme elle s'était mise à vomir assez souvent le peu d'aliments qu'elle prenait, comme elle avait une toux sèche et crachait parfois un peu de sang, surtout le matin, elle passa, le 3 mars suivant, dans le service de M. Bernutz, où elle est encore. On l'y mit au régime lacté, dont elle sembla se trouver bien. Depuis environ six semaines les crachements de sang ont cessé. Mais il y a toujours, de temps en temps, des vomissements alimentaires, le teint reste décoloré, l'anémie profonde, et l'hystérie se manifeste par des crises aussi fréquentes, des névralgies aussi multiples.

Cette hystérie, cette anémie, qui avaient amené durant plusieurs mois cette déviation de la congestion menstruelle sur les organes digestifs, ont-elles donc également été la seule cause de la congestion pulmonaire, de la toux sèche et des crachats sanglants?

La chose n'est pas impossible, car les congestions pulmonaires sans tubercules concomitants ne sont point rares, même dans le sexe masculin, chez les anémiques, chez les personnes jeunes dont la nutrition est médiocre, le système nerveux débilité: et l'hystérie est une raison de plus pour qu'il s'en produise.

Mais, quoi qu'il en soit, chez cette femme, les congestions pulmonaires, survenues après l'imprégnation, n'eurent aucune espèce de rapport avec les fonctions menstruelles; tandis que les vomissements de sang avaient été vraiment supplémentaires.

S'ils ont continué à revenir encore une ou deux fois après la conception, c'est que les règles elles-mêmes, les règles normales, persistent souvent un ou deux mois pendant la grossesse.

Sont-ce là des cas de menstruation sans ovulation, de ces menstruations maintenues par l'habitude fonctionnelle comme celles que l'on observe après une double ovariotomie?

Ou bien, au contraire, l'ovulation persiste-t-elle, bien qu'inutile, chez ces femmes déjà fécondées : la maturation d'un ovule amène-t-elle sa déhiscence alors que l'utérus gravide ne pourra plus le recevoir, et la congestion hémorrhagique en est-elle, comme d'ordinaire, la suite directe et le signe?

Pour être éclairé sur ce point, il faudrait l'avoir étudié à l'autopsie de femmes mortes accidentellement étant enceintes et ayant néanmoins leurs règles.

On est bien loin d'avoir complétement élucidé tous les problèmes qui se rapportent à ces deux fonctions parallèles de la menstruation et de l'ovulation.

Chez les chlorotiques, il est probable qu'elles sont le plus souvent troublées en même temps, car le point de départ de la chlorose vraie, maladie spéciale à la femme et à la première jeunesse, parait être dans les fonctions génitales mal établies.

Mais rien ne prouve qu'il en soit de même la plupart du temps chez les hystériques, quand la menstruation s'y trouve suspendue, soit qu'elles aient, soit qu'elles n'aient pas d'hémorrhagies supplémentaires revenant régulièrement.

Il est bon que le praticien ait ses problèmes sous les yeux et en connaisse les difficultés. Il peut arriver qu'il soit consulté sur la fécondité possible d'un mariage près de se conclure, ou sur la nature d'une tumeur abdominale. En pareil cas, la certitude d'une aménorrhée persistante ne pourrait être qu'un indice et non la base suffisante d'une conclusion absolue.

Des femmes non menstruées ont pu engendrer; il faut le savoir; et il faut tenir un certain compte de pareilles éventualités.

Paralysies hystériques par imitation.

Les phénomènes hystériques sont par eux-mêmes si bizarres, et les femmes qui les présentent sont quelquefois si peu sincères qu'on peut en être à se demander où commence la simulation.

C'est ainsi que dans le service de M. Bernutz, deux hystériques successivement, se plaignirent de paralysie, après l'entrée d'une autre malade, qui était bien réellement atteinte d'une hémiplégie hystérique.

Voici en peu de mots l'histoire de cette dernière :

C'est une fille de vingt-six ans. Toujours nerveuse, impressionnable, d'une santé délicate, elle avait commencé par être institutrice communale dans un village de Normandie. Mais elle se dégoûta bientôt de sa profession et elle envoya sa démission pour venir à Paris se faire lingère. C'était un coup de tête dont elle se repentit presque aussitôt. A Paris, elle eût à subir de grandes privations: elle habitait une mansarde, se nourrissait mal, sans appétit, souffrait de l'estomac et du dos, et s'ennuyait de plus en plus.

Il y a cinq mois environ, un jour, en rentrant chez elle, elle perdit connaissance. Quand elle se réveilla, elle se trouvait paralysée de la jambe gauche. Des voisines vinrent à son aide, on la coucha, et pendant un mois environ, elle se fit soigner dans sa chambre, travaillant encore sur son lit. Mais un matin, après une nuit mauvaise, pendant laquelle elle s'était sentie plus mal à l'aise que de coutume, elle s'aperçut que le bras gauche lui refusait toute espèce de service. La paralysie y était même encore plus marquée qu'au membre

inférieur, car elle pouvait remuer les orteils, tandis qu'aucun mouvement des doigts ne lui était possible. Elle se fit transporter alors à la Charité; puis, avec cette mobilité de caprices des hystériques, elle voulut en sortir au commencement d'avril; elle s'y fit ramener le 23 du même mois, et fut reçue dans le service de M. Bernutz, salle Saint-Joseph, n° 11. Elle y est toujours dans le même état.

De l'autre côté de la salle, vis-à-vis de son lit, au n° 18, se trouvait une autre hystérique qui, elle, avait eu fréquemment de grandes attaques et qui était traitée pour une pelvi-péritonite ouverte dans le rectum. Agée de dix-neuf ans, lingère, cette fille n'avait jamais accusé aucun trouble notable, soit du mouvement soit de la sensibilité. Mais bientôt elle se plaignit d'être elle-même paralysée de la moitié gauche du corps. Les mouvements du bras et de la jambe n'étaient pas complétement abolis, mais sans force. La sensibilité de la peau était nulle, au point qu'on pouvait la traverser avec de très-grosses épingles sans causer aucune douleur et sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. Ce dernier signe fait supposer qu'il ne s'agit point de simulation, car il se rencontre d'ordinaire dans l'anesthésie hystérique et il est purement objectif.

Deux lits plus loin, au n° 20, une autre malade, hystérique également, se déclara à son tour atteinte d'une paralysie affectant à la fois un bras et les deux jambes. Pour cette dernière, on conçut des doutes: il parut en effet, qu'elle marchait assez bien quand on ne la regardait pas. En conséquence, on la fit sortir de l'hôpital, et la propagation de la paralysie par imitation s'arrêta là.

Paralysie hystérique survenue quelque temps après une angine diphthéritique.

La paralysie hystérique peut prendre les formes les plus diverses. Elle peut survenir même sans circonstance occasionnelle ou à la suite d'un choc quelconque, d'une atteinte quelconque à la santé.

De là parfois de grandes difficultés pour le diagnostic différentiel quand, par exemple, chez une femme, quelques jours après une diphthérie, on voit se produire une paralysie plus ou moins étendue.

Le cas s'est présenté dernièrement chez une malade du service de M. Rigal, à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres, salle Saint-François, n° 32.

Cette femme, âgée de trente-huit ans, était entrée le 28 décembre à la crèche avec un enfant de dix-sept mois, qu'elle nourrissait encore. Elle avait alors une légère bronchite. Une dizaine de jours après son entrée, à ce qu'elle raconte, elle contracta la diphthérie: cette maladie régnait dans les salles. Elle n'eut elle-même qu'une angine couenneuse d'une médiocre gravité, dont elle guérit en quelques jours, mais à la suite de laquelle, durant une dizaine de jours, elle éprouva une certaine difficulté pour avaler; les aliments revenaient du côté gauche du nez. Il y avait donc à ce moment une paralysie du voile du palais, du moins d'après le récit de cette femme. Elle était complétement guérie lorsque son enfant fut pris à son tour d'une affection croupale, et alors qu'on le croyait sauvé, mourut d'une méningite. Au moment où elle le vit mourir, elle éprouva, dit-elle, une commotion violente comme une commotion électrique, sur le haut de la tête et dans les reins.

A partir de ce jour, 26 janvier, elle eut de très-grand maux de tête, surtout pendant les trois premières semaines. On la soignait pour faire passer son lait. Vers le 21 février, elle fut envoyée au Vésinet en convalescence. Elle y passa quatre semaines. Pendant les quinze premiers jours, elle s'y trouvait assez bien portante, quoique ayant toujours des maux de tête. Elle mangeait de bon appétit et sentait ses forces revenir. Mais vers le commencement de mars, près de deux mois après son angine couenneuse, elle se vit reprise de paralysie du voile du palais: la voix était un peu nasonnée, la déglutition difficile, les aliments revenaient de nouveau par le nez. En même temps, pour la première fois, il y eut des troubles dans la miction; la malade urinait sous elle sans s'en apercevoir. La paralysie du voile du palais dura fort peu de temps, et à ce point de vue, la malade était tout à fait remise quand elle sortit du Vésinet le 21 mars. Les troubles de la miction n'avait pas cessé, mais elle ne s'en préoccupait pas et, se considérant comme tout à fait guérie, elle voulut se placer comme fille de cuisine à l'hôpital temporaire.

Elle y fut agréée et elle devait y entrer le lendemain quand, le 23 mars, en passant sur les quais en face du pont des Arts, elle ressentit subitement des fourmillements dans la langue, dans les doigts, dans les pieds et se sentit si faible qu'elle fut obligée de s'asseoir. Elle ne pouvait plus marcher seule. Deux passants, le mari et la femme, eurent pitié d'elle et, la prenant chacun sous un bras, l'aidèrent à se traîner jusqu'au bureau central d'admission, d'où elle fut renvoyée à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres.

Dès ce moment, elle se trouvait paralysée des membres supérieurs jusqu'aux coudes, des membres inférieurs jusqu'aux genoux.

Cette paralysie était accompagnée d'un certain degré de contracture des muscles des mêmes régions, d'où il résultait, par suite de la prépondérance des fléchissures à l'avant-bras, et des masses musculaires du mollet à la jambe, une attitude demi-fermée de la main, et une sorte de pied-bot équin varrus.

L'anesthésie était absolue jusqu'au coude et jusqu'au genou, le courant électrique lui-même, si fort qu'il fut, ne provoquait aucune sensation. La langue était également anesthésiée, le goût et l'odorat étaient abolis; mais, la vision et l'ouïe restaient intactes. Toujours même difficulté dans la miction. Depuis l'accouchement, les règles n'avaient pas reparu. Les régions ovariennes des deux côtés étaient le siége d'une vive hyperesthésie. La malade éprouvait de grands maux de tête, des douleurs permanentes le long du dos, et surtout aux reins et deux ou trois fois par jour dans les cuisses, des douleurs subites, lancinantes, comme des coups de couteau, répondant jusque dans les chevilles, dans le talon et dans le gros orteil.

Vers la fin d'avril la situation était toujours à peu près la même, soit par rapport à la paralysie avec contracture des jambes, soit par rapport à l'état des voies urinaires.

Cependant il reparaissait un peu de sensibilité au bout des doigts; les mouvements des mains devenaient plus libres. La malade affirme que le jour où la contracture des membres inférieurs disparut subitement, après que M. Rigal eut pratiqué le toucher et sondé la vessie, déjà depuis deux ou trois jours, il lui était possible de tenir une aiguille.

Quoi qu'il en soit, le cathétérisme et le toucher eurent chez elle un résultat qu'ils n'ont jamais ailleurs que chez les hystériques.

Deux ou trois jours après, elle pouvait marcher, la jambe gauche qui était d'abord la seule affectée traînait seule encore.

L'état général se modifia aussi comme par un coup de théâtre, l'appétit revint: auparavant il y avait plutôt de l'inappétence et du dégoût. L'amaigrissement s'accentuait jusqu'alors de plus en plus: mais, à partir de ce moment, l'embonpoint revint. Bientôt la malade se sentit assez bien remise pour

retourner dans son pays, et elle demande sa sortie. L'hyperesthésie ovarienne avait disparu ; mais la menstruation ne s'était pas rétablie. La marche était presque facile, à peine existait-il encore un peu de contracture des muscles du mollet.

Evidemment, ce ne sont pas là les allures d'une véritable paralysie diphthéritique, telle qu'on en peut observer un type sur une femme de cinquante-cinq ans, couchée au n° 14 de la même salle.

Chez celle-ci, les phénomènes paralytiques se développèrent en quelques semaines et suivant leur ordre habituel, d'abord le voile du palais et le pharynx, puis les jambes et enfin les bras. Voilà bien la règle. Cependant les exceptions sont assez nombreuses pour qu'on ne soit pas autorisé à faire sortir du cadre de la paralysie diphthéritique tout ce qui s'écarterait de ce type.

Mais ici l'écart est vraiment trop grand.

Comment rattacher à la diphthérie une paralysie avec contracture survenue d'une façon soudaine près de trois mois après la guérison de l'angine couenneuse?

Comment ne pas tenir compte de l'émotivité habituelle de cette femme, de la violente secousse qu'elle ressentit *physiquement* lors de la mort de son enfant, de la douleur de tête permanente qu'elle éprouva à partir de ce jour, de l'hyperesthésie ovarienne, de l'aménorrhée persistante, de la rachialgie habituelle et de nombreux autres phénomènes, tels que palpitations, névralgies sous mammaires, suspectorales, épigastriques, etc., qui se rattachent également à ce qu'on est convenu de nommer l'hystéricisme?

Or l'hystéricisme est aussi fréquemment cause de paralysie que l'hystérie à grandes crises.

Je n'insiste pas ; pour traiter à fond ce sujet, il y aurait encore trop à dire.

Dr Victor Revillout.

NOUVEAU BOUT-DE-SEIN ARTIFICIEL

DIT BOUT-DE-SEIN DE VERRE OU BOUT-DE-SEIN TRANSPARENT

Présenté à l'Académie de médecine, séance du 29 mai 1877

Par M. Bailly, agrégé libre.

Une sensibilité excessive, une mauvaise conformation du mamelon, des crevasses douloureuses de cette partie du sein, mettent nombre de femmes dans l'impossibilité d'allaiter leur enfant, ou sont cause qu'elles ne l'allaittent qu'au prix de vives souffrances et d'inconvénients plus fâcheux, tels qu'abcès profonds de la mamelle qu'engendre l'irritation constamment renouvelée des plaies du mamelon par la bouche de l'enfant. Ces difficultés, ces souffrances et ces dangers de l'allaitement, dont nous sommes si souvent témoins à la suite d'une première couche, finissent par épuiser la patience de jeunes femmes, pleines de bonne volonté d'abord et bien décidées à remplir complétement leurs devoirs maternels, et de guerre lasse on se décide à donner une nourrice à l'enfant. Ce premier insuccès est doublement fâcheux ; il fait douter à la mère d'elle-même, la décourage pour l'avenir et l'amène à donner un lait étranger à tous ses enfants, alors que, plus heureuse dans sa première tentative d'allaitement, elle les eût tous nourris elle-même.

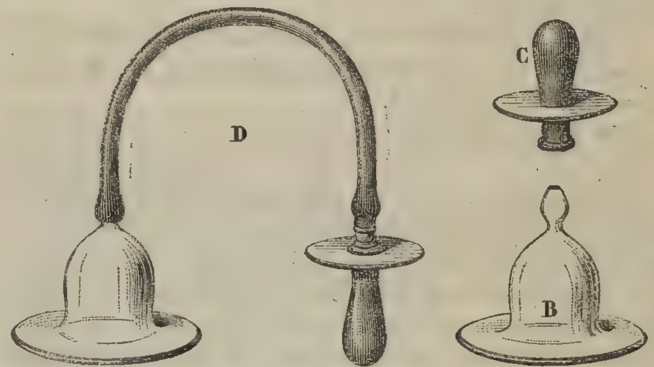
Je ne veux cependant pas condamner absolument l'usage des nourrices mercenaires, dont il est parfois difficile de se passer ; mais on ne peut que regretter vivement l'obligation où l'on se trouve de recourir à leurs services, quand on songe au sort réservé à leurs propres nourrissons, qui trop souvent meurent victimes d'un sevrage prématuré et du manque de soins tenant à l'éloignement de la mère. Pour résumer ma pensée à ce sujet, je dirai : quand une femme réussit à allaiter, on a chance d'élever deux enfants, le sien et celui d'une autre mère laissée à son nourrisson ; si cette même femme prend une nourrice, il est à craindre qu'on n'élève qu'un des deux enfants, fréquemment celui de la nourrice périssant par l'action des causes que j'ai indiquées plus haut, surtout s'il est âgé de moins de six mois quand la mère s'en sépare. Cet état de choses crée un danger social dont se sont émus à bon droit les économistes et les philanthropes, et qui donne de l'importance à toute innovation de nature à encourager et à faciliter l'allaitement maternel.

Les bouts de sein artificiels sont certainement le meilleur moyen de remédier aux difficultés de cet allaitement. Bien construits, ils suppléent à la brièveté naturelle du mamelon, l'allongent, le façonnent progressivement, et au bout de quelques jours ou de quelques semaines, permettent au nourrisson de le saisir directement. D'autre part, en préservant le sein d'un contact immédiat, ils favorisent la guérison des gerçures qu'y a fait naître la bouche de l'enfant. Tout le monde a donc compris la nécessité de ces petits appareils, dont on a construit de nombreux modèles, trop connus pour être décrits ici, mais malheureusement tous plus ou moins défectueux. Aucun praticien ne me contredira quand j'avancerai qu'on ne réussit que très-exceptionnellement, par leur usage, à faire téter régulièrement un nouveau-né. Tous les bouts de sein proposés jusqu'à ce jour ont d'ailleurs un défaut commun, c'est qu'ils sont formés d'une matière opaque ; bois, caoutchouc, parchemin, etc., qui empêche de voir ce qui se passe à la surface du sein ; on ignore donc s'ils sont bien placés, ne recouvrent pas en partie le mamelon, et si le lait s'écoule régulièrement et arrive à la bouche de l'enfant. En fait tous échouent, du moins le plus souvent, et l'argent qu'on consacre à leur acquisition est presque toujours de l'argent perdu.

Frappé de l'insuccès habituel des bouts de sein existants, j'avais cherché à faire quelque chose de mieux, lorsque je trouvai le problème résolu dans l'appareil dont on voit la figure ci-contre A, et qu'avait imaginé la personne qui soignait une de mes clientes. La modestie de cette femme, ne m'ayant pas permis de donner son nom à ce nouveau bout-de-sein, comme c'eût été justice, j'ai appelé celui-ci *bout-de-sein de verre* ou *bout-de-sein transparent*, dénominations qui suffisent pour le caractériser. Deux pièces le composent : 1° une cloche en verre, surmontée d'un léger renflement olivaire B ; 2° un ajutage en caoutchouc C, avec plaque d'arrêt, qui n'est autre que l'embout du biberon anglais de Matter et qu'on fixe sur le renflement olivaire de la cloche. Ces deux pièces existent depuis quelques années dans le commerce, et, reliées entr'elles par un tube de caoutchouc long de 15 à 20



Bout de sein transparent.





D. Téterelle commune. B. Clochette en verre. C. Ajutage avec sa plaque d'arrêt.

centimètres, forment le petit tire-lait ou téterelle commune, employée dans le peuple pour dégorger le sein. Pour faire de celle-ci un bout-de-sein artificiel, il suffisait d'en retirer le tube flexible et d'adapter immédiatement l'embout à la cloche, c'est en cela qu'a consisté l'idée heureuse de l'inventeur (1).

(1) Rien n'ayant encore été publié, du moins en France, sur ce nouveau bout-de-sein, je l'ai attribué à la personne qui me l'a fait connaître et l'avait certainement trouvé de son côté. L'idée pourtant ne paraît pas absolument neuve. En effet, j'ai trouvé ces jours derniers, dans une pharmacie anglaise de Paris, un appareil très-voisin de celui dont je donne la figure. Il est mis en vente par la maison S. Maw, Son and Thompson, sous le nom de *glass*

Les avantages de ce nouveau bout-de-sein sont les suivants :

1° La forme renflée de l'ajutage est certainement préférable à celle de la même pièce qui figure dans les autres bouts-de-sein, et permet à l'enfant de le saisir très-solidement et de bien opérer la succion ;

2° La transparence du verre permet de s'assurer que l'appareil est convenablement placé, qu'il ne bouche pas les orifices des conduits galactophores, et que, de plus, le lait sort facilement du sein ;

3° Enfin, il est moins cher qu'aucun autre bout de sein, et à la portée de toutes les bourses, puisque le prix du petit tire-lait qui sert à le former et qu'on trouve partout, chez les pharmaciens, herboristes et bandagistes, varie de 75 centimes à 1 franc 50 centimes, suivant les localités et les maisons de commerce. Ce prix sera moindre encore, lorsque l'acquéreur, au lieu d'avoir à payer, comme on est obligé de le faire aujourd'hui, les trois pièces de cette téterelle, n'aura plus à en payer que deux.

Quand l'appareil fonctionne bien, on voit au bout de quelques mouvements de succion le lait sortir en gerbe du mamelon, remplir la clochette et arriver à la bouche de l'enfant, qui commence à avaler. Douze de mes clientes au moins s'en sont servi déjà avec le plus grand succès, et parmi elles, Mme X..., nièce d'un de nos distingués confrères de province, accouchée le 20 mars 1877. L'extrême fragilité de la peau chez cette jeune femme fait immédiatement naître des crevasses quand elle donne directement le sein. Eh bien, avec l'aide du bout-de-sein de verre, elle n'a cessé depuis son accouchement d'allaiter sa fille, dont l'accroissement de poids atteint 35 grammes par jour. La durée de la tétée ne dépasse pas non plus chez elle la moyenne observée chez les femmes qui donnent naturellement le sein.

Les insuccès qu'on éprouve quelquefois lorsqu'on commence à faire usage d'un de ces bouts-de-sein, tiennent uniquement à un vice de construction auquel il est facile de remédier. Ainsi la cloche est quelquefois trop étroite ou trop courte et empêche la sortie du lait en comprimant les canaux laiteux ; on remplace alors cette cloche par une autre qui soit plus en rapport avec le volume du mamelon. D'autre part, lorsque l'ajutage est formé d'une lamelle de caoutchouc trop mince, il s'aplatit entre les gencives de l'enfant, sa cavité s'efface, et le lait cesse d'arriver au nourrisson. Il convient, dans ce cas, de choisir un ajutage plus solide. Les meilleurs bouts sans contredit, tant pour la forme, la longueur que pour la fermeté des parois, sont ceux du biberon Robert, de Dijon. Ce fabricant, avec raison, apporte un grand soin dans la confection de cette pièce petite mais fort importante, et s'il était facile de se procurer de ses ajutages on devrait le préférer à tous les autres. Pour l'instant il est regrettable d'avoir à acheter le biberon complet uniquement pour en tirer une parcelle qui vaut 25 centimes au plus. Quelquefois aussi l'ajutage est percé d'un trou trop petit, l'aspiration s'opère mal, et l'enfant s'épuise sans résultat ou n'amène qu'une quantité insignifiante de lait ; il suffit ici d'agrandir l'ouverture à l'emporte-pièce ou en la débridant par trois petites incisions rayonnées. Ou bien enfin l'ajutage adhère mal à la petite ampoule de verre et laisse passer un peu d'air ; la ventouse est incomplète. On assure le contact hermétique des deux substances par une ligature qui serre le caoutchouc dans la rainure placée sous le renflement olivaire de la cloche. Je ne doute pas, du reste, que les fabricants, informés des avantages du bout-de-sein de verre et stimulés par les demandes du public, ne s'appliquent à faire des appareils plus parfaits que ceux qu'on peut former dès à présent avec les différentes pièces d'un ustensile dont la destination est un peu différente.

---

nipple shield (bouclier ou protecteur en verre de mammelon). Ce bout-de-sein anglais toutefois ne vaut pas le nôtre ; son ajutage est trop long et manque de jeton perforé ou plaque d'arrêt, ce qui est cause que l'enfant le fait pénétrer trop avant dans la bouche, et se trouve à chaque instant interrompu dans son téter par les envies de vomir que détermine la titillation du pharynx.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication lacto-alcoolique comme complément de la médication lactée.

Par M. le docteur JOBERT.

Le lait qui, par lui-même, est déjà une ressource des plus précieuses, en tant qu'aliment complet, jouissant de propriétés toutes spéciales, sédatives, hydragogues, gagne en rapidité d'action par les qualités stimulantes dues à la transformation au moyen de la fermentation lacto-alcoolique.

C'est là qu'il faut chercher l'explication des grands avantages que la thérapeutique moderne retire de l'usage du koumys, avantages qui, depuis son emploi dans nos hôpitaux, se trouvent confirmés journellement par le nombre toujours croissant d'observations publiées par la presse française et étrangère.

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, la *Gazette des Hôpitaux* en ayant parlé largement dès le commencement et les travaux de Fonssagrives (1), Landowski (2), Choffé (3), Urdi (4), Huchard (5), Martin (6), Bourneville (7), Foix (8), Labadie-Lagrave (9), Lubanski (10), Makarow-Sabouski (11), Giovanni-Polli, de Milan (12), Biel, de Vienne (13), Durand (14), etc., etc. ayant mis suffisamment en lumière l'efficacité incontestable de cette nouvelle médication.

C'est sur une toute nouvelle transformation du lait que nous voulons attirer l'attention ; il s'agit de la fermentation alcoolique du lait avec du malt et du houblon, autrement dit « la bière de lait. »

Voici en abrégé l'exposé de son mode de fabrication d'après le travail du docteur Landowski, publié dans le *Journal de Thérapeutique*.

Le malt broyé en farine grossière subit la macération avec du lait, débarrassé de beurre et de caséine, à la température de 50 à 60 degrés. Cette macération, après plusieurs heures, est mise vivement en ébullition avec la fleur de houblon. L'ébullition achevée on soutire, clarifie et laisse refroidir le liquide ; on le filtre encore une fois à travers du houblon et on le soumet à la fermentation à l'aide de levûre de bière. Une fois la fermentation ralentie, la bière est mise dans de grands foudres où la seconde fermentation s'effectue lentement pendant plusieurs semaines à température basse.

La bière ainsi obtenue est d'une couleur jaune, un peu foncée, transparente et d'un goût excellent rappelant le scotsh ale, mais supérieur cependant par une saveur moelleuse et veloutée. Sa densité est plus grande que celle des autres bières. M. Chevallier en faisant la comparaison a constaté une différence en plus de 40 grammes par litre, différence due à la grande quantité de principes nutritifs contenus dans le lait.

Dans sa constitution chimique la bière de lait se compose :

1° De tous les principes du lait, excepté le beurre et la caséine ;
2° Des matières extractives du malt ;
3° Des principes amers et aromatiques du houblon ;
4° De l'alcool ;
5° De l'acide carbonique.

L'analyse de la bière de lait, d'après M. A. Chevallier (15), membre de l'Académie de médecine, donne la composition suivante : 3 décilitres introduits dans le cucurbite d'un petit appareil de distillation,

---

(1) *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire* (1866).
(2) *Du koumys et de son rôle thérapeutique* (1874). — *Extrait de koumys, bière de lait, alcool de lait* (1876), *Journal de thérapeutique*.
(3) *La phthisie et le koumys* (*Journal de thérapeutique*, 1876).
(4) *Bulletin de thérapeutique* (1874).
(5) *Union médicale* (1875 et 12 mai 1877).
(6) *Mouvement médical* (1875).
(7) *Progrès médical* (1875).
(8) *France médicale* (1876).
(9) *Gazette hebdomadaire* (1874).
(10) *De l'emploi du koumys dans les maladies de poitrine* (1875).
(11) *Thèses de Paris* (1874).
(12) *Annales de chimie*, Milan.
(13) *De l'influence du koumys sur l'échange des matériaux* (1874).
(14) *Thèses de Paris* (1875).
(15) *Journal d'hygiène*, janvier 1877.

ont donné 1 décilitre d'alcool marquant 16°,50 à l'alcoomètre de Gay-Lussac à la température de 15 degrés.

Or comme on a distillé 3 décilitres de bière, il résulte qu'elle contient 5°,50 pour 100 en volume d'alcool.

Le produit de cette distillation avait bon goût.

1 décilitre de bière de lait placé dans une capsule de porcelaine soumis à l'évaporation représentait 9 grammes d'extrait par litre. Les essais ont démontré dans cet extrait la présence d'un produit aromatique, de la lactose, d'une matière grasse et d'autres matières extractives; carbonisé et incinéré il a fourni 7 pour 100 de cendres contenant des sels alcalins, des phosphates, des chlorures et de la chaux.

En tenant compte des propriétés de la bière en général, il est évident qu'une bière dans laquelle l'eau est remplacée par le lait, présente, par ses propriétés nutritives, les avantages exceptionnels d'une boisson alimentaire par excellence, car le lait apporte un surcroît de matières albuminoïdes (lacto-protéine) et une quantité de sels identiques à ceux du sérum du sang. Il y a ici, en effet, une grande richesse de matériaux réparateurs s'adressant à toute l'économie et d'une assimilation parfaite. M. le docteur Huchard, en rendant compte des effets de la bière de lait dans sa revue thérapeutique (*Union médicale*, 12 mai 1877), dit : « Nous l'avons employée avec succès; les malades la prennent avec le plus grand plaisir et voient sous son influence les troubles digestifs disparaître et la dénutrition subir un temps d'arrêt. »

M. Bordier (*Journal de Thérapeutique*, 1876) en constatant l'action éminemment reconstituante de la bière de lait, recommande son usage comme un excellent eupeptique appartenant aux metazimes, dont l'action est rehaussée par les principes amers et aromatiques du houblon.

En un mot, la bière de lait représente par elle-même l'action combinée du petit lait et de la bière dans leur influence salutaire sur l'organisme malade, sans en avoir les inconvénients, tels que les phénomènes laxatifs fréquents dans la cure du petit lait, et l'action alourdissante et congestive due aux nombreuses falsifications que subit généralement la bière.

Les indications thérapeutiques multiples de la bière de lait se résument dans ses propriétés eupeptiques, stimulantes, analeptiques et engraissantes.

Chaque fois donc qu'il s'agira de combattre un état pathologique épuisant l'organisme, soit par l'exagération de la dépense, soit l'assimilation imparfaite ou défectueuse des matériaux ingérés (convalescences lentes, débilité constitutionnelle, anémie , chloro-anémie, phthisie, dyspepsie etc.), la bière de lait présente une ressource précieuse, grâce aux principes réparateurs qu'elle contient et à la facilité d'assimilation qu'elle présente.

Cette nouvelle transformation du lait nous paraît posséder encore l'avantage par sa nature et sa saveur, de pouvoir être prescrite chez les individus qui supportent mal le traitement lacté quoiqu'il leur soit indispensable.

Telles sont les considérations qui nous ont été suggérées par l'examen de ce produit lacté, ainsi que par les résultats que nous avons déjà pu observer, et nous croyons pouvoir assigner à la bière de lait, une place parmi les meilleurs modificateurs hygiéniques, complétant, en même temps, avantageusement la médication lactée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note imprimée sur le *traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée*, par M. Fontan, candidat au titre de membre correspondant. Cette note a déjà été communiquée à la Société sous forme de manuscrit;

2° Une observation de *section traumatique du tendon d'Achille*, par M. Paquet candidat au même titre. (Commis. : MM. Delens, Polaillon, Le Dentu);

3° Une observation, avec figures photographiées, de *cancroïde du nez*, guéri par l'excision et l'autoplastie à l'aide d'un lambeau pris sur le front, par M. de Cambrière, candidat au même titre. (M. Delens, rapporteur).

M. Fleury (de Clermont), membre correspondant, adresse une observation de *psoriasis syphilitique du talon et de la plante du pied gauche transformé en épithélioma* et pour lequel il a dû faire l'amputation de la jambe.

M. Depaul fait hommage à la Société d'un travail intitulé : *Étude sur une forme insolite que peut prendre un utérus pendant la grossesse.*

M. Tillaux fait hommage du dernier fascicule de son *Traité d'anatomie topographique.*

M. Larrey présente un fascicule des bulletins de la Société médicale d'émulation, fascicule qui contient plusieurs sujets de chirurgie.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Marjolin fait remarquer qu'il est rare, lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant atteint de tumeur blanche ou d'une affection de la colonne vertébrale, qu'on ne trouve pas dans ses ascendants des tuberculeux, ou dans ses collatéraux des malades atteints d'une affection analogue. Lorsque l'attention est éveillée par une douleur sourde au niveau de la colonne vertébrale et cette marche particulière, qui ressemble à celle d'un équilibriste, il faut au plus tôt prendre des précautions pour prévenir des désordres plus graves. S'il y a menace de gibbosité, le malade devra être immobilisé dans une gouttière de Bonnet montant jusque derrière la tête. Il y a avantage à se servir aussi de cette gouttière plutôt que du corset à tuteurs si la gibbosité s'est manifestée depuis peu de temps. Les traitements par les révulsifs, aujourd'hui délaissés, peuvent avoir quelquefois leur utilité. Cette question mériterait d'être mise à l'ordre du jour.

COMMUNICATION

Tumeur congénitale de la région coccygienne. — M. Panas donne lecture d'une observation de tumeur congénitale de la région coccygienne. Ces tumeurs ont été rarement étudiées, ou l'ont été à une époque où l'histologie était encore bien peu connue. La question de savoir s'il s'agit d'un néoplasme ou d'une inclusion fœtale ne peut être tranchée, que par une étude histologique minutieuse. L'enfant qui portait cette tumeur était âgé de sept jours; il présentait une teinte subictérique. La tumeur était fluctuante et sillonnée à sa surface de grosses veines. L'enfant succomba dix jours après sa naissance. La tumeur était adhérente à la face antérieure du sacrum et avait refoulé l'anus en avant, de 4 centimètres, le coccyx étant resté à sa place normale. La fluctuation était due à un grand kyste qui occupait le centre de la tumeur, et qui était environnée d'une foule de petits kystes, tous tapissés d'un épithélium à cils vibratiles. D'après Cornil et Ranvier, des tumeurs analogues peuvent se développer chez les adultes, dans les testicules ou les ovaires. Cependant l'analogie se comprend moins, lorsqu'on songe à la fréquence de leur région coccygienne. On a attribué leur origine à un développement exagéré de la glande de Luschka, mais M. Panas ne croit pas beaucoup à cette origine et croirait plutôt à une inclusion fœtale avortée ou à une néoplasie.

DISCUSSION

M. Depaul. Les faits de cette nature, sont très-nombreux dans la science, mais la plupart ne jettent aucun jour sur l'étiologie de ces tumeurs. La thèse de Molke (Strasbourg, 1868), en relate succinctement un grand nombre, mais la classification qu'il en donne est arbitraire. Ces tumeurs doivent être divisées en deux catégories : celles de la région périnéale, celle de la région antérieure du bassin.

C'est parmi ces dernières que doit être rangée celle de M. Panas, M. Depaul a eu l'occasion d'en étudier plusieurs de la région périnéale ou de la région sacrée, et en a présenté quelques-unes à la société de biologie et à la société de chirurgie, notamment en 1864,

en 1867 et en 1870. Une de ces tumeurs, née de la région périnéale, a été reconnue par M. Robin, pour une tumeur à myélocytes. Une autre qui s'était développée sur la partie postérieure du sacrum, a été examinée par le même professeur après la section, qui a été suivie de guérison. Elle renfermait des éléments fusiformes. On y trouve souvent des traces de tous les éléments du corps humain. Elles présentent donc beaucoup de variétés. M. Depaul attache plus d'importance que M. Panas à la glande de Luschka, qui n'est, il est vrai, décrite ni par M. Cruveilher ni par M. Sappey, mais dont ce dernier a cependant reconnu l'existence. M. Latteux, chef du laboratoire du service de M. Depaul, croit avoir reconnu à ce petit corps certains caractères glanduleux. Si cela était, il serait naturel d'y rattacher certaines tumeurs. Mais toutes n'ont pas cette origine. Au mois de mars dernier, M. Depaul a observé un enfant de quatre jours qui portait un kyste de la région périnéale, du volume d'une mandarine, situé entre l'anus et le coccyx et qui refoulait fortement cet os en arrière. Il était transparent et fluctuant dans tous les sens. Après une ponction et une injection iodée, l'enfant a été guéri en huit jours. Le kyste contenait 170 grammes de liquide albumineux, comme dans l'hydrocèle. Ce n'est pas le seul exemple de guérison que M. Depaul ait observé : il a traité avec le même succès et de la même manière une autre tumeur périnéale et une tumeur de la région coccygienne qui a guéri après deux ponctions et une injection iodée.

M. HOUEL pense aussi qu'il faut distinguer, d'une façon absolue, les tumeurs naissant du périnée de celles qui naissent de la région sacrée.

M. PANAS a été surtout frappé, dans l'examen de la tumeur qu'il présente, de la quantité d'épithélium à cils vibratiles qui s'y rencontrait, épithélium semblable à celui des voies aériennes, et qui l'a fait songer à un germe arrêté dans sa première évolution.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Palatoplastie. — M. TRÉLAT présente deux malades opérés l'un depuis un an, l'autre depuis trois mois, pour une division totale congénitale de la voûte et du voile du palais jusqu'aux trous palatins antérieurs. La voix était inintelligible avant l'opération et les opérés lisent maintenant de manière à être compris par tout le monde. M. Trélat fera une communication ultérieure sur le procédé opératoire dont il s'est servi.

RAPPORT

Trachéotomie par le thermo-cautère. — M. DE SAINT-GERMAIN donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Poinsot, sur la trachéotomie pratiquée à l'aide du thermo-cautère. D'après la lecture de ce travail, d'après les résultats obtenus par M. Krishaber et d'après son expérience personnelle, M. le rapporteur ne reconnaît à la thermo-trachéotomie que le seul avantage de rendre un peu moins fréquentes les hémorrhagies. L'eschare qui résulte de la brûlure est un inconvénient très-sérieux. M. de Saint-Germain ne croit pas que cette brûlure soit le résultat du rayonnement qui est presque nul ; il pense plutôt qu'elle résulte de l'ébullition de la graisse et explique ainsi son étendue quelquefois considérable.

DISCUSSION

M. PAULET a vu, il y a huit jours, un enfant atteint du croup qui a été opéré le lendemain par M. Verneuil avec le thermo-cautère. Le cou était très-maigre, et cependant, quarante-huit heures après, la plaie était horrible. Elle formait un infundibulum large comme une pièce de cinq francs, au fond de laquelle baillait l'ouverture de la trachée qui a été faite avec le bistouri. Il n'y avait pas là à accuser l'ébullition de la graisse, et cependant on pouvait observer tous les degrés de la brulûre qui s'étendait jusqu'au menton d'un côté et jusqu'au thorax de l'autre. Cette vaste plaie pourra guérir, mais ce résultat doit démontrer une fois de plus combien il est important de sectionner la trachée avec le bistouri.

Des remercîments seront adressés à M. Poinsot, et son travail sera renvoyé au comité de publication.

La séance est levée.

M. le professeur Hébert, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au muséum fera une excursion géologique dimanche 3 juin aux environs de Lagny. On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra à neuf heures quarante le train pour la station de Lagny.

Société de pharmacie de Paris. Rapport sur les médicaments nouveaux par une commission composée de MM. Baudrimont, Gobley, Marais, Schaeuffèle et A. Petit, rapporteur. — In-8° de 68 pages, Prix : broché, 1 franc ; cartonné, 1 fr. 25. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Méningite granuleuse traumatique.

Que ce titre étrange ne vous choque pas trop. Attendez-en la justification. Le fait que vous venez de voir, rare en lui-même, est fort curieux et apporte une lumière trop considérable, dans l'histoire de la formation des granulations méningées, pour que je ne m'y arrête pas un instant. C'est mon devoir et mon plaisir à la fois, de vous initier à ces difficultés de l'étiologie qui laissent tant d'esprits incertains, à cause de la pénurie des observations, nécessaires à élucider certains points de doctrine fort contestés. J'ai dit méningite granuleuse traumatique. Pour ceux qui admettent encore que les granulations dites tuberculeuses, sont toujours la conséquence d'une diathèse tuberculeuse, cette affirmation pourra les surprendre. Mais ici, devant des médecins auxquels je montre si souvent dans les poumons, en dehors de toute diathèse scrofuleuse, l'influence de l'état phlegmasique sur l'enfantement des granulations pulmonaires, ce que je dis en ce moment n'a rien d'extraordinaire.

Dans les poumons d'enfant, c'est un fait facile à saisir et la vue des pièces anatomiques, comme l'examen histologique des granulations, démontre aisément l'origine inflammatoire des granulations pulmonaires chez certains sujets. Au reste, cette opinion défendue dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, depuis quinze ans, vient de recevoir une confirmation nouvelle, par les recherches de mon ancien élève, aujourd'hui mon collègue, M. Grancher.

Seulement, ce qui se voit souvent dans les poumons, s'observe rarement dans les méninges et dans le cerveau. Or, comme voici un cas de traumatisme crânien produisant la méningite granuleuse ; je ne veux pas laisser passer inaperçu ce fait rare, et j'attire votre attention sur ce que je qualifie de méningite granuleuse traumatique. L'autopsie que nous venons de faire, justifie mon appréciation qui, je l'espère, sera bientôt le vôtre. Mais d'abord voici l'observation de la malade.

Observation. — *Méningite granuleuse, suite d'abcès et de nécrose de l'os frontal. Névro-rétinite. Mort. Autopsie.* — Eugénie M..., quatre ans, entrée le 11 mars 1877.

Cette enfant avait une tumeur de la bosse frontale gauche, incisée il y a un mois et dont il est sorti, dit-on, du sang. Le lendemain elle a été prise de convulsions, qui se sont reproduites très-souvent pendant huit jours. Elle est restée somnolente, ne mangeant pas, ayant parfois un vomissement, de la constipation et poussant des plaintes continuelles.

Enfin, on l'amène à l'hôpital dans le même état d'abattement, le pouls fréquent, très-petit, la respiration suspirieuse. Elle est sans connaissance, avec une hémiplégie droite de la face et du corps et perte de la sensibilité. Les pupilles étaient fort dilatées et à l'ophthalmoscope, on voit les deux papilles rouges diffuses, à bords presque entièrement voilés par une exsudation grisâtre, surtout dans l'œil gauche, et les veines rétiniennes très-larges, remplies de thromboses. Elle meurt deux jours après.

Autopsie. — Le *sinus longitudinal supérieur*, le transverse droit, le sinus pétreux sont remplis d'un caillot volumineux cruorique, et fibrineux décoloré, qui descend dans le golfe de la veine jugulaire, jusques à la moitié du cou, sous le sterno-mastoïdien.

La bosse frontale, en dehors, au niveau de l'opération, est dénudée, le périoste détruit, l'os corrodé grisâtre, granuleux, couvert de pus concret. En dedans, au point correspondant, se trouve une place arrondie large comme une pièce de cinquante centimes. La surface en est grisâtre caséeuse, formée d'un peu de pus concret. La dure-mère correspondante est épaissie d'une façon considérable, rugueuse, vasculaire et perforée de quatre petits trous très-fins.

Autour de cette partie, dans une zone de 3 centimètres, l'os pariétal est rouge, imbibé, un peu mou et la pression en fait suinter du sang.

Les méninges sont surtout malades à la surface de l'hémisphère gauche et dans la scissure de Sylvius correspondante. A droite elles sont à peine altérées.

Du côté gauche. La pie-mère est très-fortement injectée, et dans toutes les circonvolutions, le long des vaisseaux, ainsi que dans la scissure de Sylvius gauche, il y a de longues et larges traînées purulentes grisâtres. Dans les intervalles au niveau des circonvolutions elles-mêmes, il y a çà et là des granulations miliaires, grisâtres, fines, d'apparence tuberculeuse.

De ce côté, la suppuration méningée, occupe la convexité de l'hémisphère, la scissure et la base du cerveau près du chiasma.

Du côté droit, la pie-mère est peu malade, il y a de l'infiltration opaline générale, mais pas de traînées purulentes le long des veines et rien dans la scissure de Sylvius ; on trouve çà et là dans la pie-mère quelques fines granulations tuberculeuses.

Le *cerveau* est distendu par de la sérosité ventriculaire, qui a produit un ramollissement crêmeux des parties centrales. La substance blanche est fortement injectée, mais il n'y a pas d'abcès ni de gros tubercules.

Le *cœur*, sur les valvules mitrale et tricuspide, présente les caractères de l'endocardite végétante.

Les *poumons*, le *foie*, la *rate* et les *reins*, sont à l'état normal sans granulations tuberculeuses.

D'abord, je vous ferai remarquer que ce fait, confirme ma découverte de 1862, sur l'existence de la névro-rétinite dans la méningite aiguë, ce qui précise le diagnostic d'une façon évidente. Ceux qui ont examiné les yeux pendant la vie, ont eu la preuve consacrée par le dessin colorié que voici. Mais, ce n'est pas là, le but principal de cette leçon et je n'insiste pas.

Je reviens à ma discussion. Dans les lésions observées, outre la suppuration de la pie-mère, le long des vaisseaux méningés de la partie supérieure des hémisphères, il y avait çà et là, au niveau même des circonvolutions dans la pie-mère, de petites granulations blanches opaques, extrêmement fines, et tout à fait semblables aux granulations tuberculeuses ordinaires. C'étaient les seules qui existassent dans l'économie et elles étaient assez nombreuses. Or, comme la méningite était le résultat d'un abcès frontal sous-cutané, ayant produit la nécrose du frontal et la pachyméningite, propagée à la pie-mère, il est évident que c'est l'état inflammatoire de cette membrane, qui avait engendré les granulations. Cette conclusion est plus légitime, que celle qui consisterait à ne pas tenir compte de la lésion frontale et à croire que les granulations méningées, antérieurement existantes, auraient provoqué la méningite. A choisir entre les deux hypothèses il n'y a pas à hésiter, la marche des symptômes établit la succession des phénomènes morbides, et prouve que la méningite a été le résultat de l'abcès frontal et de son incision. Il n'y a pas eu d'intervalle entre les deux choses, et il serait bien extraordinaire qu'il n'y eût là que coincidenec et que, au contraire, ce soient les granulations qui aient amené la phlegmasie des méninges.

On peut donc, comme je le disais en commençant, voir dans ce fait, l'évolution d'une méningite granuleuse traumatique, et comme ce cas rentre dans la catégorie de ceux que montre l'inflammation pulmonaire, produisant les granulations du poumon, il était important de le signaler.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Les premières statistiques de Norris et de Porta, montrent que près de la moitié des cas où la troisième portion de la sous-clavière avait été liée pour anévrysme, se sont terminés fatalement, et les recherches plus récentes de Koch (*Lang. Arch.* v. X), arrivent au même résultat. Koch cite 25 cas, dans lesquels l'anévrysme affectait, comme il dit « *l'artère sous-clavière.* » Mais l'auteur, donne le nom de sous-clavière, à ce que, dans la nomenclature anglaise, nous appelons la première partie de l'axillaire ; plusieurs de ces 25 cas, s'appelleraient en Angleterre *anévrysmes axillaires* et le reste, *subclavio-axillaires.* Sur ces 25 opérations, 7 seulement ne se terminèrent pas par la mort ; 17 fois, l'anévrysme était spontané, 13 moururent ; 4 fois, il résultait de coups ou d'entorses, 2 moururent ; dans les 4 autres, il résultait de fracture ou coup de feu, 3 moururent. Dans les anévrysmes situés un peu plus bas, entre le bord supérieur du petit pectoral (qui est pour Koch la limite de la sous-clavière) et la terminaison de l'aisselle, les résultats de la ligature de la sous-clavière ont été un peu moins désastreux.

	GUÉRIRENT.	MOURURENT.
De 32 cas d'anévrysme spontané. . . .	22	10
De 14 cas d'anévrysme après blessures diverses	8	6
De 1 cas d'anévrysme après fractures humérus.	»	1
De 4 cas d'anévrysme après luxation ou tentative de réduction.	2	2
De 9 cas d'anévrysme après blessures par instrument piquant.	7	2
De 9 cas d'anévrysme après coup de feu.	5	4
69	44	25

En ajoutant l'une à l'autre ces deux catégories, sur 94 cas où cette artère a été liée pour anévrysme de l'aisselle, ne s'étendant pas au-dessus de la première côte et permettant, par conséquent, de lier la sous-clavière dans sa troisième portion, il y eut 51 guérisons et 43 décès.

Les dangers de l'opération sous la sous-clavière, pour anévrysme axillaire, comme ceux de la ligature de la carotide primitive pour anévrysme carotidien, augmentent à mesure qu'on opère plus près du sac ; et plusieurs des préparations qui sont sur cette table, prouvent que dans ces cas, la ligature est souvent en contact avec le sac. J'ai insisté, dans une précédente leçon, sur les risques d'inflammation et de suppuration dans ces circonstances. La préparation que voici, venant d'un malade de sir W. Fergusson, montre une autre source de danger ; le sac, bien que n'ayant pas été blessé dans l'opération (comme dans la pièce de Liston de notre musée), peut céder plus tard, par suite du défaut de soutien et du ramollissement inflammatoire qui résultent de la proximité de la plaie. Dans ce cas, bien que le sac n'eût pas été blessé pendant l'opération, il y eut hémorrhagie le cinquième jour, et le malade mourut le huitième jour après la ligature. La mort fut attribuée à une péricardite. On trouva que l'anévrysme s'était rompu tout près de la ligature.

J'ai placé également, sur la table, des préparations qui montrent combien fréquemment l'opération a des suites fatales, même quand tout va bien du côté du sac et de son contenu. Tel est le cas de cette préparation, provenant d'un malade opéré en 1871 par sir W. Fergusson. Dans cet exemple, la ligature tomba sans conséquences fâcheuses, car bien qu'il y ait eu hémorrhagie secondaire, elle fut réprimée et l'artère semble solidement fermée. Mais concurremment avec l'hémorrhagie, il y eut des frissons, qui marquèrent le début de la pyémie et le malade mourut d'abcès secondaires dans les poumons, peu de jours après la chute de la ligature. Il y avait aussi une suppuration abondante autour du sac, bien que le sac lui-même n'eût pas suppuré. Ne serait-il pas possible que le même travail ulcératif, qui est nécessaire pour la séparation du fil et qui empêche la cicatrisation rapide de la plaie, qui expose aux hémorrhagies secondaires, ne soit aussi le point de départ d'une inflammation diffuse autour du sac et de la phlébite, qui détermine l'empoisonnement du sang ?

Voici un spécimen, qui provient d'un malade, qui était récemment dans les salles de M. T. Smith à Saint Bartholomew's Hospital. L'opération se fit sans accident. Le cas, comme dit M. Smith (*Path. trans.* v. XXIII, p. 78), ne fut pas traité par la compression, tant il paraissait favorable à l'opération. En réalité, l'opération a parfaitement réussi, l'anévrysme étant oblitéré par un caillot, qui est aussi ferme et aussi solide que la période écoulée depuis l'opération, puisse le permettre. Mais

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 avril.

la suppuration s'établit autour de la ligature dont elle devait amener la séparation ; il y avait un abcès petit et profond, au-dessus des vaisseaux sous-claviers ; toutes les grandes veines étaient remplies de caillots en partie décolorés, s'étendant depuis la veine jugulaire interne et la sous-clavière, jusqu'aux veines du bras au-dessus de l'anévrysme. Cette considération n'est-elle pas une raison nouvelle et suffisante, pour chercher à éviter l'irritation continuelle de la ligature de soie et, pour essayer d'obtenir la réunion par première intention, des parties qui soutiennent et qui nourrissent la veine ?

Ou bien, examinez cette préparation de sir B. Brodie, du musée de Saint George's Hospital, montrant l'altération étendue de l'artère, au-dessus du sac anévrysmal, et le faible espoir, qu'il était permis d'entretenir, de voir la réunion d'une plaie faite pour lier une semblable artère, sans hémorrhagie secondaire totale, et cela d'autant plus, qu'on provoque une irritation continue dans les tissus qui sont en contact immédiat avec des vaisseaux altérés. Je reviendrai sur cette considération, en vous parlant du cas heureux de compression de Rizzoli.

Regardez ces préparations de la collection de Irish College of Surgeons (B. c., 310), et de la collection de Saint-George's Hospital (VI, 116) et comparez-les à celles de Peatson, que je vous décrirai à l'instant, et je pense que vous m'accorderez que leur petit volume et l'intégrité des artères, sur lesquelles elles sont situées, bien que favorables à l'opération, n'en sont pas moins une raison sérieuse d'entreprendre le traitement par la compression intermittente ou continue, puisqu'il y a grande chance de réusir, sans exposer les malades aux dangers de l'opération, qui fut fatale dans un de ces cas.

Enfin, nous ne devons pas perdre de vue, que des dangers cachés existent à chaque pas de l'opérateur, même dans les cas où il semble qu'on n'ait rien à redouter au delà des risques ordinaires. Ainsi, dans cette belle pièce du Irish College of Surgeons (B. c., 285), on voit siéger deux sacs sur l'artère axillaire, du sac supérieur naît un diverticulum, dont on ne soupçonna pas l'existence pendant la vie, mais qui, comme le remarque le professeur Porter, dans la description qu'il fait de ce cas, eût infailliblement été blessé, si on eût tenté de lier l'artère à son passage sur la première côte.

Ces statistiques, ces préparations et ces descriptions, montrent suffisamment les dangers de la ligature de la sous-clavière. Les dangers ne sont pas un argument contre son emploi, quand il n'y a pas de moyen de traitement plus sûr. Mais si nous pouvons montrer des cas, d'un caractère peu rassurant, et nous le pouvons sans aucun doute, qui ont été traités avec succès, sans avoir recours à une aussi dangereuse opération, il est de notre devoir, comme chirurgiens, de nous demander dans quelles conditions il est possible de traiter l'anévrysme axillaire sans opération ; quand, au contraire, nous sommes excusables d'exposer le malade aux dangers de l'opération de Hunter ou d'Anel, suivant le cas ; dans quelles circonstances enfin, on peut justifier l'incision faite dans l'aisselle, pour chercher les deux bouts de l'artère, ou l'amputation du membre entier. J'aurai aussi à faire allusion incidemment aux modes de traitement applicables à la tumeur elle-même, la malaxation, la galvano-puncture et les injections coagulantes.

Malgré la gravité reconnue de la ligature de la sous-clavière par la méthode de Hunter ou d'Anel, je ne vois pas que les chirurgiens anglais aient fait jusqu'ici aucune tentative pour traiter ces anévrysmes par des moyens moins dangereux. M. Syme a, en réalité, proposé d'aller au rebours du progrès que poursuit la science pratique, chirurgie ou autre, en retournant à la méthode d'Antyllus. En dépit des affirmations formelles contenues dans les livres, que la compression peut rendre des services dans cette forme d'anévrysme, combien d'entre nous ont vu une sérieuse tentative pour la mener à bien ?

Dans un travail soigné, de Fischer (Prager Viertel, Jahrschrift, 1869), sur le compte duquel j'aurai à revenir plus tard, cet auteur, a réuni et publié tous les cas qu'il a pu découvrir, dans lesquels la compression digitale a été employée, avec ou sans succès, dans le traitement des divers anévrysmes. Il n'y a que deux cas d'anévrysme axillaire ainsi traités, tous les deux malheureux. L'un appartient à Turet de Lyon (*Gaz. méd. de Lyon*, 1860, 543), l'autre à Vanzetti (*Gaz. des Hôp.* 1864, 471). Dans ces deux cas, après l'échec de la compression digitale, la sous-clavière fut liée avec succès. Fischer cite un troisième cas comme anévrysme axillaire, mais il y a erreur (Goyrand, *Union méd.* 1865, n° 67). Si l'on remonte à la source originale, on verra qu'il s'agit d'un anévrysme situé juste au-dessus du pli du coude.

La compression de la sous-clavière dans les anévrysmes axillaires, remonte à Desault, dont la tentative est décrite dans l'ouvrage de Broca. Il ne semble pas qu'elle ait eu grande chance à son début, car le malade, effrayé par l'appareil déployé ou par la douleur de la compression, quitta l'hôpital et alla se confier aux soins de Ferrand à l'Hôtel-Dieu. Il n'eut pas à se féliciter du changement, comme l'observe Broca, car Ferrand prenant l'anévrysme pour un abcès, y plongea un bistouri et le malade mourut d'hémorrhagie séance tenante. Un autre insuccès de la compression dans l'anévrysme axillaire est cité par Broca, qui est d'avis que la compression n'est pas applicable à cette espèce d'anévrysme. Dans la table à laquelle j'ai déjà fait allusion, sur trois cent trente-sept anévrysmes traités chirurgicalement dans les hôpitaux Anglais, il y a dix anévrysmes axillaires. Dans trois on essaya la compression, une fois avec un succès complet. Dans un second cas, le malade fort âgé (soixante-dix-huit ans) mourut pendant son séjour à l'hôpital, apparemment par suite de sa vieillesse ; on ne fit que la compression directe avec une pelote et un bandage. Dans le troisième cas (dans lequel il me semble douteux de savoir si c'était réellement un anévrysme ou simplement une rupture d'artère), on essaya la compression de la sous-clavière, mais le malade ne put la supporter ; on tenta de lier la sous-clavière, mais on lia par erreur la scapulaire postérieure qui était anormalement développée et qui naissait de la troisième portion de la sous-clavière. Le malade mourut, deux jours après, d'hémorrhagie.

Les deux derniers cas n'étaient vraisemblablement pas susceptibles de guérison — le premier par aucun moyen, le second non plus, sauf l'opération ancienne. Mais le premier, cas est fort intéressant comme étant, à ce que je crois, le premier dans lequel on ait obtenu la guérison par la compression, dans nos grands hôpitaux de Londres. Il s'est présenté à Guy's Hospital, dans le service de M. Cooper Forsteret il est cité dans Guy's Hospital Reports pour 1873 p. 61. L'anévrysme fut entièrement guéri en deux séances, sous l'influence du chloroforme, l'une de trois heures et quart, l'autre de huit heures. La compression sur la tumeur avait déterminé une paralysie partielle qui était en voie d'amélioration, à la date où furent prises les dernières notes.

Mais le premier cas, je crois, dans lequel un anévrysme axillaire a été guéri par la compression et le seul dans lequel la guérison est attestée par l'existence de la préparation, faite plusieurs années après, est le suivant qui était sous les soins du docteur Peatson, de Manchester, en consultation avec feu

Jordan, de la même ville. Je dois à M. Gay de connaitre ce cas intéressant, et je dois à l'intelligence de M. Peatson, les détails de l'observation aussi bien que la préparation. La publication de cette observation importante et instructive a été retardée par l'état de santé de M. Jordan, à l'examen duquel M. Peatson voulait soumettre ses notes et sa préparation. Mais comme elle rendue publique, je n'en indiquerai que les traits principaux d'une manière très-succincte.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'ozène (1).

Par M. Ch. Brame.

Je n'ai observé que trois cas d'ozène; mais, traités par des procédés différents, ils se sont terminés tous trois par la guérison.

Dans un cas, l'odeur qu'exhalait le malade était infecte; dans un un autre, l'odeur, sans être infecte, était très-désagréable; dans un troisième, l'odeur était infecte au dernier degré.

Dans le premier cas seul, on a pu constater une légère carie de l'os propre du nez; dans les deux autres cas, l'ozène était constitué par des ulcères de la pituitaire. Chez un sujet, les deux fosses nasales étaient atteintes; une seule fosse nasale était atteinte chez les deux autres sujets. Dans un cas seulement, sous l'influence du traitement, il s'est produit un exsudat épais.

Dans aucun des trois cas observés, l'ozène n'avait une origine syphilitique, on ne peut non plus attribuer l'affection à l'écrasement du nez, ni par conséquent à la rétention du mucus: les trois jeunes filles qui font le sujet des observations, avaient le nez parfaitement conformé.

Les traitements qui m'ont réussi étaient constitués de la manière suivante :

Obs. I. — On porte dans la fosse nasale, au moyen d'une baguette de verre, du sulfocyanure ferrique, dissous dans l'alcool à 96 degrés, puis immédiatement du nitrate argentique, dissous dans l'eau; ensuite de l'iodure argentique naissant au 1/50; pour éviter toute cause d'irritation, on ajoute parfois du tannin en solution alcoolique ou de l'iodure plombique, aux moyens précédents; dans les derniers jours, on s'est borné à de l'iodure argentique; traitement général; dragées d'iodure ferreux, vin de gentiane, bière. Le traitement a duré un mois.

Obs. II. — On a employé des ventouses scarifiées au col, et tous les jours, excepté un, une solution alcoolique de tannin suivie de l'application de nitrate argentique dissous dans l'eau. Traitement général nul; guérie en quinze jours.

Obs. III. — Ici l'ozène est double; l'odeur est infecte, au dernier degré; cet état de choses remonte à quatre années. — On a recours en commençant et tout d'abord, à un traitement général ainsi constitué : pastilles de phosphate ferreux, vin de quinquina, bière, viande crue. — Traitement local; scarifications derrière les oreilles, répétées trois fois. Tantôt on emploie successivement du chlorure ferrique, dissous dans l'alcool à 96 degrés, du phénate sodique, du nitrate argentique dissous dans l'eau, du tannin dissous dans l'alcool à 96 degrés; tantôt de l'iodure argentique avec du phénate sodique et du tannin; tantôt du chlorure ferrique et du tannin; vers la fin du traitement, du tannin seul ou iodé, ou du chlorure ferrique isolé.

Conclusions. — Il est inutile d'employer du chlorure de chaux, pour faire disparaître l'odeur infecte ou désagréable qu'exhale l'ozène; les moyens variés que j'emploie font disparaître rapidement toute odeur. — Il ne faut pas boucher les fosses nasales, attendu qu'il en résulte une grande gêne pour les malades. — Il ne faut employer ni pommades, ni huiles, vu leur facile rancidité dans le lieu où on les porte. — L'iode en vapeur à des inconvénients: il demande un appareil spécial et l'on ne peut facilement modérer l'action qu'il produit; il est avantageusement remplacé par la solution alcoolique de tannin iodé, portée au bout d'une baguette de verre.

On peut traiter certains ozènes par le sulfocyanure ferrique, dissous dans l'alcool, suivi du nitrate argentique, dissous dans l'eau; après quoi l'on introduit dans la fosse nasale, de l'iodure argentique naissant, pour calmer l'irritation. Aux moyens précédents on ajoute parfois du tannin en dissolution alcoolique ou de l'iodure plombique. Le traitement général consiste, dans ce cas, en iodure ferreux; vin de gentiane, bière. — D'autres ozènes peuvent être guéris par les ventouses scarifiées; appliquées au col et par une solution alcoolique de tannin, suivie d'une solution de nitrate argentique, introduite dans la fosse nasale. Traitement général nul. Enfin, il en est d'autres qui demandent, à la fois, un traitement général reconstituant et un traitement local.

Le traitement général se compose de pastilles de phosphate ferreux, de vin de quinquina, de bière, de viande crue.

Le traitement local se compose de scarifications derrière les oreilles, de chlorure ferrique dissous dans l'alcool, de nitrate argentique, de phénate sodique dissous dans l'eau; de tannin, dissous dans l'alcool à 96 degrés. Ces moyens, auxquels ont peut ajouter le tannin iodé, sont employés tous ensemble ou quelques-uns séparément et dans ce cas, vers la fin du traitement.

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 16 avril 1877.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Ascaride mistral du lion. — M. Chatin, ayant eu l'occasion d'examiner récemment l'ascaride mistral du lion et fait la description, en conclut en disant qu'il ne lui paraît exister aucune identité entre cet ascaride et l'ascaride mistral du chat.

Ovulation sans menstruation. — M. de Synety a eu l'occasion d'observer récemment un cas d'ovulation chez une femme qui n'avait jamais été menstruée. Vers l'âge de douze ans, cette femme présenta les symptômes ordinaires de la puberté, mais elle ne vit pas apparaître ses règles. Mariée à vingt-six ans, elle n'éprouve aucun changement dans son état; elle mourut tuberculeuse à trente-huit ans et M. de Synety communique les résultats de l'examen anatomique de ses organes génitaux : les ovaires étaient très-développés, l'utérus paraissait normal, mais une coupe longitudinale de cet organe montrait que sa cavité n'avait que 4 centimètres et demi au lieu de 7, que la cavité du corps était tout à fait rudimentaire et que la cavité du col était seule un peu développée. L'examen microscopique a montré que les glandes de la muqueuse étaient moins développées qu'à l'état normal; cette muqueuse présentait à peu près l'aspect qu'elle présente chez l'embryon. La coupe des ovaires montrait que l'ovulation avait été très-active.

Microcythème temporaire. M. Lépine, en son propre nom et au nom de M. Germond, fait une communication sur deux cas de microcythème temporaire qu'il a eu l'occasion d'observer, l'un chez un malade atteint de cancer de l'estomac, l'autre chez un épileptique pléthorique, qui a été saigné à plusieurs reprises; chez ce dernier, après chaque saignée, M. Lépine constatait la présence d'un grand nombre de petits globules dans le sang.

A cette occasion, M. Lépine rappelle les recherches qu'il a faites sur les caractères du sang chez le nouveau-né, et particulièrement le rapport inverse qu'il a montré exister entre les variations de poids et le nombre des globules sanguins chez le nouveau-né, recherches dont M. Hayem n'a semblé tenir aucun compte dans les communications ultérieures qu'il a faites sur le même sujet.

Anatomie pathologique de l'acné varioliforme. — M. Vidal, en son nom et au nom de M. André, fait une communication

sur ce sujet. Il résulte de leurs recherches que l'acné varioliforme est caractérisé histologiquement par une altération particulière des glandes sébacées, qui sont dilatées, augmentées de volume et par une certaine tendance à la dégénérescence colloïde des cellules de l'épithélium.

M. RENAUT qui a fait, il y a plusieurs années, des recherches sur le même sujet, ne pense pas comme M. Vidal qu'il s'agit là d'une dégénérescence colloïde, mais bien plutôt d'une dégénérescence cornée qui se fait au sein de la glande malade.

M. VIDAL n'avait pas connaissance des recherches de M. Renaut, sans quoi il les aurait citées. Il ne partage pas son opinion et s'appuie, pour admettre qu'il s'agit d'une dégénérescence colloïde et non d'une dégénérescence cornée, sur ce fait que les cellules ne sont pas attaquées par l'acide acétique, ce qui aurait lieu dans le cas de dégénérescence cornée.

Dilatation de l'estomac guérie par la sonde. — M. LEVEN communique l'observation d'une femme de vingt-sept ans, qui a été réglée à dix-sept ans et qui avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'il y a deux ans, elle fit une fausse couche depuis laquelle elle ne vit plus de règles ; depuis ce temps, elle perdit l'appétit et le sommeil, elle eut de mauvaises digestions, des vomissements continuels ou des nausées incessantes ; elle a passé dans plusieurs services des hôpitaux de Paris où elle a subi divers traitements sans jamais ressentir aucune amélioration. Elle entre dans le service de M. Leven, à l'hôpital Rotschild, où elle subit une première application de la sonde, trois verres d'eau de Vichy furent injectés dans son estomac ; la moitié en fut alors aspirée par la pompe ; aussitôt les vomissements cessèrent, le sommeil revint, mais les nausées continuèrent et comme elles allèrent en augmentant, cinq jours après fut faite une nouvelle application de la sonde à la suite de laquelle il n'y a plus de vomissements, ni de nausées, ni de liquides dans l'estomac.

Les règles sont revenues. Cette femme est aujourd'hui complétement guérie. Ainsi, depuis plusieurs années, cette malade avait été traitée par tous les moyens, par une alimentation spéciale, par la glace, par les purgatifs répétés, etc., et jamais on n'avait pu arriver à arrêter ses vomissements. Comment tous ces troubles ont-ils disparu sous l'influence de l'application de la sonde ? M. Leven ne saurait l'expliquer ; mais c'est un fait qu'il constate et qu'il croit assez important pour devoir être publié.

Vitalité des spermatozoïdes de la truite. — M. HENNEGUY fait la communication suivante :

Les physiologistes qui se sont occupés de la vitalité des spermatozoïdes se sont bornés à rechercher l'action de certaines substances sur ces éléments. Ils ont dit que leurs mouvements étaient abolis par les liquides acides, excités et entretenus par les liquides alcalins. Il était intéressant de voir si du sperme, traité par certains réactifs, pouvait encore féconder des œufs, et si ces œufs ne présentaient pas de particularités dans leur développement.

Les expériences entreprises à ce sujet sous la direction de M. le professeur Balbiani ont été faites au laboratoire d'embryogénie du Collége de France, sur de la laitance de truite.

Les spermatozoïdes de la truite, immobiles dans la laitance extraite de l'animal, n'acquièrent de mouvements qu'au contact de l'eau. Le mouvement ne dure pas plus de trente secondes : aussi des œufs fécondés avec du sperme laissé au contact de l'eau pendant une minute ne se développent pas du tout.

Du sperme de truite a été conservé pendant quatre jours à une température de 10 à 15 degrés, et des œufs fécondés avec ce sperme se sont développés comme des œufs fécondés avec du sperme frais. De la laitance traitée par l'eau alcalisée par la potasse se comporte comme la laitance normale. L'eau, alcalisée, éthérée, chloroformée, n'arrêtent pas, et n'empêchent pas les mouvements des spermatozoïdes; des œufs fécondés avec du sperme parti par l'eau alcalisée à $\frac{5}{100}$ (eau 95, alcool absolu 5) à $\frac{10}{100}$, par l'eau éthérée par $\frac{35}{100}$, par l'eau saturée de chloroforme, se sont aussi bien développés que des œufs fécondés normalement. Les poissons provenant de ces œufs ne présentent jusqu'à présent aucune particularité qui puisse les différencier des autres.

Il résulte des expériences ci-dessus que l'alcool et les anesthésiques, à des doses suffisantes pour tuer des animaux inférieurs tels que des infusoires, ne paraissent pas exercer une action nuisible sur les spermatozoïdes de la truite, et que des œufs fécondés par du sperme, traité par des réactifs qui laissent aux spermatozoïdes leurs mouvements, se développent comme s'ils avaient été fécondés par du sperme normal.

Mesure de l'acuité visuelle en tenant compte de l'éclairage. — M. JAVAL rappelle que les oculistes se servent d'échelles typographiques, dans la mesure de l'acuité visuelle, sans tenir compte de l'éclairage. Depuis plusieurs années, il éclaire son échelle typographique au moyen d'une flamme de gaz aussi constante que possible et il en tire l'avantage d'avoir des observations comparables d'un jour à l'autre. Mais il lui a semblé qu'on pouvait faire un pas de plus, et, après avoir substitué un éclairage constant à l'éclairage variable du jour, il vient d'organiser un éclairage variable à volonté.

Avec le concours de M. Girard, il a construit un bec de gaz qui varie à volonté depuis une jusqu'à vingt-cinq bougies; un robinet à cadran permet de lire instantanément l'intensité du bec. D'autre part, les échelles typographiques ont l'inconvénient de jaunir rapidement. M. Javal leur substitue des échelles peintes sur verre dépoli qui présentent, de plus, l'avantage de pouvoir s'éclairer par transparence ; rien n'empêche plus d'obtenir un éclairage très-intense en rapprochant à volonté la source lumineuse qui reste constamment cachée à l'observation.

Les lettres qu'emploie M. Javal A, H, I, M, O, T, U, V, X, étant toutes symétriques, rien n'empêche de regarder les échelles dans une glace, ce qui présente les avantages suivants : 1° possibilité de faire lire à une distance double de la plus grande dimension du cabinet ; 2° facilité d'avoir sous la main le bec de gaz dont on fait varier la flamme ; 3° possibilité de montrer du doigt les lettres de l'échelle sans être forcé de s'éloigner du malade.

En renfermant le bec de gaz dans une sorte de lanterne magique, on peut obtenir sur les échelles, un éclairage à peu près uniforme, dont on peut faire varier l'intensité et la coloration en faisant passer des bandes de verres fumés ou colorés dans la coulisse de la lanterne.

Si l'on fait exécuter les lettres en peinture blanche bien opaque, il est possibble en ajoutant une seconde lumière de l'autre côté de la plaque d'obtenir à volonté des lettres, noires sur fond blanc ou blanches sur fond noir et le jaune varie, dans telle proportion qu'on veut, l'intensité des lettres par rapport au fond. Par cet artifice, on peut mesurer la sensibilité de l'œil pour de petites différences d'intensité et cette recherche, qui n'avait encore jamais pu être faite pratiquement parait devoir fournir, dans certains cas, d'utiles indications diagnostiques.

M. Javal pense que ces lettres blanches traccées sur le verre dépoli d'une lanterne contenant une flamme de gaz variable à volonté, donneront une solution approximative d'une question qui n'a pas encore été résolue : on peut faire par ce moyen, la photométrie de la lumière diffuse et obtenir des nombres pour chiffrer l'intensité lumineuse d'un lieu déterminé, quelque nombreuses que soient les sources d'éclairage qui concourent en ce lieu.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

I. **L'Athrepsie**, par M. le professeur J. PARROT; leçons recueillies par le docteur TROISIER (1). — II. **Traité du microscope**, (2e édition), par le professeur Ch. ROBIN (2). — III. **Traité d'analyse chimique**, de HOPPE-SEYLER, traduit par SCHLAGDENHAUFFEN (3). — IV. **Guide médical pratique de l'officier**, par MM. CHAS-

(1). Un fort vol. in-8. Prix : 18 francs. Paris, G. Masson.
(2). Un fort vol. in-8. Prix, cartonné : 20 francs. Paris, J.-B Baillière et fils.
(3). Un vol. grand in-8. Prix : 10 francs. Paris, F. Savy.

SAGNE et EMERY (1). — V. **Légende territoriale de la France,** (2e édition), par M. PFEIFFER (2).

I. Nous pouvions croire, d'après les efforts de la génération médicale actuelle, que le progrès nosographique était de classer et de donner la description des maladies d'après leur cause anatomique; on a cessé de décrire l'asthme, la dyspepsie, le vomissement, la diarrhée, la paralysie, les convulsions comme des maladies. Tout le monde admet que ce ne sont là que des symptômes et qu'il faut rapporter ces troubles fonctionnels à des lésions d'organes. C'est là le progrès réalisé par l'École anatomique.

Serions-nous déjà fatigués de cette méthode si féconde en résultats heureux, et allons-nous rentrer dans le vague sémiotique dont les découvertes anatomo-pathologiques ont tiré certaines parties de la science. On pourrait le croire, d'après le titre du livre dont voici l'analyse. Son auteur pense avoir découvert une nouvelle maladie des nouveau-nés qu'il appelle *athrepsie*, de α privatif, θρεψις action de se nourrir, et qu'un autre inventeur pourrait désigner avec plus de raison sous le titre de *cacothrepsie*, car chez ces enfants, il n'y a pas privation de l'action de se nourrir, il y a surtout mauvaise façon de se nourrir.

Mais ce n'est pas là une maladie, c'est une disposition pour laquelle la science a déjà une foule de mots tels que *cacochymie, cachexie, dystrophie, dyspepsie, bradypepsie, phthisie intestinale, consomption, marasme*, etc., que l'on peut employer indifféremment.

L'athrepsie, présentée comme une maladie par M. Parrot, n'est qu'un symptôme et, à ce titre, ne peut constituer une entité morbide. C'est l'état morbide que tous les médecins connaissent sous le titre de gastro-entérite et d'entérite des nouveaux-nés, dues à la mauvaise qualité du lait, à l'emploi du biberon et à l'alimentation prématurée.

Puis, autour de cette gastro-entérite, et comme conséquence, viennent l'érythème des fesses et leur ulcération, les ulcérations des malléoles et des talons, le muguet, le sclérème, le dépérissement rapide, l'amaigrissement, la consomption, le marasme, quelquefois les convulsions ultimes et la mort qui a lieu plus ou moins rapidement, selon que la maladie garde la forme aiguë ou qu'elle a passé à l'état chronique.

La preuve que c'est bien la gastro-entérite et l'entérite des nouveau-nés que M. Parrot a voulu décrire sous le vocable nouveau d'athrepsie, c'est le traitement qu'il propose d'employer contre cette nouvelle maladie.

Il proclame les dangers du biberon et la nécessité de l'allaitement naturel; le choix d'une bonne nourrice, la régularité de l'allaitement, et contre la diarrhée jaune ou verte qui ouvre la marche des accidents et qui est le début du mal.

Il conseille l'eau de chaux, le sous-nitrate de bismuth, le sirop de de grande cousoude et tout ce qu'emploient les médecins contre l'entérite du nouveau-né.

Si l'athrepsie est *foudroyante*, autrement dit, s'il y a *entérite cholériforme*, M. Parrot conseille les bains de moutarde et la potion au cognac, c'est-à dire le traitement du choléra.

Contre le muguet, enfin, qui complique l'athrepsie, il faut employer l'eau de Vichy, le borate de soude et le chlorate de potasse.

Était-il donc nécessaire d'introduire dans la science un mot nouveau s'appliquant à une maladie aussi vulgaire que l'entérite des nouveau-nés? Je ne le crois pas.

Quoi qu'il en soit de cette dérogation à la méthode de nomenclature généralement adoptée, on trouve dans ce livre, la description exacte des troubles digestifs qui caractérisent la gastro-entérite des nouveau-nés. Puis viennent les descriptions des complications relatives à l'érythème des fesses et des malléoles, au muguet, aux altérations des reins et de l'urine, à la recherche de la température et à l'étude de certaines altérations cérébrales qui, dans l'état chronique, engendrent parfois des convulsions mortelles. — E. BOUCHUT.

II. M. Charles Robin nous présente la deuxième édition de son « Traité du microscope et des injections. »

(1). Un vol. in-12. Prix : 5 francs. Paris, Ch. Delagrave.
(2). In-8. Prix : 4 francs. — Paris, Ch. Delagrave.

Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne sache le rôle que le microscope a joué dans la vie scientifique du savant professeur. De l'agrégation au professorat, et du professorat à l'Institut, tel a été pour lui la marche heureuse et légitime que lui a fait faire son microscope. Aussi ne sommes-nous pas surpris que l'*Essai* de 1849, soit d'abord devenu le volumineux ouvrage de 1871, pour aboutir enfin, à l'œuvre considérable que nous ouvrons aujourd'hui devant nos lecteurs.

Le « Traité du microscope » se divise en trois parties.

Dans la première partie, l'auteur décrit successivement les microscopes simples et composés construits en France et à l'étranger, les instruments et appareils accessoires, les agents physiques et chimiques employés en micrographie ; la préparation et la conservation des objets microscopiques. Une section spéciale est consacrée au choix du microscope, aux soins qu'il faut lui donner, à l'éclairage, etc.

La deuxième partie est l'exposé des applications du microscope et de ses auxiliaires à l'anatomie, à la physiologie, à la médecine, à l'histoire naturelle, à la chimie et à l'économie agricole. Une section spéciale est réservée à l'étude des animaux microscopiques; une autre présente l'investigation des éléments anatomiques, des tissus et des organes des plantes.

Dans la troisième et dernière partie de ce livre sont exposés l'emploi des instruments, le maniement des matières liquides ou de solides liquéfiables, en un mot, l'art des injections.

Ce qui distingue cette nouvelle édition, c'est l'ordre qui y règne et qui donne les plus grandes facilités au chercheur; c'est la richesse de la partie iconographique et surtout le soin que l'auteur met à guider les pas de celui qui veut se servir du microscope. Or, il ne faut pas l'oublier, il est tout un ordre de recherches qui commande absolument l'emploi de cet instrument.

Cette nouvelle édition est très-riche de faits, et en fait un livre vraiment classique.

III. Encore un livre traduit de l'allemand, mais comment faire autrement si nos auteurs français ne publient pas les œuvres dogmatiques que leur clarté d'exposition fait si vivement désirer.

En attendant, M. le professeur F. Schlagdenhauffen a pris la quatrième édition du « Traité d'analyse chimique » de Hoppe-Seyler, et la fait connaître aux savants français.

M. Hoppe-Seyler est professeur à l'Université de Strasbourg. Il est — comme dans nos écoles — entouré d'une jeunesse désireuse de contrôler dans le laboratoire les expositions dogmatiques du professeur. C'est pour eux qu'il a écrit son « Traité d'analyse chimique. » Ce livre avait été écrit dans le laboratoire, son utilité était incontestable : de là son succès.

Nous pensons que cet ouvrage recevra en France le même accueil, non-seulement à cause des excellents enseignements qu'il contient, mais encore, grâce aux annotations du professeur de Nancy. M. Schlagdenhauffen a eu, en effet, la bonne pensée de donner ainsi un aperçu des mémoires spéciaux les plus dignes d'intérêt publiés à l'étranger, sans oublier les savants français. Il a voulu justifier ainsi la réputation que Nancy mérite de plus en plus, d'être la sentinelle avancée de la science.

La première partie du « Traité d'analyse chimique » traite des manipulations chimiques et de l'emploi des appareils. — La deuxième partie est consacrée aux réactifs. — La troisième partie étudie la composition, les propriétés et les recherches analytiques des composés inorganiques et organiques en particulier. — La quatrième partie nous offre l'analyse qualitative et quantitative des liquides, des tissus et des concrétions fournis par les animaux. Un appendice est, enfin, consacré aux recherches médico-légales des taches de sang, sur bois, étoffes, etc.

En résumé, le livre de M. Hoppe-Seyler rendra de véritables services et mérite d'être recommandé.

IV. Mais que nous ouvrons avec plaisir ce « Guide médical pratique de l'officier », qu'un accident avait soustrait si longtemps à notre attention ! Nous avons d'autant plus le désir de le faire apprécier de nos lecteurs, que c'est un de ces bons et excellents ouvrages qu'on voudrait voir dans beaucoup de mains. Il renferme tant de

notions saines ; il donne un aperçu à la fois si simple et si net des éléments scientifiques que tous doivent posséder, qu'on ne saurait lui faire trop bon accueil, ni le recommander trop vivement.

Deux très-honorables confrères de l'armée, MM. Chassagne et Emery-Desbrousses, ont pensé que maintenant où notre officier a soif de travail et mérite toute notre admiration, il fallait lui venir en aide et lui donner un guide sérieux, pouvant lui servir à tous les degrés de la hiérarchie. Lisez plutôt ce titre : « Guide médical pratique de l'officier, — généraux et chefs de corps : hygiène militaire ; grandes épidémies d'armées : hygiène des champs de bataille. — Officiers de tous grades : aperçu de l'organisme humain ; premiers secours aux blessés sur le champ de bataille (hémorrhagies, fractures, transport à l'ambulance) ; conseils d'hygiène de combat ; guide médical de l'Algérie ; guide des petites indispositions pour les détachements sans médecin ; — officiers de recrutement et membres des conseils de révision ; choix des recrues, poids, âge ; périmètre thoracique ; de l'aptitude aux différentes armes ; la France au point de vue des déchets de contingent ; premières applications du service obligatoire 1873-75 ; recrutement des armées étrangères. »

Et maintenant, est-il besoin de pousser plus loin une analyse : et ne suffit-il pas de dire que ce livre est traité avec un soin digne de son programme et que, aujourd'hui où tout le monde doit le service militaire, ce guide sera dans toutes les mains et rendra de précieux services. Pour être juste, il nous faut même ajouter, que le praticien et même le publiciste, y trouvent des documents du plus haut intérêt, groupés avec art et analysés avec grande clarté. Un dernier mot indiquera la valeur de cet ouvrage, il est publié par la réunion des officiers, cette pépinière de bons et solides enseignements qu'ont fait naître les malheurs de notre patrie.

V. Finissons cette causerie bibliographique, en inscrivant un titre qui d'abord, déroutera le lecteur. « Légende territoriale de la France pour servir à la lecture des cartes topographiques. »

Voici, direz-vous, un livre qui semble avoir bien peu de rapports avec nos études de chaque jour, et quoique le médecin ait par esprit et par fonction, l'habitude de s'intéresser à beaucoup de choses, par où peut-il être touché par cette « Légende Territoriale. »

Arrêtez vous, cher lecteur, et ouvrez avec nous ce livre.

M. Pfeiffer, chef d'escadron au 32e régiment d'artillerie, commence par nous déclarer, qu'il y a une vingtaine d'années, il ne lui eût pas été possible d'écrire ce livre, mais les savants travaux publiés depuis cette époque, permettent de se rendre compte de ce que signifient les noms donnés aux divers lieux habités de notre pays. Usages, accidents topographiques, sciences, histoire, tout se réunit et se combine pour créer cette langue qui, jadis, sur nos cartes était sans vie et sans pensée. — Quelques exemples :

Un cours d'eau rapide, le torrent de la langue vulgaire, deviendra gave, neste, ou rupt, en passant des Pyrénées aux Vosges. Le col, le port ou la hourquette désignera la même chose, dans les Alpes, les Vosges, les Cévennes ou les Pyrénées. Losne, Balme, Puy, Ballon, Crêt, Causse ou Cluse ? Voilà bien des mots à comprendre et qui sont très répandus sur nos cartes, et bien peu connus de tous.

Que de noms empruntés à la botanique (saussaie, trembleaux, plans, frenaie, etc. etc.)

Après avoir passé en revue tous les accidents topographiques, s'être appuyé sur la linguistique, l'histoire, les mœurs, les coutumes, etc., l'auteur complète son très-intéressant ouvrage, par un appendice, où sont groupés une foule de renseignements qui n'ont pu trouver place dans le corps du livre.

Le réveil de 1871 aura été des plus heureux, pour le développement de notre esprit national : et nous ne pouvons fermer ce livre, sans reconnaître qu'il suffisait d'appeler notre attention sur nos lacunes, par voir le travailleur s'y porter. La géographie n'était alors qu'une étude de mots, aujourd'hui c'est une encyclopédie, où toutes les sciences viennent apporter leur concours, leur lumière et leur vif intérêt.

Le livre de M. Pfeiffer est déjà à sa deuxième édition ; les éditions se succéderont certainement et s'enrichiront encore, car il n'est pas de chercheur *local* qui ne voudra venir apporter un renseignement précieux sur le pays qu'il habite. Et M. Pfeiffer peut compter sur les médecins de campagne qui savent, après les fatigues excessives de la profession, trouver encore quelques instants pour les recherches de l'esprit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine a arrêté, comme on sait, la liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pathologie externe : en première ligne, M. Félix Guyon ; en deuxième ligne, M. Duplay ; en troisième ligne, M. Tillaux.

— Voici, par ordre d'inscription, les noms des candidats qui sont admis à prendre part au concours qui s'est ouvert hier lundi, pour la nomination à trois places de médecin du bureau central :

Debove, Danlos, Rendu, Gougenheim, Huchard, Gingeot, Troisier, Renault, Gouraud, Legroux, Hallopeau, Joffroy, Rathery, Rogues, Hanot, Schwelck, Tenneson, Sanné, Lorey, Quinquaud, Homolle, Sevestre, Gaillard-Lacombe, Landrieux, Hirtz, Chouppe, Percheron, Carrière, Rück.

— *Erratum.* — Page 502, colonne 2, ligne 5, *au lieu* de M. Cambrière, *lire* M. le docteur Brière (du Havre).

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La Bourboule et le Mont-Dore. Parallèle de ces deux stations par le docteur Chateau. — In-8°. Prix : 1 franc. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 65. — JEUDI 7 JUIN 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 7 JUIN 1877. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Des médicaments helminthicides.

A propos d'une malade récemment entrée dans le service pour un tænia inerme dont elle souffre depuis longtemps, j'ai l'intention d'examiner avec vous, aujourd'hui, les différents procédés à l'aide desquels on peut espérer parvenir à débarrasser des helminthes le canal intestinal.

Le nombre des médicaments anthelminthiques est considérable, mais, comme cela a lieu fréquemment en thérapeutique, cette richesse apparente cache une indigence réelle. Aucun, en effet, ne répond d'une manière absolue aux desiderata de la science.

De ces médicaments, les uns sont des remèdes sérieux; les autres méritent à peine d'être mentionnés.

Parmi les premiers, je citerai en première ligne la racine de grenadier, ou plutôt l'écorce de racine de grenadier, ainsi qu'on la désigne dans les formulaires. Je n'entreprendrai pas de vous faire la description de cette plante que vous connaissez tous; je me bornerai à vous dire que, parmi les éléments qui entrent dans sa composition, l'analyse chimique décèle la présence de tannin, d'acide gallique et en outre d'une très-grande quantité d'une matière résineuse ainsi que d'une huile volatile. C'est à ces deux dernières substances qu'il faut attribuer l'action de ce médicament sur les helminthes.

L'écorce de racine de grenadier peut s'employer de deux manières : fraîche ou desséchée. Mais l'action de la première est loin d'être constante; tantôt elle donne d'excellents résultats; tantôt, au contraire, elle constitue un médicament très-infidèle.

Cette inégalité d'action tient à plusieurs causes : d'abord à la provenance de la plante. Le grenadier est, en effet, originaire des pays chauds, de l'Afrique d'où il a été importé en Europe, et l'on conçoit que la racine de cet arbrisseau ait des propriétés plus efficaces en Algérie ou à Smyrne, où il croît spontanément, qu'à Paris, par exemple, où il exige des soins particuliers.

Il est de plus très-difficile dans nos pays de se procurer de l'écorce fraîche; car non seulement pour en obtenir la quantité suffisante (60 grammes) il est nécessaire de sacrifier un arbuste d'un prix assez coûteux; mais encore la récolte faite, la racine est déjà desséchée quand arrive le moment de s'en servir. Pour ces différentes raisons, il y a avantage à employer l'écorce sèche.

Celle-ci se prépare de la manière suivante, 64 grammes de cette substance sont concassés puis mis à macérer, durant douze heures au moins, dans 750 grammes d'eau. C'est ce résidu, refroidi et filtré que l'on fait prendre au malade en deux ou trois fois à une demi-heure d'intervalle. Il convient, après l'ingestion de cette substance, d'administrer un purgatif, attendu que l'écorce de grenadier n'est pas purgative par elle-même et que celui-ci est indispensable pour déterminer l'expulsion du tænia.

Le purgatif auquel on doit donner la préférence, est sans contredit l'huile de ricin ; il importe en outre de le prescrire à une dose assez élevée, 60 grammes par exemple. Les raisons pour lesquelles on doit choisir l'huile de ricin et qui font qu'il est utile de le donner à une dose aussi forte, sont de deux sortes : c'est d'abord qu'elle constitue un purgatif rapide quoique, ainsi que vous le savez, l'effet produit ne soit cependant pas toujours en proportion de la quantité ingérée; c'est en outre que le principe actif de l'écorce de grenadier est soluble dans l'huile et que, dissoute dans le purgatif, on peut ainsi promener cette substance dans l'intestin, éviter son absorption rapide, et prolonger son action sur l helminthe.

Celui-ci est quelquefois tué par la substance active de l'écorce de grenadier, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le plus souvent, au contraire, il n'est qu'engourdi; il lâche prise alors et devient libre dans l'intestin ; et si, à ce moment, un purgatif énergique vient solliciter d'une façon puissante les contractions de cet organe, le malade a toutes les chances possibles d'expulser le parasite.

Aussi, est-il d'une grande importance, d'administrer l'huile de ricin au moment opportun : donnée trop tôt ou trop tard, l'effet qu'on devait en attendre est le plus souvent manqué. Trop tôt, l'animal n'a pas eu le temps de subir l'action de la résine contenue dans l'écorce et il est encore assez vigoureux pour rester fixé par ses crochets ou ses ventouses à la paroi intestinale; ou bien le cou se rompra et le corps seul étant chassé de l'intestin, la tête repoussera un nouveau strobyle qui plus tard deviendra le point de départ d'un nouveau ver.

Si, au contraire, le purgatif est administré trop tard, le tænia, engourdi, a lâché prise un instant, puis il s'est remis et il a recouvré assez de force pour opposer ses mouvements de reptation anx contractions de l'intestin sollicitées par l'huile de

ricin, et pour s'y maintenir à la manière du poisson qui remonte un courant.

Les auteurs varient d'opinion sur le moment précis auquel on doit donner le purgatif. M. le docteur Laboulbène l'a indiqué d'une manière très-précise et l'on doit pour cela s'en rapporter aux sensations éprouvées par le malade. En effet, quand on fait prendre à un individu de la racine de grenadier, le premier effet qu'il ressent, c'est un effet nauséeux plus ou moins marqué et auquel succède quelques instants plus tard une seconde sensation, très-étrange, de malaise dans le ventre, de contractions intestinales et qui correspond au moment où l'animal a lâché prise et se pelotonne dans l'intestin. C'est alors que l'on doit administrer l'huile de ricin, si l'on veut compléter l'action commencée par l'écorce de grenadier et déterminer l'expulsion du ver.

Mais ce moyen peut échouer et il échoue fréquemment : on est obligé alors de recommencer la médication : cependant comme, ordinairement, il est très-difficile de décider le malade à prendre une seconde fois un médicament aussi désagréable que l'écorce de grenadier, il convient de recourir à une autre médication.

Dans ce cas, un helminthicide dont on pourra obtenir de bons résultats est cette variété de fougère à laquelle les natulistes ont donné le nom de *polypodium filix mas* et que l'on connaît vulgairement sous le nom de *queue de renard*. Les parties de la plante que l'on emploie, sont les tiges souterraines et surtout les bourgeons qui se développent à l'extrémité des racines. Comme pour la racine de grenadier, son principe actif réside dans une substance résineuse et une huile volatile qu'elle renferme en notable quantité.

Malheureusement, les auteurs ne sont pas très-bien fixés sur l'espèce de tænias contre lesquels on doit employer la racine de fougère. Quelques-uns, et à leur tête Bremser, pensent qu'elle constitue un spécifique actif contre le *tænia lata*, et c'est, en effet, la seule substance que l'on emploie pour provoquer l'expulsion de cet helminthe à Genève où il est endémique. D'autres, au contraire, parmi lesquels Cobbold, n'ont recours à la racine de fougère que quand il s'agit de nos *tænia solium*, armés ou non armés.

Quoi qu'il en soit, ce moyen ne doit venir qu'en seconde ligne, parce qu'il exige une préparation spéciale. Il y a deux manières d'administrer la racine de fougère. En Suisse on la donne sous forme de bols purgatifs dans lesquels on fait entrer de la scammonée, du calomel, de la gomme-gutte associées à 4 grammes de fougère. Mais c'est une préparation difficile à prendre à cause de son volume et à laquelle je préfère l'extrait éthéré de fougère mâle de Peschier (de Genève); 2 grammes de cet extrait mélangés à 5 grammes de poudre de polypodium donnent dix bols que l'on fait prendre les uns après les autres, en une seule fois. On administre ensuite une décoction de 3 grammes de fougère mâle dans 100 grammes d'eau, puis deux heures après, une nouvelle décoction, avec 1 gramme de fougère, seulement.

Trousseau employait le mode d'administration suivant. Le premier jour, il soumettait le malade à la diète lactée; le 2e jour, il donnait 4 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, en quatre fois à un quart d'heure d'intervalle; le 3e jour, enfin, il redonnait la même dose d'extrait de fougère à laquelle il faisait succéder, deux heures après, l'administration de deux grammes d'huile de croton.

Ce moyen a l'inconvénient d'être un peu compliqué; toutefois il est bon à connaître et si l'on avait affaire à un *tænia lata* je crois qu'il serait préférable aux précédents.

Parmi les autres substances, originaires de nos pays et que l'on peut classer parmi les helminthicides, je vous citerai encore la semence de potiron, en pharmacie semence de courge. Le principe actif de ces graines semblant résider dans l'endoplèvre, il convient, avant de s'en servir, de les décortiquer. Les 50 ou 60 grammes de graines décortiquées, nécessaires pour l'expulsion du ver, représentent environ 240 grammes de graines intactes. Cette opération faite, il suffit de presser la graine entre les doigts pour en détacher l'endoplèvre; une fois cette membrane desséchée, on la mélange avec une quantité suffisante de sucre et de gomme pour en faire des pastilles que l'on fait avaler au malade. Cette préparation n'est pas très-désagréable; toutefois, comme il est nécessaire d'en prendre une certaine quantité, il est rare que le malade ne finisse pas par s'en dégoûter. Aussi peut-être y a-t-il avantage à prendre des semences de potiron sous forme d'émulsion avec du sucre et de l'eau. Certains auteurs conseillent de remplacer ce dernier véhicule par du lait, mais le caséum qu'il contient en se coagulant dans l'estomac, a l'inconvénient de former dans cet organe des masses qui devront nécessairement subir le travail digestif avant de passer dans l'intestin; c'est alors autant de temps perdu. Cette émulsion est prise en deux ou trois fois. C'est un remède très-doux, très-facile à supporter. Toutefois, pour obtenir l'expulsion du ver, il est utile, comme dans les cas précédents, de prescrire un purgatif et, en général, l'huile de ricin qui, comme je l'ai déjà dit, a l'avantage de dissoudre une partie de la résine active.

Les autres moyens auxquels on peut encore s'adresser, quand ceux que je viens d'énumérer ont échoué, nous sont fournis par des plantes originaires d'Abyssinie et d'Amérique.

Le plus connu est le kousso (*brayer anthelmintica*), de la famille des rosacées. Les parties usuelles sont les sommités fleuries pulvérisées et tamisées. La poudre se donne à la dose de 20 grammes que l'on délaye dans 500 grammes d'eau. L'avantage que présente cet anthelminthique, c'est de posséder des propriétés nauséeuses en même temps qu'helminthicides et, par conséquent, de dispenser de purgatif complémentaire. Il a toutefois l'inconvénient d'être rarement pur, car le plus souvent il est adultéré, associé avec des substances inertes fort difficiles à distinguer. Il est probable que c'est à ces falsifications qu'il faut attribuer l'inégalité d'action du kousso. De plus, c'est un médicament difficile et désagréable à avaler, même sous forme de granules, ainsi que M. Mentel l'a imaginé.

A côté du kousso, je vous citerai une plante de la famille des légumineuses, l'*albizzia anthelmintica*, qui nous vient de l'Abyssinie. L'écorce, réduite en poudre, et connue sous le nom de *moucenna*, se prescrit à la dose de 60 grammes. Elle est très-vantée par quelques médecins qui affirment avoir toujours vu l'expulsion du ver suivre son administration; elle a de plus l'avantage d'être peu aggressive pour l'estomac et facilement supportée.

Parmi les autres helminthicides qui nous sont fournis par l'Abyssinie, il faut ranger encore le *savria*, fruit mûr et desséché du *maeta pieta*, et celui appelé datyé du *myrsina africana*. Je vous les cite néanmoins seulement pour mémoire, car il ne nous est guère possible de les employer.

Mais il n'en est plus de même du kamala, substance originaire de l'Inde, qui n'est autre que la poudre rouge du *rattleria tinctoria*. Cet anthelminthique, qui est absolument inoffensif pour les voies digestives, s'emploie en poudre diluée

dans l'eau ou en teinture. 25 grammes de cette dernière préparation suffisent pour déterminer l'expulsion du tænia. Anderson en raconte des merveilles; par son moyen, il aurait obtenu l'évacuation de quatre-vingt-treize vers et deux seulement auraient résisté à son action. Drasche la vante aussi beaucoup. Enfin M. Lemaître qui a fait, en 1875, sa thèse inaugurale sur cette substance médicamenteuse, cite dix observations dans lesquelles on aurait obtenu un succès complet. Disons que Réveil a été moins heureux et qu'il a eu trois insuccès sur trois cas.

Vous venez de voir que toutes les médications antihelminthiques que nous avons examinées, devaient leurs propriétés à la résine et à l'huile essentielle qui entrent dans leur composition. Aussi a-t-on essayé de faire usage contre le tœnia de ces substances. C'est ainsi qu'on a essayé l'emploi de la térébenthine, soit en émulsion avec l'huile de ricin, soit en électuaire mélangée avec du miel. Elle se donne à la dose de 15 à 20 grammes, mais est très-désagréable à avaler.

On a également proposé le baume de copahu dont les propriétés anthelminthiques ont été découvertes par un médecin américain dans les circonstances suivantes. Ayant eu affaire à un malade, qui souffrait depuis longtemps d'un helminthe dont on ne pouvait le débarrasser, et qui venait le consulter pour une blennorrhagie, ce médecin lui administra le copahu à haute dose : une cuillerée à café à prendre toutes les deux heures jusqu'à effet purgatif. Mais à peine le malade avait-il ressenti les premières coliques que, au grand étonnement du docteur, il rendit un tænia énorme.

Le copahu pourrait donc être employé comme helminthicide; il a, il est vrai, l'inconvénient d'être d'un goût fort désagréable, mais on pourrait remédier à ce désagrément en le prescrivant sous forme de capsules, telles qu'on les emploie pour la blennorrhagie. 10 capsules, contenant chacune 50 centigrammes de copahu, seraient une dose suffisante pour que l'on pût espérer provoquer par ce moyen l'expulsion du tænia.

Une autre substance qui a été conseillée par M. Perrin, c'est le pétrole. Il recommande de donner ce médicament sous forme de capsules contenant chacune 10 centigrammes de matière active, au nombre de dix ou 12 en vingt-quatre heures.

On pourrait recourir à bien d'autres moyens encore pour chasser les helminthes de l'économie, mais ils ne rempliraient ce but qu'à la condition d'irriter la surface intestinale. Vous connaissez l'histoire de ce malade, qui ne dut sa guérison qu'à une méprise qui lui fit prendre pour une pastille une de ces préparations chimiques qui servent de jouet aux enfants, qu'on désigne sous le nom de serpents pharaon, et dans la composition desquelles il entre du cyanure de mercure. Peu de temps après avoir ingurgité cette pastille, des coliques très-vives se manifestèrent, à la suite desquelles le malade rendit son tænia. A partir de ce moment, il fut débarrassé d'une gastralgie dont il avait en vain cherché le soulagement.

Le meilleur anthelminthique auquel on puisse s'adresser est donc, à mon avis, l'écorce de racine de grenadier, puis viennent, dans l'ordre que j'ai suivi dans leur étude, les différents helminthicides que je vous ai indiqués. Mais, comme je vous l'ai dit, aucun n'est un médicament fidèle, et il faudra vous attendre à des insuccès. Ceux-ci tiendront parfois à l'état du remède lui-même. A l'hôpital de Strasbourg, où l'on avait reçu un tonneau de poudre de kousso, les effets que l'on obtint dans les premiers temps furent merveilleux; quelques insuccès se produisirent quand on arriva à la moitié du tonneau; enfin la plupart des tænias échappèrent sains et saufs à l'action du kousso quand le tonneau fut aux trois quarts vide. Cela veut dire que cette substance est susceptible d'altération et que, conservée pendant un temps trop long, elle se transforme en une poudre inactive.

Mais il faut bien se garder de considérer comme inerte une substance avec laquelle on a échoué, car le résultat que l'on cherche à obtenir dépend non-seulement du médicament, mais aussi de l'état du ver. En effet, les uns plus solides, plus vigoureux résisteront là où d'autres auraient été vaincus; enfin telle espèce échappera à l'action d'une substance par laquelle telle autre ne sera pas épargnée.

D'autre part, les sujets eux-mêmes, suivant leur disposition, pourront être pour quelque chose dans les résultats que vous obtiendrez. Supposez un individu faible, maladif, ayant un intestin très-excitable : une dose de kousso qui produira une purgation intense, sera cependant sans effet, parce qu'elle agira avec rapidité et que son action sera passée avant que le tœnia ait eu le temps d'être expulsé. De même chez un individu dont l'intestin est lent, paresseux : l'animal, d'abord engourdi, finira par recouvrer sa vigueur et finalement ne sera pas rendu.

HOPITAL DE CASTELNAUDARY. — M. MARFAN.

Kélotomie pratiquée deux fois avec succès sur le même sujet, à trois ans d'intervalle, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Guilhermine P..., a soixante-cinq ans. Mariée à dix-neuf ans, elle n'a eu qu'une seule grossesse, dix-huit mois après son mariage, et son accouchement a été des moins laborieux. D'une constitution robuste, d'un tempérament nervoso-sanguin, elle a eu le privilége d'une immunité morbide complète. Sa vie utérine, commencée à treize ans, terminée à quarante-neuf, a parcouru son cycle sans la moindre irrégularité. Elle n'a pas connu les orages hystériques. La ménopause a été suivie d'un embonpoint prononcé, qu'elle a gardé jusqu'à ce moment.

Elle n'a été employée qu'à des travaux peu pénibles de ménage ou à la couture. On cherche vainement dans les diverses phases de son existence, la cause qui a pu favoriser le développement de deux hernies crurales, qui se sont montrées successivement chez elle.

Elle est pensionnaire de l'hospice depuis 1869.

I. Dans la nuit du 4 au 5 septembre 1874, elle est atteinte de coliques et de vomissements. Ces symptômes se rattachent à une hernie crurale gauche. La malade ne peut nous dire si cette tumeur est ancienne ou récente. Elle est globuleuse, et mesure 5 centimètres dans son plus grand diamètre. Caractères d'une entéro-épiplocèle. Taxis manuel impuissant à la réduire. Cataplasmes belladonés, lavement au séné, bain, taxis renouvelé sans succès. Potion antispasmodique.

6. Les symptômes d'étranglement persistent. Vomissements muqueux et bilieux; commencement de météorisme. Taxis pendant le sommeil anesthésique sans résultat, glace intùs et extrà.

7. Vomissements; augmentation du météorisme, abdomen sensible à la pression. Bain, glace, qui semble diminuer les éructations liquides.

8. Vomissements fécaloïdes, abdomen tendu, douloureux, pouls petit et fréquent, altération de la face, hoquet par intervalles.

9, matin. Assisté de mes confrères MM. les docteurs Isard et Toussaint, qui tentent vainement le taxis, je procède au débridement. Aucune circonstance particulière ne vient entraver la marche de l'opération. L'agent actif de l'étranglement est l'anneau crural, qui est incisé en haut et en dedans sur le ligament de Gimbernat; trois petites incisions suffisent pour obtenir sa dilatation. La tumeur est constituée

par une anse d'intestin grêle, surmontée d'un revêtement épiploïque. L'un et l'autre sont injectés, d'une couleur rouge sombre, mais ne présentent pas une altération telle que nous ne puissions les réduire immédiatement. Le sac est laissé au dehors.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses. Trois semaines après, l'incision cutanée était cicatrisée. La hernie se reproduisant par un effort soutenu, un bandage est appliqué.

II. Le 3 février dernier, à deux heures du soir, Guilhermine P..., présente de nouveau les symptômes d'un étranglement intestinal. Cette fois c'est une hernie crurale droite qui les provoque. La malade ne peut nous renseigner sur le moment de l'apparition de la tumeur. C'est une entérocèle des mieux appréciables. La rénitence, la sonorité, la netteté de ligne des contours ne laissent aucun doute à cet égard. Son volume est celui de la première. Le taxis ne parvient pas à la réduire.

La journée du 4 se passe à essayer diverses médications qui n'ont aucun résultat.

Le 5, les symptômes d'étranglement se sont tellement aggravés, qu'il me paraît imprudent d'ajourner le débridement.

MM. Isard et Toussaint, qui avaient bien voulu m'assister dans la première opération, sont d'avis qu'il faut opérer immédiatement. La kélotomie est pratiquée en leur présence à quatre heures du soir. Je remarque, en incisant couche par couche, que le tissu adipeux est très-abondant ; que la plupart des couches anatomiques que je traverse semblent avoir subi une transformation graisseuse. Le fascia superficialis est réduit à une couche très-mince, qui se laisse facilement déchirer ; le sac lui-même est peu résistant. Toutefois, il a contracté avec l'intestin des adhérences, qui commencent à environ deux centimètres de l'anneau. Elles sont détruites, au moyen d'un instrument mousse, avec la lenteur et les précautions que commande l'état de l'intestin, fortement injecté dans son segment supérieur, légèrement ardoisé dans l'inférieur. A ce moment, il est possible de mesurer l'aire de l'anneau crural. Il a perdu sa forme irrégulièrement triangulaire, et a pris celle d'une ellipse allongée. Le diamètre vertical est fortement réduit ; c'est plutôt une fente qu'un anneau. Mes confrères s'assurent comme moi, que ce n'est pas une éraillure du fascia cribriforme qu'est sortie la hernie : ils constatent en même temps, que c'est la tension extrême du ligament de Gimbernat qui opère l'étranglement. Je pratique sur cette corde aponévrotique quatre petites incisions, sans qu'il me soit possible de me servir de l'index comme guide de l'instrument. Après le débridement l'intestin rentre facilement et le doigt indicateur pénètre sans effort dans la cavité abdominale.

Aucun accident n'est survenu après l'opération. Le lendemain, la circulation intestinale était rétablie, et vingt-quatre jours après, la cicatrisation de la plaie était complète.

Cette observation, présente tout d'abord un intérêt de curiosité scientifique. Je ne sache pas qu'aucun praticien ait jamais eu l'occasion d'opérer la kélotomie deux fois sur le même sujet, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Elle offre, en outre, quelques particularités cliniques, qui ne sont pas sans intérêt.

En comparant, sur le même sujet, la marche de l'étranglement, on ne le voit arriver que progressivement et lentement à son summum de gravité dans le premier cas (entéro-épiplocèle) ; on le voit dans le second, arriver pour ainsi dire d'emblée, au point le plus élevé de sa courbe pathologique (entérocèle). Ce fait, d'une marche inégale dans les symptômes suivant les éléments constituants de la hernie, est sans doute connu ; mais on ne saurait trop le mettre en évidence pour prévenir les opérateurs contre les dangers de la temporisation, quand l'intestin forme à lui seul la tumeur herniée.

Nous appellerons aussi l'attention, sur la déformation de l'anneau crural, qui a été observée dans la seconde opération. Elle provenait sans aucun doute, de la tension des lames aponévrotiques et principalement, de celle qui forme le ligament de Gimbernat. Nous nous sommes demandé, si ce n'est pas en rencontrant des accidents semblables, que certains pathologistes (Richter, Boyer, Astley Cooper, etc.) ont été amenés à donner à l'élément spasmodique, le rôle prépondérant dans certains cas d'étranglement. La tension des cordes ligamenteuses, la réduction de l'aire de l'anneau, ont été remarquées et notées ; on ne peut révoquer comme douteux ce fait pathologique. Pour l'expliquer, Boyer comparait l'ouverture à une boutonnière, dont on aurait rapproché les bords en tirant sur les angles. Quoi qu'il en soit, le phénomène de contraction des lames aponévrotiques, qu'il soit direct ou d'origine réflexe, a des conséquences cliniques qu'on ne peut méconnaître. Il explique la réduction spontanée des hernies étranglées après l'emploi des antispasmodiques. Il doit engager à ne pas négliger l'usage des hyposthénisants, et surtout des amyosthéniques, dans les médications que tout praticien a le devoir de tenter avant d'en venir à l'ultima ratio de la science, au débridement.

Nous ajouterons, que le microscope a pleinement confirmé nos soupçons sur la transformation adipeuse, nous n'osons pas dire dégénérescence, qu'avaient subie les enveloppes de la seconde hernie crurale. Cette modification dans les éléments constitutifs des aponévroses, nous a paru pouvoir être invoquée comme cause prédisposante à la formation de certaines hernies.

DE LA DYSPHAGIE DANS LA PÉRICARDITE

ET EN PARTICULIER DE LA PÉRICARDITE A FORME HYDROPHOBIQUE (1).

Par M. le docteur P. Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. Il existe d'une façon certaine, une variété de péricardite, dite péricardite à forme hydrophobique, caractérisée par trois symptômes principaux : dysphagie, hydrophobie, dypsnée diaphragmatique. — Comme lésions anatomiques, on trouve toujours ou presque toujours, outre l'inflammation du péricarde, l'inflammation de la plèvre et du médiastin. — Ces symptômes paraissent dus à l'action combinée du phrénique et du pneumo-gastrique. — Un certain nombre de cas, dits de rage, survenus plusieurs années après la morsure, sont peut-être des cas de ce genre ? — La forme hydrophobique ne paraît être que le dernier terme de la forme dysphagique. — La péricardite compliquée de dysphagie présente les mêmes lésions à un degré moindre que la péricardite à forme hydrophobique.

REVUE DE LA PRESSE

Du cyanure de zinc dans la névralgie faciale. — M. le docteur Luton (de Reims), obtiendrait d'excellents résultats de l'emploi du cyanure de zinc dans le traitement de la névralgie rhumatismale du trijumeau simulant le rhumatisme cérébral. Il publie, en effet, deux observations de malades affectés tous deux d'une névralgie intense du facial (fièvre ardente et continue, céphalalgie, douleurs intolérables incessantes, augmentant par la pression sur les points d'émergence des rameaux nerveux, etc.;) observations dans lesquelles ces accidents, ordinairement si rebelles, auraient disparu, en très-peu de temps, à la suite de l'administration, deux ou trois fois répétée d'une potion dont voici la formule :

Pr. : Cyanure de zinc.	20	centigrammes.
Eau distillée de laurier-cerise. . .	25	grammes.
Potion gommeuse.	100	—

F. S. A. Une cuillerée à bouche d'heure en heure.

(*Bull. de thérap.*)

De l'emploi de l'électricité contre l'insomnie. — La galvanisation de la tête, dont l'effet hypnotique est cependant connu, est

(1) In-8, Prix 3 francs. — Paris, O. Doin.

peu employée dans le but de combattre l'insomnie. M. le docteur Vigouroux dit en avoir obtenu journellement les effets les plus heureux; il n'aurait guère échoué que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque, par exemple, le sommeil était empêché par une dyspnée intense.

Le procédé opératoire employé par ce médecin est très-simple. Les électrodes larges et plats (charbon recouvert de peau de chamois) étant appliqués sur les tempes, il fait passer pendant une demi-minute ou une minute le courant de trois, ou au plus de cinq éléments Trouvé.

Si l'application est faite le matin, le malade éprouve, dit M. Vigouroux, pendant le reste de la journée, une tendance au sommeil plus ou moins prononcée. Cet effet pourrait encore se prolonger la seconde et même la troisième nuit après la galvanisation. (*Journ. des conn. méd.*)

Maladie kystique du testicule. — M. le docteur Tachard a opéré, chez un enfant de sept ans, une tumeur complexe du testicule, qu'il décrit comme consistant en un fibro-sarcome avec production de cartilage, de kystes muqueux et de tumeurs perlées.

Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, et complétement indolente, occupait la région scrotale droite. A son niveau, la peau était normale, sans varicosités, sans adhérences avec l'organe sous-jacent. Au palper, on percevait une sensation de fluctuation obscure particulière, en même temps qu'une dureté presque cartilagineuse. Nulle part on ne trouvait de points ramollis. Enfin la tumeur était régulière dans sa forme et unique. Absence absolue de transparence. Une ponction exploratrice donna issue à une petite quantité d'un liquide épais, visqueux et ambré, analogue à celui qu'on trouve dans les vieux kystes de l'ovaire. L'examen microscopique montra qu'il provenait du testicule, qu'il renfermait des cellules propres à cet organe. On diagnostiqua un kyste multilobulaire du testicule.

Après l'opération, qui fut jugée nécessaire, la tumeur offrait les caractères suivants : elle présentait à la coupe une couleur blanche nacrée et renfermait une quantité innombrable de petits kystes, variant de la grossenr d'une tête d'épingle à celle d'une noisette, les uns sphériques et ayant une paroi intérieure lisse et parfaitement close; les autres, irréguliers et cloisonnés comme si plusieurs s'étaient réunis entre eux. Quant à l'épididyme, il était réduit en un tissu fibreux, dur, résistant. Au centre de la tumeur, les vaisseaux hypertrophiés se présentaient sous forme de traînées noirâtres.

Au microscope, elle paraissait constituée par du tissu conjonctif entremêlé de faisceaux serrés, de cellules fusiformes dans lesquelles s'étaient développées quelques bandelettes de cartilage hyalin, et au milieu desquelles on trouve les canaux spermatiques tantôt sains, tantôt altérés. Entre ces dernières, les vacuoles spermatiques (tumeurs perlées), apparaissaient remplies de cellules ayant subi la dégénérescence muqueuse. (*Rev. méd. de Toulouse.*)

Dyspepsie produite par la rétention incomplète de l'urine. — Nous avons relaté, dans une de nos précédentes revues, une observation, due à M. le docteur Fourrier, de dyspepsie chez un malade atteint de rétention d'urine causée par une hypertrophie prostatique avec paralysie de la vessie. Les deux faits suivants, rapportés par M. le docteur Hérard, témoignent encore du soin que l'on doit toujours avoir d'examiner cet organe dans les cas de dyspepsie rebelle.

La première de ces observations est relative à un malade qui présentait comme symptôme dominant une soif vive avec sécheresse insupportable de la bouche. L'appétit était nul; la digestion des aliments même liquides fort difficile. Le dépérissement était tel que la mort paraissait imminente. Bien que les urines parussent normales, l'examen des voies urinaires fut fait avec soin, et l'on constata à l'hypogastre l'existence d'une tumeur volumineuse, formée par la vessie distendue par l'urine, et dont l'évacuation était rendue incomplète par une hypertrophie de la prostate. Le cathétérisme pratiqué avec prudence et à de longs intervalles rendit aux parois de la vessie leur contractilité perdue et amena bientôt le retour à la santé.

Dans le second cas, le processus morbide est identique : l'hypertrophie de la prostate ouvre silencieusement la scène; par suite de l'obstacle existant au col de la vessie, l'urine est incomplétement rendue. Peu à peu surviennent des troubles digestifs; puis la vessie, perdant de plus en plus sa contractilité, se laisse distendre au point de venir former une tumeur volumineuse à l'épigastre. Néanmoins, quoique aucun symptôme ne se manifeste du côté des voies urinaires, quoique le malade urine bien, avec abondance, et que les urines soient claires et normales, M. Hérard n'hésite pas à mettre ces accidents sur le compte d'une hypertrophie de la prostrate.

En effet, après une première séance de cathétérisme, la tumeur avait disparu. Malheureusement le malade, miné par les souffrances, par les contractions spasmodiques et par un état nerveux mal supporté, provoqué par l'introduction de la sonde, rendue difficile par l'exagération du volume de la prostrate, succomba à une cystite après quelques jours de traitement. (*Un. méd.*)

Perforation spontanée de l'artère poplitée dans une tumeur blanche du genou. — Si les faits de perforation spontanée des artères, sous l'influence d'une inflammation aiguë ou d'un traumatisme, sont assez nombreux dans la science, il est, au contraire, extrêmement rare de voir cette lésion survenir consécutivement à l'inflammation et à la suppuration chronique des tissus voisins. Follin, dans sa *Pathologie*, n'en cite que deux cas : l'un de Dionis et l'autre de Leudet. Encore ce dernier n'est-il qu'une perforation de la coronaire stomachique par un ulcère de l'estomac, ce qui est bien différent. A ce titre, l'observation suivante relatée par M. Bard, interne des hôpitaux de Lyon, ne serait pas dépourvue d'intérêt.

Il s'agit d'un enfant âgé de neuf ans, qui était entré à l'Antiquaille, service de M. Aubert, le 21 mars 1876. Ce petit malade était manifestement scrofuleux, ainsi que l'établissaient ses antécédents pathologiques et que le prouvait d'ailleurs son état actuel. En effet, entre autres lésions, il présentait des scrofulides cutanées de la joue, du genou gauche et du talon droit; un abcès froid volumineux de l'avant-bras et surtout une tumeur blanche suppurée du genou du même côté.

Cette dernière articulation était malade depuis environ deux ans; elle présentait, au moment de l'entrée à l'hôpital, des cicatrices nombreuses d'abcès, qui étaient restés longtemps fistuleux. La jambe était fléchie presque à angle droit, les muscles contractés et les mouvements douloureux.

Pendant le séjour de cet enfant dans le service, de nouvelles collections purulentes furent ouvertes, notamment à la partie postérieure de l'articulation; puis, à deux reprises successives, un bandage silicaté, après redressement préalable du membre, fut appliqué sans amener aucune amélioration.

Le 11 janvier 1877, trente-six heures après une opération qui avait consisté dans le passage d'un drain à travers un vaste foyer purulent siégeant dans le creux poplité, une hémorrhagie spontanée se produisit; mais elle s'arrêta d'elle-même, sans qu'il fût nécessaire d'intervenir. Le lendemain, dans un effort de toux et de défécation, elle reparut de nouveau, et cette fois elle ne céda qu'à l'application de la bande d'Esmarch. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, mais le malade tomba dans le coma et succomba le 13 janvier.

A l'autopsie, on trouva, entre autre lésions et parmi les désordres habituels de la tumeur blanche, une perforation d'environ 2 millimètres, située sur le bord antéro-interne de la poplitée et correspondant à la partie moyenne du creux poplité; elle était de forme circulaire, et ses bords, dentelés et comme déchirés, ne paraissaient pas présenter de travail inflammatoire ou néoplasique.

Le siége de la perforation, à la partie antérieure de l'artère, ne permettait pas, dit M. Bard, d'attribuer cette lésion aux légères manœuvres qui avaient été faites pour l'introduction du drain, pas plus qu'au contact de celui-ci avec le vaisseau perforé. (*Lyon méd.*)

De la valeur de l'emploi de la méthode des circulations artificielles dans les expérimentations physiologiques. — Certains physiologistes emploient, pour étudier les fonctions des tissus vivants, la méthode des circulations artificielles, laquelle, on le sait, consiste à isoler d'un animal récemment sacrifié par hémorrhagie l'organe que l'on veut étudier, et à y maintenir la vie au moyen d'injections de sang frais rendu incoagulable par le battage.

Examinant jusqu'à quel point on est autorisé à conclure des phénomènes observés dans ces conditions, à ceux qui ont lieu dans l'animal vivant, M. le docteur Franck donne les raisons qui, d'après lui, justifient l'emploi de cette méthode.

Il montre d'abord, par quelques chiffres empruntés à J.-J. Muller, que, si l'on remplace par un appareil approprié le poumon par lequel vient s'exhaler, à l'état normal, l'acide carbonique résultant de la combustion qui a lieu dans l'intimité des organes, on voit que l'organe isolé a respiré à la manière d'un organe affectant ses rapports anatomiques et physiologiques normaux, c'est-à-dire que le sang qui en sort est plus chargé d'acide carbonique que celui qui y arrive.

M. Franck voit encore une nouvelle preuve de la persistance de la vie dans un organe isolé, dans ce fait que les alternatives d'accélération et de ralentissement que présente le courant de sang défibriné qui traverse cet organe, sont d'autant plus accusés que celui-ci a été plus fraîchement extirpé, et que ces oscillations s'atténuent de plus en plus, si bien qu'après vingt quatre heures, par exemple, elles ont complétement disparu. Ces oscillations auraient, en effet, leur source dans les réactions de cet organe lui-même, dans les alternatives de resserrement et de dilatation des innombrables petits vaisseaux qui sont parcourus par le sang.

La manière dont se fait l'écoulement du liquide par une canule dont le calibre ne change pas, dans un récepteur disposé de telle sorte qu'il ne puisse, à un moment donné, s'exercer aucune pression sur l'orifice qui donne issue au sang, l'impossibilité absolue de la formation de caillots qui, après avoir obstrué momentanément les petites branches vasculaires pourraient, en se détachant, donner lieu à un plus libre déversement; enfin la manière progressive dont se font les transsudations dans l'intimité de l'organe, sans diminuer quand elles se sont produites, sont, d'après M. Franck, autant de conditions qui font que la circulation artificielle, en s'opérant sous une pression toujours constante, s'accomplit d'une façon identique à la circulation dans l'animal vivant. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur L. Dumas, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté.)

2° Une lettre de M. le docteur Staes Brame, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Doyen (d'Uriage), qui sollicite le titre de membre correspondant.

4° Une lettre de M. le docteur Pacquet (de Roubaix), accompagnant une brochure intitulée : *Recherches personnelles sur la pathogénie et les indications thérapeutiques des hernies étranglées.*

5° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Garrigou, intitulé : *Nouvelles recherches sur le mercure, dans les eaux de la source du Rocher à Saint-Nectaire.*

LECTURE

M. Desprès lit une note sur un cas de corps étranger de la trachée, pour lequel il a pratiqué la trachéotomie avec le bistouri.

« Le corps extrait est une poire deboucle d'oreille en verre fondu. Il s'agissait d'un enfant, de cinq ans et demi, qni avait aspiré cet objet.

« M. Desprès appelle l'attention de l'Académie sur les signes des corps étrangers des voies aériennes. Ces accès ne sont pas de l'asphyxie simple, ils ont un cachet spécial : c'est un accès d'asthme avec une toux spéciale, les inspirations sont sifflantes, hésitantes. les expirations sont coupées et il y a des coups de toux qui ont le son que produit une soupape appliquée sur l'orifice qu'elle doit boucher, c'est le corps étranger qui vient frapper la glotte. Le bruit de *Drapeau ou de soupape* existe donc seulement pendant les accès et est très-appréciable pendant la toux, on le cherche en vain en dehors des accès. »

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commisions de prix.

Voici les noms des membres élus :

Prix de l'Académie. — MM. Bouchardat, Fauvel, Mialhe, Perrin et Vulpian.

Prix Portal. — MM. Barthez, Collin, J. Guérin, Villemin et Woillez.

Prix Civrieux, — MM. Baillarger, Charcot, Empis, Lasègue et Luys.

Prix Capuron. — MM. Blot, Depaul, Jaccoud, Moutard-Martin et Tarnier.

Prix Barbier. — MM. Bouillaud, Chauffard, Hérard, Hirtz et Sée.

Prix Godard. — MM. Larrey, Le Fort (Léon), Richet et Trélat.

Prix Amussat. — MM. Bouvier, Broca, Gosselin, Jacquemier et Ricord.

Prix Huguier. — MM. Bernutz, Guérin (Alph.), Marrotte, Verneuil et Voillemier.

Prix Rufz. — MM. Bergeron, Delpech, Hillairet, Magne et Rousset.

RAPPORTS

M. Lefort, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'une série de rapports sur des demandes en exploitation d'eaux minérales. Les conclusions favorables en sont adoptées.

M. Briquet, au nom de la commission des épidémies, continue la lecture de son rapport annuel.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Voillemier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 juin 1877, M. Baptiste Coste, médecin de 1re classe de la marine, médecin-major de la *Revanche*, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur (24 ans de services dont 15 à la mer. — A fait preuve d'un grand dévouement dans les soins donnés aux blessés de la *Revanche*. Chevalier du 19 mars 1869).

— Par décret en date du 5 juin 1877, M. Bernard, médecin-major de 2e classe au 55e régiment d'infanterie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur (27 ans de services, 8 campagnes).

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'accorder les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales de la France, pendant l'année 1874 :

Médaille d'or. — M. le docteur Lebret, médecin inspecteur honoraire des eaux de Baréges.

Médailles d'argent. — M. le docteur Debout-d'Estrée, inspecteur des eaux minérales de Contrexéville.— M. le docteur E. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger. — M. le docteur Maret, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon.

Rappel de médailles d'argent. — M. le docteur Vidal, inspecteur des eaux d'Aix. — M. le docteur Massie, inspecteur des eaux de Dax, Tercis et Saubuse. — M. le docteur Verjon, inspecteur des eaux de Plombières. — M. le docteur Tillot, inspecteur des eaux de Saint-Christau. — M. le docteur Arrat Balous, inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains. — M. le docteur Patézon, inspecteur des eaux de Vittel. — M. le docteur Mullet, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée.

Médailles de bronze. — M. le docteur Boudant, inspecteur-adjoint des eaux du Mont-Dore. — M. le docteur Dubuc, suppléant du médecin inspecteur des eaux d'Audinac. — M. le docteur Pupier, médecin consultant à Vichy. — M. le docteur Planche, médecin con-

sultant aux eaux de Sylvanès, Andabre. — M. le docteur Dubois médecin-major à l'hôpital militaire d'Hammam-Mescoutin (Algérie), — M. Challan, médecin-major de l'armée.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1875.

Prix de 1,500 francs partagé entre :

M. Dumontpallier, docteur en médecine à Paris (9e arrondissement), 1,000 francs. — M. Moty (Fernand), médecin aide-major au 3e bataillon d'Afrique (Algérie), 500 francs.

Médailles d'or.

M. le docteur Bernard, à Grenoble.

M. le docteur Carion, à Commentry. — M. le docteur Catel, à Saint-Dizier. — M. le docteur Chabannes, à Vals.

Médailles d'argent.

M. Anglade, officier de santé à Claira. — M. le docteur Audibert, à Cabasse.

M. le docteur Baley, a Châteaulin. — Mme Barbare, sage-femme à Fontainebleau. — M. le docteur Beaupoil, à Ingrandes. — M. le docteur Benoît, à Giromagny. — Mme Bernadac (Esther), sage-femme à Tarascon. — Mme Bloaz, sage-femme à Rostrenon. — M. Bosq, médecin cantonal à Saint-Bonnet. — M. Brioude, officier de santé à Marcillac.

M. le docteur Caucal, docteur au Creusot. — Mme Caumel, sage-femme à Montflanquin. — Mlle Cesbron, sage-femme à Chaudron. — M. Chambon, vaccinateur au 9e arrondissement de Paris. — M. Chebrou, médecin à Niort. — M. le docteur Chégut, à Chevagne. — M. le docteur Clément, à Dampierre. — M. le docteur Clément, à Beaujeu. — M. le docteur Coizeau (9e arrondissement de Paris). — Mme Colas, sage-femme au Havre. — M. le docteur Coste, médecin-major de 1re classe au 30e régiment d'artillerie. — M. Croquison, officier de santé à Allomagne. — M. le docteur Crouzet, à Pont-Saint-Maxence.

Mme veuve Damemme, sage-femme à Saint-Lô. — M. Damideaux, officier de santé à Ablois. — Mlle Danzas, sage-femme à Fleurance. — Mme Dard, sage-femme à Troyes. — M. le docteur Darroze, à Ponteux-les-Forges. — M. le docteur de Courteix, à Chambon. — Mme Dominique, sage-femme à Saint-Julien. — Mme Douat, sage-femme à Bordeaux. — M. le docteur Doumic, à Imphy. — M. Dragon, officier de santé à Mane. — Mme Dreuil, sage-femme à Ham. — Mme Dreux, sage-femme à Mézières. — M. Duhail, officier de santé à Gorron. — M. le docteur Dumas, à Confolens. — M. le docteur Dumas, à Villebois-Lavallette. — M. P. Duroziez, docteur en médecine au 1er arrondissement de Paris.

Mme veuve Escassut, sage-femme à Saint-Cernin.

Mlle Faichaud, sage-femme au Blanc. — Mme Farenc, sage-femme à Moissac. — M. le docteur Faucon, à Dunkerque. — Mme Fauvet, sage-femme à Chambon. — Mme Fourcade, sage-femme à Tarbes.

Mme Galy, sage-femme à Saint-André. — M. le docteur Genoud, à Thonon. — M. Giraud, vaccinateur à Séderon. — Mme Gribauval, sage-femme à Saint-Denis. — M. le docteur Grinda, à Nice. — M. le docteur Guézennec, à Tréguier. — M. le docteur Guillouzo, à Saint-Nazaire. — M. le docteur Guigon, à Joyeuse. — Mme Guyot, sage-femme à Dôle.

M. le docteur Habert, à Colombey. — Mme Haran, sage-femme à Bordeaux. — M. le docteur Hervy, à Aixe. — Mme Hiérard, sage-femme à Chartres. — Mme Huguet, sage-femme à Dolomieu.

Mme Istace, sage-femme à Charleville.

M. le docteur Jalabert, à Carcassonne. — Mme Jentialon, sage-femme à Saint-Jean-Soleymieux. — Mme Jobier, sage-femme à Saint-Amand.

Mme Laffite, sage-femme à Salies-de Béarn. — Mme Lallement, sage-femme à Bar-le-Duc. — M. le docteur Lannes, à Nailloux. — Mme Lebrun, sage-femme à Saint-Quentin. — Mlle Leclerc, sage-femme à Alençon, — Mme Lecorre, sage-femme à Palaiseau. — M. le docteur Lotz, à Gerbéviller.

M. le docteur Mahieux, à Liancourt. — Mme Malpeyre, sage-femme à Felletin. — M. Martin, médecin cantonal à Saint-Bonnet. — Mme Martine, sage-femme à Brussière-Badil. — M. Massoni, officier de santé à Orto. — M. le docteur Massot, à Marolles-les-Braux. — Mme Mercier, sage-femme à Louviers. — M. le docteur Monnot, à Besançon. — Mlle Moulin, sage-femme à Serverette.

Mme Pasquet, sage-femme à Château-Meillant. — M. le docteur Piales-d'Astrez, à Sousceyrac. — Mme Pic, sage-femme à Nîmes. — M. le docteur Pichat, à Pont-Beauvoisin. — Mme Pougnault, sage-femme à Saint-Aignan.

Mme Queyriaux, sage-femme à Ussel.

M. le docteur Régnault, à Bain. — M. le docteur Reverchon, à Nogent. — M. Roger, officier de santé à Plouigneau. — M. Rouby-Fondeler, officier de santé à Sainte-Foy-de-Longas. — Mlle Rousseau, sage-femme à Châteauneuf. — Mme Rouzeyrol, sage-femme à Nérac.

Mme Sire, sage-femme à Châtellerault.

M. le docteur Thomas, médecin-major au 24e régiment de dragons. — Mlle Templer, sage-femme à Vannes. — Mme Tuillard, sage-femme à Vitry.

Mme Vendeix, sage-femme à Condat. — Mme Versepuy, sage-femme à Pionsat. — M. le docteur Vollant, au 13e arrondissement de Paris. — Mme Nuillermoz, sage-femme à Bourg. — Mme Vuylsteke-Vermandère, sage-femme à Roubaix.

— Désirant faire analyser un ouvrage médical de 300 pages, le docteur X... demande un interne ou jeune docteur qui puisse se charger de ce travail. S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tremblement des membres supérieurs et de la tête débutant avec le frisson initial d'une pneumonie, et se prolongeant encore durant plusieurs semaines après la guérison de la phlegmasie pulmonaire.

La connaissance des *tremblements*, considérés comme troubles fonctionnels ou affections spéciales, n'est aujourd'hui guère plus avancée qu'en 1872, lorsque M. Fernet soutenait sur ce sujet sa thèse d'agrégation, et, réunissant dans un même groupe, sous le nom de *tremblements divers*, tout ce qui ne rentrait pas dans le tremblement sénile, la paralysie agitante, la sclérose en plaques, et les divers tremblements toxiques, écrivait les lignes suivantes : « J'emploie à dessein le titre vague qu'on vient de lire pour désigner un certain nombre de tremblements dont, le plus souvent, les caractères sont encore mal déterminés, dont la valeur diagnostique est douteuse, et dont les causes sont incertaines, en un mot, dont l'étude n'est pas faite, au moins pour la plupart. »

Il reste, en effet, beaucoup à faire, et en conséquence, il importe de recueillir avec grand soin tous les documents qui se présentent, pour en arriver, en définitive, à une classification plus scientifique et plus précise.

L'histoire de deux malades que je viens d'observer offre, par exemple, certaines particularités intéressantes en ce qui touche la cause occasionnelle, la forme, la nature et la durée du tremblement.

L'un de ces malades est actuellement dans le service de M. Féréol à Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 39. Il y est entré, il y a six mois environ, pour une pneumonie du côté droit, datant déjà d'une quinzaine de jours et qui a guéri rapidement à l'hôpital.

L'origine de son tremblement remonte au début de sa pneumonie. Jusque-là, dit-il, il se portait bien. Ouvrier ébéniste, célibataire, il gagnait assez pour se bien nourrir et n'a jamais subi aucune privation. Il ne buvait pas de liqueur, ne prenait guère de vin qu'à ses repas et en quantité modérée; jamais il ne s'est enivré, à ce qu'il raconte, jamais il n'a fait d'excès d'aucun genre.

Il n'a pas eu d'affection vénérienne ni de maladie grave d'aucune espèce.

C'est un homme de cinquante-cinq ans, grand, bien taillé, assez robuste encore, mais dont les cheveux et la barbe sont presque blancs.

Il y a six semaines environ qu'il est tombé malade. Il a été pris tout à coup d'un frisson tellement violent, qu'il en tremblait de tous les membres; en même temps, il ressentait une douleur vive du côté droit de la poitrine. Le frisson dura au moins deux heures; et quand il se fut dissipé, cet homme ne cessa pas de trembler.

Bien que la fluxion de poitrine fût parfaitement caractérisée, qu'il y eût des crachements de sang, de la fièvre, de l'oppression, il ne se décida à se faire soigner à l'hôpital qu'au bout d'une quinzaine de jours.

A ce moment, les tremblements étaient très-forts : ils ont beaucoup diminué depuis, surtout après la guérison complète de la pneumonie; mais, malgré cet apaisement relatif, ils n'ont pas changé de caractères.

Ce qui frappe, surtout dès le premier abord, c'est le désordre, l'incoordination des mouvements des membres supérieurs quand le malade veut s'en servir.

Tant qu'il les laisse pendre inertes le long du corps, on n'y remarque aucune trémulation; mais s'il les soulève, aussitôt les mains deviennent agitées d'oscillations assez étendues, plus étendues que ne le sont d'ordinaire celles qui constituent le tremblement sénile; et si, par exemple, le malade essaye de boire en saisissant d'une seule main son gobelet plein de liquide, il ne peut parvenir à le porter à sa bouche sans en répandre le contenu; comme dans la sclérose en plaques, les secousses involontaires deviennent de plus en plus violentes à mesure que la main se rapproche du but.

Cependant cet homme parvient à boire seul, grâce à un artifice assez ingénieux. Il fait placer son gobelet sur la plaque supérieure d'un des calorifères qui se trouvent dans la salle, et se mettant debout tout auprès, puis se penchant un peu, de manière à ce que sa bouche se trouve à peu près au même niveau, il le saisit à la fois des deux mains, et le rapprochant vivement, le vide d'un trait.

Quand on fait étendre les mains parallèlement à l'horizon,

les oscillations qui les agitent se font dans le sens horizontal avec une régularité qui se rencontre bien rarement dans le vrai tremblement sénile. Cependant, comme dans ce dernier, il y a eu du tremblement de la tête, des mâchoires, des lèvres, la parole a été fortement saccadée; elle l'est encore un peu, mais à peine. Les membres inférieurs ne tremblent plus, si tant est qu'ils ont jamais tremblé, chose douteuse. La force musculaire est à peu près intacte; si ce n'est peut-être dans le membre supérieur droit : de ce côté, la pression de la main est un peu moins énergique que de l'autre.

Il n'y a nulle part d'anesthésie ; ni douleurs, ni fourmillements, ni picotements dans les membres ; l'appétit est bon.

En résumé, voilà donc un homme qui n'est point encore un vieillard, qui ne se sentait nullement affaibli, et chez lequel le frisson du début d'une pneumonie a été le point de départ d'un tremblement, subsistant encore, bien que très-amoindri, après plusieurs semaines.

Quel rôle la phlegmasie pulmonaire a-t-elle joué dans l'étiologie de cette affection?

Faut-il y voir un de ces tremblements qui ont été signalés comme pouvant se produire à la suite de maladies aiguës, que j'avais déjà, dans ma thèse, en 1859, rapproché des paralysies survenues dans les mêmes circonstances, et dont M. Gubler, en 1860, reprenant et développant magistralement les mêmes données, a publié deux observations?

De ces observations, auxquelles M. Fernet renvoie dans sa thèse d'agrégation, voici celle qui paraîtrait se rapprocher le plus de la nôtre. (Voir *Archives de médecine*, année 1860, tome XV, p. 6.)

« Une femme, nommée Maz.., âgée de trente-deux ans, journalière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, n° 15 (service de M. Bourdon), le 13 janvier 1858.

Elle a déjà eu deux érysipèles de la face qui n'ont présenté aucun symptôme grave.

Elle est prise une troisième fois de la même maladie à la suite d'un refroidissement et dans les conditions les plus mauvaises, étant très-affaiblie par la misère et un régime insuffisant.

L'érysipèle envahit le cuir chevelu et s'accompagne d'un délire et d'une agitation tels qu'on est obligé d'avoir recours à la camisole.

Dans le traitement, on n'emploie aucune émission sanguine, l'érysipèle guérit, laissant la malade extrêmement faible et pâle, profondément anémiée.

Bientôt elle fut prise d'un mouvement choréique très-prononcé de la tête, ressemblant au tremblement sénile ; puis, elle perdit peu à peu la vue et finit par ne plus distinguer le jour de la nuit, seulement, elle voyait encore une lumière vive dans l'obscurité ; les pupilles étaient dilatées et immobiles, la cornée et le cristallin ne présentaient pas de lésion.

A ce moment, les urines, examinées, ne renfermaient pas d'albumine ; il n'existait pas d'œdème.

Le traitement fut éminemment tonique : préparation de quinquina et de fer, vin de Bordeaux, régime analeptique.

La chorée céda après quelques semaines de ce traitement, mais l'amaurose persistant, on y joignit un séton à la nuque, d'après le conseil de M. Voillemier, chirurgien de l'hôpital.

Quelque temps après, une légère amélioration se montra, et peu à peu la vision se rétablit ; mais la guérison complète se fit très-longtemps attendre. La maladie dura en tout plus d'une année. »

J'ai reproduit cette observation en son entier parce que de tous les cas publiés, il n'en est pas un qui présente plus d'analogie avec le nôtre.

En effet, d'une part et de l'autre, l'origine du tremblement se rattache à une maladie essentiellement inflammatoire et fébrile.

La tête, chez ces deux malades, fut agitée de mouvements choréiformes analogues à ceux du tremblement sénile, et qui durèrent seulement quelques semaines.

On peut peut-être aussi trouver une certaine analogie, comme ébranlement de l'organisme, entre le frisson du début de la pneumonie et l'agitation excessive de l'érysipèle.

Mais si ce sont là quelques ressemblances, combien les différences ne sont-elles pas encore plus accentuées?

Le cas rapporté par M. Gubler est bien pleinement comparable aux paralysies de convalescence ; mais il n'en est pas ainsi du nôtre.

Le tremblement apparut chez le malade de M. Féréol, non point après la pneumonie, ou à son déclin, mais à son début.

On ne peut dire que c'était chez lui le résultat de la faiblesse, de l'adynamie. Il s'était jusqu'alors fort bien porté, n'avait subi aucune privation, était robuste et possède encore une grande force musculaire, quoique maigre, pâle et les traits vieillis.

C'est donc bien un type particulier non encore classé et qui demandera de nouvelles recherches.

De même que l'invasion, la forme en diffère du tremblement sénile proprement dit.

Les mouvements involontaires sont plus étendus, plus saccadés, plus énergiques, plus choréiformes.

Comme un grand nombre de tremblements, du reste, ils s'accentuent alors que le malade fait effort pour les éviter, et ils varient d'intensité d'un jour à l'autre. Mais au lieu d'augmenter toujours progressivement comme le tremblement des vieillards, ils vont maintenant en s'atténuant sans avoir été combattus par une médication spéciale.

S'ils diffèrent ainsi du tremblement sénile, ils se rapprochent moins encore du tremblement alcoolique.

En effet, celui-ci est beaucoup plus marqué dans le demi-repos que dans l'éxécution d'un mouvement volontaire. L'alcoolique tient bien son verre. Il peut boire sans avoir à craindre ces brusques secousses de la main, projectant au loin le liquide.

D'ailleurs, cet homme affirme n'avoir jamais trop bu. Il n'a jamais éprouvé aucun trouble soit du côté de la sensibilité, soit du côté de l'intelligence ; il n'a jamais eu d'hallucinations, de rêves effrayants, jamais de délire durant sa pneumonie.

Les autres tremblements toxiques ne sont pas même à soupçonner; et, la brusquerie du début, la marche ultérieure, l'amélioration spontanée et rapidement progressive, tout éloigne l'idée d'une lésion quelconque des centres nerveux avec tremblement symptomatique.

Reste à savoir si la cause déterminante de ce tremblement, d'une espèce particulière, a bien été la pneumonie en tant que maladie inflammatoire, ou plutôt le frisson si violent du début en tant qu'ébranlement du système nerveux.

Tremblement survenu à la suite d'une violente colère et de douches froides, guéri spontanément au bout de quatre mois.

L'autre trembleur, dont nous avons également à parler, mais dont l'histoire est beaucoup moins nette, est un malade du service de M. Rigal, hôpital temporaire de la rue de Sèvres, salle Sainte-Anne, n° 22.

Cet homme est à peu près du même âge que le précédent ; il a cinquante-six ans ; mais il est beaucoup plus cassé ; son apparence est tout à fait celle d'un vieillard.

Lui aussi prétend avoir toujours eu une santé et une conduite irréprochables jusqu'au moment où survinrent les tremblements.

Il est marié, père de famille, mangeait toujours avec sa femme et ne prenait jamais ni vin ni liqueurs entre les repas.

Aux repas, ils buvaient un litre pour les deux, ce qui faisait deux litres par jour, et il faut croire qu'il en prenait la plus grosse part.

Par conséquent, bien qu'il ne se soit jamais enivré, on ne peut pas dire qu'il soit exempt de toute atteinte d'alcoolisme.

Il travaillait comme journalier et portait souvent de lourdes charges.

Il ne sentait pas ses forces baisser, avait bon appétit et n'avait jamais fait une heure de maladie, lorsqu'un jour il se mit dans une colère atroce, à la suite de laquelle il éprouva de violents maux de tête, du malaise général et une sorte de tremblement.

Il se rendit alors à la consultation de l'hôpital Necker, où on lui prescrivit des douches froides. Il en prit six. Mais après chaque douche, il ne parvenait pas à effectuer la réaction. On était alors au mois de janvier. En vain faisait-il de grandes courses d'un pas rapide tout en sortant de l'hôpital, en vain se mettait-il en revenant tout près du feu ou dans un lit chauffé, en vain prenait-il des infusions presque bouillantes, il avait toujours froid, et il tremblait toujours, comme de froid. Bientôt ces tremblements devinrent tellement marqués, qu'ils ne permirent plus aucun travail. Ils occupaient à la fois les bras et les jambes, le cou, le tronc, le corps entier. La voix même était devenue tremblante. En même temps les muscles s'affaiblissaient. Cet homme éprouvait une telle sensation de fatigue qu'il en était arrivé à ne plus quitter son lit; il aurait pu difficilement faire quelques pas. A peine se tenait-il debout.

Dans ces conditions, il entra, le 21 mai, à l'hôpital. Il tremblait alors depuis quatre mois.

Sauf durant les huit jours après cette violente colère qui a été le point de départ de sa maladie, il n'a jamais eu aucun mal de tête. Il n'a pas non plus souffert du dos ni des reins, sauf un très-léger sentiment de courbature qu'il accuse depuis quelques jours.

Il se sent toujours très-faible. Pourtant il pourrait maintenant marcher. Les tremblements ont disparu depuis qu'il est à l'hôpital, ou du moins ils sont devenus faibles et rares.

Quand je l'ai examiné de nouveau hier matin, il exécutait avec une grande précision et sans la moindre trémulence tous les mouvements volontaires, soit des mains, soit des jambes, que je lui demandais. Ce changement dans son état paraît s'être fait spontanément. Il n'a pris qu'un bain sulfureux, et il attend pour en prendre d'autres que les appareils de l'hôpital soient réparés. Il se trouve déjà beaucoup mieux à tous les points de vue, a recouvré un peu d'appétit, de sommeil, ne se sent plus froid; mais il se plaint toujours d'une grande faiblesse et a, paraît-il, beaucoup maigri.

En résumé, cet homme a éprouvé, dit-il, à la suite d'une violente colère, une sorte de frissonnement qui s'est accentué sous l'action de douches froides. S'il fallait l'en croire, en même temps que le tremblement, la sensation de froid aurait persisté, durant des mois, d'une manière à peu près constante. Mais cet homme est peu intelligent; il ne paraît pas se rendre bien compte de ce qu'il éprouve, il comprend mal les questions qu'on lui pose, et il ne faudrait pas attacher trop de foi à ses réponses. Quoi qu'il en soit, quand il est entré à l'hôpital, il était atteint d'un tremblement qui ressemblait beaucoup au tremblement sénile. C'était une trémulation à courtes saccades, une oscillation sans violences, sans fortes secousses, affectant surtout la tête et les bras. Mais cette trémulation s'est calmée peu à peu, au lieu de s'accentuer, comme il l'aurait fallu si c'eût été vraiment un tremblement sénile.

Était-ce donc un tremblement alcoolique?

Je n'oserais pas affirmer que l'alcoolisme fût complétement étranger à l'émotivité facile de cet homme, à sa précoce décrépitude, peut-être au tremblement lui-même.

Je parle d'émotivité; en effet, la colère atroce qu'il raconte avoir éprouvée, et le tremblement qui s'en est suivi rappellent bien un peu ce que M. Berthier a décrit sous le nom de *tremblement émotif* dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1873, page 1066.

Il y a pourtant cette différence, que dans les observations données par M. Berthier et recueillies principalement sur des sujets dont les fonctions mentales étaient affectées, le tremblement, commençant avec l'émotion se terminait d'ordinaire avec elle; tandis que chez cet homme l'effet de la colère persista durant plusieurs jours, tant au point de vue de la trémulence qu'au point de vue du mal de tête, du malaise et de l'insomnie.

Après cette première phase, il en vint une autre, que paraît avoir provoqué l'administration de douches froides. La trémulence prit alors la forme d'un frisson violent, et il paraîtrait qu'elle se prolongea longtemps sous cette forme. Puis la sensation de froid disparut et le tremblement lui-même s'apaisa, laissant seulement après lui de l'affaiblissement et un degré plus avancé de décrépitude. Si l'on a l'âge que l'on porte, au point de la vitalité, cet homme a plutôt soixante-dix ans que cinquante-six.

Malgré ses côtés imparfaits, cette observation offre plusieurs points à retenir : la survenance des tremblements au moment d'une violente colère, leur exacerbation sous l'action des douches froides, leur durée prolongée, et leur disparition, à peu près spontanée, pendant le séjour de ce vieillard à l'hôpital, où il n'a pas été traité, si ce n'est par quelques toniques et une bonne alimentation.

Bains arsenicaux contre le rhumatisme noueux. — Cas d'obstruction intestinale guérie par l'emploi de la belladone, du calomel et des lavements de lait. — Fièvre intermittente coupée par le sulfate de quinine donné dans de l'eau-de-vie au moment de l'accès.

Nous avons déjà plus d'une fois parlé des résultats vraiment merveilleux que l'arséniate de soude en bains, médication préconisée par M. Guéneau de Mussy, donne souvent dans une affection par elle-même très-rebelle, le rhumatisme noueux atonique, avec impotence des mains.

Nous venons d'en voir un exemple très-remarquable chez une femme de cinquante-cinq ans, entrée le 5 avril dernier, salle Saint-Pierre, n° 22, et qui, depuis huit mois environ, ne pouvait plus se servir de ses doigts. Cette femme est sourde. Elle raconte n'avoir jamais eu d'autres maladies que des migraines très-violentes, pendant lesquelles elle vomissait et était forcée de se coucher, et qui lui revinrent environ tous les quinze jours pendant dix-huit ans. Mais ces migraines étaient calmées depuis longtemps, et elle se trouvait très-bien portante, lorsque, vers la fin de l'été dernier, elle s'aperçut que ses mains enflaient. Ce gonflement n'était accompagné d'aucune espèce de douleur, ni de rougeur; mais il mettait obstacle au mouvement, à un tel point que bientôt cette femme fut tout à fait percluse, ne pouvant se servir utilement de ses

doigts. Quant aux pieds, ils enflèrent très-peu. La marche fut toujours possible.

Dans ces conditions, la malade entra à l'Hôtel-Dieu M. Guéneau de Mussy lui prescrivit des bains contenant 4 grammes d'arséniate de soude et 60 grammes de carbonate de soude. Dès le premier bain, à ce que raconte la malade, elle se sentit les doigts plus libres. Mais en même temps, elle commença à éprouver une sorte de malaise qui s'accentua encore après chaque autre bain. Elle en prit quatre en tout.

Dans les deux derniers, M. Guéneau de Mussy avait fort diminué la proportion du carbonate de soude, n'en associant plus que 40 grammes aux 4 grammes d'arséniate de soude. Malgré cela, l'excitation devint telle, qu'elle provoqua un vrai mouvement fébrile avec courbature générale, douleurs dans les membres et légère rougeur des articulations métacarpo-phalangiennes. Pourtant la douleur ne fut jamais vive à ce niveau, au dire de la malade. A cette fièvre rhumatismale, M. Guéneau de Mussy opposa le salicylate de soude à la dose de 2 grammes, puis de 4 grammes. La fièvre tomba, et la malade, ayant recouvré complétement l'usage de ses mains, pouvant tenir son aiguille et coudre, sortit de l'hôpital se considérant comme tout à fait guérie. Pourtant, elle conserve encore un peu de gonflement des premières articulations métacarpo-phalangiennes; mais, les mouvements n'en étant pas moins libres, elle s'en préoccupe fort peu.

— Chez une autre malade, couchée au n° 1 de la même salle, M. Guéneau de Mussy eut à traiter une obstruction intestinale. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans, mécanicienne, malade depuis près de quatre semaines, et qui, lorsqu'elle fut apportée à l'hôpital, vomissait presque constamment des matières fécaloïdes. En l'absence de M. Guéneau de Mussy, on employa inutilement les lavements purgatifs et l'huile de croton à l'intérieur. L'état devenait de plus en plus grave. Un chirurgien, d'un service voisin, avait été appelé par l'interne pour provoquer une opération de gastrotomie *in extremis*, mais il s'y était refusé.

Sur ces entrefaites, le troisième jour, M. Guéneau de Mussy revint, et il eut aussitôt recours à la médication suivante :

Il fit donner toutes les heures une pilule contenant 1 centigramme d'extrait de belladone, et toutes les deux heures un paquet de calomel de 2 centigrammes.

En même temps, on administrait des lavements de lait huilé, additionnés de bicarbonate de soude pour empêcher le lait de s'aigrir.

Au bout de quelques heures, alors que la malade avait pris 50 centigrammes de calomel, le débondonnement eut lieu, à la suite d'un lavement de lait huilé. Tous les accidents d'obstruction intestinale disparurent dès lors définitivement, et la malade serait sortie guérie de l'hôpital si elle n'y était pas retenue par le développement de tubercules dans ses poumons.

— Chez un malade atteint de fièvre de Cochinchine, M. Hérard a voulu montrer qu'on pouvait fort bien couper la fièvre en donnant le sulfate de quinine au moment même de l'accès. Le frisson durait chez cet homme de quatre à cinq heures. M. Hérard lui prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine dans un petit verre d'eau-de-vie, à prendre au moment où il serait saisi du tremblement. En quelques minutes, le frisson avait disparu et cet accès était coupé.

Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DES INCURABLES. — M. STRAUSS.

Pleurésie franche, primitive, chez le vieillard.

La nommée H..., âgée de soixante-et-onze ans et demi, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables, dans le service de M. Ferrand, suppléé par M. Strauss, le 25 mars 1877. Elle présente tous les signes d'un abondant épanchement remplissant les deux tiers au moins de la plèvre gauche, avec déviation du cœur, dont la pointe bat sous le sternum. La maladie paraît avoir débuté cinq à six jours avant l'entrée, par de la fièvre, de l'oppression graduellement croissante, sans point de côté, sans frissons, sans toux.

Vu l'abondance de l'épanchement, la déviation du cœur, l'oppression, la thoracentèse est pratiquée d'urgence. Elle donne issue à 1.700 grammes de liquide; tout l'épanchement n'est pas évacué et environ un litre de liquide reste abandonné dans la plèvre.

Le liquide extrait est filant, fortement spumeux, citrin, sans trace de pus ni de sang. Au bout de dix minutes, il se pressait en masse solide, presque comme le caillot d'une saignée. Il était donc franchement inflammatoire.

La malade éprouva un soulagement profond et immédiat. Quelques jours après l'opération, la fièvre a disparu; le cœur a repris sa place; le liquide resté dans la plèvre se résorbe rapidement et vers les premiers jours d'avril la guérison est complète et définitive.

C'est donc un exemple de pleurésie franche, idiopathique, à épanchement abondant, inflammatoire, chez le vieillard. Ces cas paraissent être assez rares. Tous les médecins s'étant occupés spécialement des maladies des vieillards ou ayant observé à la Salpêtrière ou à Bicêtre sont unanimes à cet égard (Beau, Valleix, Gillette, Durand-Fardel, Prus, Isambert). D'après ces observateurs, la pleurésie, chez le vieillard, serait presque toujours secondaire, symptomatique, soit d'une lésion pulmonaire, tels que les infarctus, la pneumonie, la tuberculose, le cancer du poumon, ou bien encore d'une maladie de Bright ou d'une affection cardiaque. Beau estime aussi que la pleurésie chez le vieillard s'accompagne très-souvent d'un épanchement considérable et que le plus souvent elle se termine d'une façon fâcheuse.

L'heureuse influence de la thoracentèse et la rapidité de la guérison méritent aussi d'être relevées.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi de l'albuminate de fer dans la chlorose, et l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques.

Par M. R. CHOISNARD, ancien interne des hôpitaux.

Dans le service de Demarquay, nous avons souvent eu l'occasion de voir employer l'albuminate de fer, sous forme de liqueur, contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques. Les résultats enregistrés ont toujours été remarquables; il en est de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation.

Aussi, croyons-nous utile d'entretenir nos lecteurs de l'albuminate de fer, médicament encore peu connu, et qui, néanmoins, mérite de l'être.

« Il est vraisemblable, dit Lassaigne dans une communication à l'Académie des sciences, que dans l'administration des sels métalliques à l'intérieur, il s'établit dans l'économie une combinaison entre les sels, les tissus et l'albumine contenue dans les divers fluides animaux, et que, c'est probablement sous cet état qu'ils sont transmis portés dans les humeurs, et que leur effet médicamenteux est le plus souvent produit. » (*Acad. des sciences, comptes-rendus*). Cette théorie, qui ressortait si logiquement des expériences de Lassaigne,

est aujourd'hui prouvée d'une façon certaine, comme nous le dirons plus loin. Le fer combiné à l'albumine est immédiatement absorbé.

Nous avons été assez heureux pour entreprendre sous la direction de notre regretté maître Demarquay, une série d'expériences sur l'absorption des ferrugineux, qu'il sera intéressant de reprendre un jour d'une façon plus détaillée, mais dont nous nous bornerons à donner ici un résumé sommaire :

En même temps que plusieurs animaux traités par des solutions des divers sels de fer (titrées dans les mêmes proportions), un nombre égal de malades étaient soumis aux mêmes ferrugineux.

Cette première partie des expériences, nous a fourni les résultats suivants :

D'abord, la coloration des garde-robes n'est pas en raison de la quantité de fer excretée. C'est ainsi que certains sels, presque complètement rejetés, subissant peu de modification pendant leur trajet dans l'intestin, ne colorent pas les excrétions, tandis que le citrate de fer, par exemple, dont la plus grande partie est assimilée colore bien davantage.

La coloration des garde-robes ne prouve donc rien quant à l'absorption.

Nous pûmes constater ensuite que la quantité de fer absorbé était, en général, *en raison directe de la solubilité* des sels ingérés, et surtout plus accentuée pour ceux à combinaison organique.

Au point de vue de l'assimilation, nous pûmes facilement placer au premier rang les sels organiques, tels que *citrate de fer*, *tartrate*, etc., et avant tout *l'albuminate de fer*.

M. Laprade, pharmacien distingué, alors à l'hôpital Dubois, voulut bien se charger de nous préparer de l'albuminate de fer.

En même temps que ces expériences sur des animaux, les expérimentations faites concurremment sur les malades venaient confirmer les résultats annoncés. En effet, tandis que chez l'un la quantité de fer excrété était moins forte, et par conséquent celle de fer absorbé plus considérable, le microscope indiquait un accroissement sensible des globules rouges dans le sang du malade traité par le même sel de fer.

Relatons enfin l'expérience suivante, qui ne manque pas d'intérêt, et qui fut répétée plusieurs fois dans des conditions identiques :

Deux lapins furent mis en expériences : l'un, traité par le sel de fer simple, l'autre, par le sel de fer albuminé. Nous avons obtenu deux résultats bien nets : 1° l'animal étant vivant, l'analyse décelait du fer en proportions notables dans les excrétions du premier, et des traces seulement dans celles du second, — donc, absorption plus considérable de fer sous l'influence de l'albumine combinée; 2° l'animal étant mort, et l'estomac ouvert, des traces d'irritation locale existaient chez le premier et étaient nulles chez le second.

Terminons par une observation recueillie dans le service. Ce ne fut, du reste, qu'à la suite de cette observation que nous eûmes l'idée de compléter, avec l'albuminate de fer, les expériences ci-dessus.

Observation. — Mme R..., trente-quatre ans, mariée à dix-huit, a eu trois enfants et souffre depuis deux ans; sa santé auparavant etait excellente, et les antécédents de famille sont très-bons. Tous les deux ou trois mois depuis les deux dernières années, cette femme présente plusieurs symptômes pathologiques et mécaniques du polype. Le toucher apprend que cette tumeur vasculaire volumineuse est implantée sur le col. L'opération résolue se fait simplement avec l'écraseur.

Deux jours après, cependant, une hémorrhagie abondante se déclare, et les moyens locaux employés parviennent à arrêter cet écoulement, mais ils laissent la malade dans un état de faiblesse excessive. Elle est exsangue, le pouls impalpable, les tissus complétement décolorés. On administre les toniques : potion de Tood, vin de Bordeaux, jus de viande, etc.

L'affaiblissement continue, l'état d'anémie est extrême, on craint une fin prochaine.

On voudrait donner du fer, mais l'estomac ne peut supporter aucune des préparations ferrugineuses essayées, il rejette les sels solubles ou insolubles, organiques ou minéraux.

M. Féréol, chef de service dans la maison, conseille alors d'essayer l'albuminate de fer associé au sirop d'écorces (liqueur de Laprade). Les deux premières cuillerées sont difficilement tolérées. On continue, et au bout de huit jours, la malade mange bien, les tissus se colorent. Quinze jours après, elle reprend visiblement, et le microscope permet de constater une notable amélioration dans le nombre des globules rouges. Cette femme est envoyée à la campagne pour continuer son traitement. Aujourd'hui elle a repris son apparence de santé d'autrefois.

Devant des considérations de cette importance, nous estimons que l'albuminate de fer mérite d'attirer toute l'attention des praticiens. Depuis ces dernières années, du reste, il a été employé avec succès par les médecins des hôpitaux de Paris : MM. Féréol, M. Raynaud, Frémy, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise, etc.

L'albuminate de fer peut s'administer sous différentes formes; nous lui préférons celle de liqueur, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : une note de M. J. Bœckel sur le *drainage au cat-gut dans les plaies d'amputation.*

PRÉSENTATIONS

M. Guyon présente :

1° De la part de M. H. Picard, un *traité des maladies de la prostate* ;

2° De la part de M. Henriet, pour prendre part au concours pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Du traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Trachéotomie avec le bistouri et avec le thermo-cautère. — M. Desprès relate une opération de trachéotomie qu'il a pratiquée samedi dernier pour extraire un corps étranger tombé dans la trachée d'un enfant. Il a fait mardi, au sujet de ce malade, une communication à l'Académie sur les corps étrangers des voies aériennes. Aujourd'hui c'est du manuel opératoire qu'il entretient la société. L'enfant, âgé de six ans, avait avalé un pendant de boucle d'oreille en verre et avait des accès de suffocation effrayants. L'opération a été faite avec le bistouri et a duré vingt minutes. Le chirurgien s'est trouvé en présence d'un cas exceptionnel qui aurait été cause d'accidents graves si l'opération avait été faite en un seul temps, comme le conseille M. de Saint-Germain ; et si l'on avait eu recours au thermo-cautère, on n'aurait pas obtenu les résultats immédiats que M. Desprès va signaler. L'enfant ayant été placé dans la position classique, la peau et les parties sous-jacentes furent sectionnées couche par couche jusqu'au corps thyroïde. Pendant ce temps de l'opération; M. Desprès eut à tordre une artériole et à écarter des veines qui se trouvaient sur le bistouri. Le corps thyroïde, formé de deux lobes accolés sur la ligne médiane, avait près de deux centimètres de hauteur, ce qui est exceptionnel chez un enfant de cet âge ; à sa partie inférieure se voyaient deux veines volumineuses, dont l'une pénétrait dans le lobe gauche, et l'autre rampait à la surface du lobe droit et avait le volume d'une plume de corbeau. Au dessous du corps thyroïde on ne voyait que deux anneaux de la trachée, ce qui ne donnait pas un espace suffisant pour faire la trachéotomie. L'ouverture faite au-dessus, se serait trouvée trop loin du corps à extraire. M. Desprès releva un peu le corps thyroïde après en avoir écarté les lobes avec une sonde cannelée pour éviter l'hémorrhagie, et eut ainsi devant ses yeux, au fond d'une plaie complétement à sec, cinq anneaux de la trachée qu'il incisa. La boucle d'oreille fut extraite facilement. Une demi-heure après l'enfant parlait, et, le lendemain, la plaie était réunie par première intention,

tion, résultat qu'il n'eût été possible d'obtenir avec aucun autre procédé.

M. GILLETTE a vu, *post mortem*, un vieillard auquel M. Krishber avait fait d'urgence, quinze jours auparavant, une trachéotomie à l'aide du thermo-cautère, dans un cas de cancer du larynx. La plaie des parties molles était capable de contenir un petit œuf; la trachée elle-même avait une perte de substance de la largeur d'une grosse olive. L'opérateur avait cependant incisé la trachée avec le thermo-cautère.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Faucon (d'Amiens), membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORT

Cancroïde du nez ; incision ; autopsie. — M. DELENS fait un rapport verbal sur une observation adressée par M. Brière (du Havre), de cancroïde du nez traité par l'incision et l'autoplastie, à l'aide d'un lambeau frontal. Cette observation est accompagnée de photographies prises avant et trois mois après l'opération, et montre les résultats satisfaisants de l'opération.

COMMUNICATION

Taille vaginale pour l'extraction d'un calcul. — M. GUYON a pratiqué le 25 avril dernier une taille vaginale pour l'extraction d'un calcul chez une femme de cinquante-neuf ans. Cette femme souffrait depuis un certain temps, de la vessie, mais la cystite était peu intense. Le calcul, mesuré exactement avec le lithotriteur, avait un peu plus de quatre centimètres dans tous les sens et aurait pu être broyé, quoiqu'il fût un peu dur, sans grands dangers, la vessie étant à peu près saine et le péritoine sans antécédents, mais le traitement eût été long, et M. Guyon considère la dilatation de l'urèthre comme beaucoup moins inoffensive qu'on ne l'a dit. Elle expose d'ailleurs à une incontinence d'urine que l'on a beaucoup de peine à guérir, ou, pour mieux dire, qui guérit si elle le veut bien. D'un autre côté la taille est peu grave lorsque la cloison vésico-vaginale est saine et l'inconvénient de la fistule est beaucoup moindre aujourd'hui qu'autrefois, depuis que M. Valette (d'Orléans), a conseillé la suture immédiate. C'est ce qu'a fait M. le professeur Guyon. La malade étant placée comme pour l'opération de la fistule, le chirurgien fit une incision longitudinale et non transversale, comme la fait M. Valette, en commençant par la partie antérieure, pour ne pas intéresser le col de la vessie, et la prolongeant de quatre centimètres en arrière, sur le cathéter. L'extraction de la pierre fut facile ; cependant l'incision s'agrandit, mais seulement sur la muqueuse vaginale, de même que, dans l'accouchement, c'est la partie la plus éloignée du corps contondant, c'est-à-dire la peau du périnée qui cède sous l'effort de la pression. Six points de suture furent placés immédiatement et une sonde fut laissée à demeure. Il n'y eut pas de suites opératoires, la température n'étant montée qu'une fois à 39° après l'administration d'un purgatif. Le 7 mai, la malade était complétement guérie. Ce procédé, qui n'est pas applicable chez les petites filles ni chez les jeunes filles, doit être préféré chez la femme à la lithotritie, qui vaut mieux au contraire chez l'homme, pour lequel la taille nécessite un traumatisme plus considérable.

DISCUSSION

M. DESPRÈS a communiqué l'année dernière une observation d'extraction de calcul par la dilatation, après écrasement de la pierre avec la tenette, qui a été suivie de guérison en deux jours. Cette opération est préférable à la taille vaginale *quand la malade est en état de la supporter*.

M. PANAS demande à M. Guyon s'il peut présenter une statistique personnelle des faits de ce genre.

M. GUYON a fait en tout quatre tailles vaginales et une dilatation de l'urèthre pour extraire des calculs. Il vient d'en relater un, qui a été heureux. Des trois autres, deux ont guéri, mais la fistule, qui existait avant l'opération, a persisté, les malades s'étant refusées à toute tentative de réparation. La quatrième malade a succombé. C'était une jeune fille de dix-huit ans qui s'était introduit deux ans auparavant une épingle à cheveux dans la vessie, et qui avait été à plusieurs reprises sujette à des accidents vésicaux très-graves, qui avaient été pris pour des fièvres typhoïdes. L'opération que M. Guyon a faite par la dilatation a été suivie de mort par péritonite; elle avait été faite sur une femme atteinte depuis longtemps de cystite.

M. PANAS n'a, dans sa pratique, qu'un seul cas de taille vaginale, et l'opérée est morte très-rapidement d'infection purulente. A l'autopsie, on a constaté une suppuration étendue du tissu caverneux du vagin et des veines pelviennes. Il n'y avait pas d'abcès viscéraux, la mort étant survenue trop tôt. Jobert relate, dans son *Traité des fistules vésico-vaginales*, un certain nombre de cas de mort qu'il attribuait à la fièvre typhoïde, et qui étaient certainement dus à la pyohémie. Peut-être l'emploi du thermo-cautère ou un autre procédé qui mettrait plus sûrement à l'abri de la suppuration, permettrait-il d'éviter ces accidents.

M. VERNEUIL pense qu'il faut absolument mettre en première ligne l'état des reins des malades. Il a perdu cinq malades sur 96 opérations. Le plus souvent, la mort est la conséquence d'une maladie antérieure du rein ; quelquefois elle est due à une thrombose des plexus péri-génitaux.

M. TILLAUX fait observer à M. Desprès que l'urèthre de la femme ne peut pas être dilaté au delà de 3 centimètres, ce qui est déjà énorme, et que cette dilatation ne peut pas toujours suffire à l'extraction d'un calcul, si l'on n'y ajoute pas, comme le fait M. Reliquet, la taille uréthrale. M. Panas a parlé d'un tissu caverneux du vagin. Ce tissu a été décrit à tort. Il y a des plexus très-abondants, surtout sur les parties latérales, mais par un tissu caverneux proprement dit.

M. PANAS ne s'est servi de ce terme que pour faire comprendre la richesse de vaisseaux de cette région et son importance. C'est l'analogue du tissu spongio-vasculaire de la portion spongieuse de l'urèthre, décrit par Jarjavay. Il y a des plexus veineux abondants non-seulement sur les parties latérales du vagin, mais aussi entre les muqueuses vaginale et vésicale.

M. GUYON rejette la taille uréthrale qui expose à l'incontinence d'urine, et qui offre à l'opération un terrain extrêmement vasculaire. Sur les quatre malades qu'il a opérées par la taille vaginale, une seule, à laquelle l'opération a été faite comme dernière ressource, a succombé, et aurait succombé à tout autre mode opératoire à cause de l'état de sa vessie malade depuis longtemps.

PRÉSENTATION DE MALADE

Arrêt de développement de la mâchoire inférieure et de la langue. — M. DESPRÈS présente un petit enfant de cinq jours qui offre un vice de conformation de la mâchoire inférieure, qui n'a pas été jusqu'à présent signalé dans les traités de tératologie. L'arcade dentaire manque complétement, probablement par suite de l'absence de follicules dentaires. La mâchoire inférieure rentre sous la mâchoire supérieure. De plus, la langue a subi aussi un arrêt de développement, et n'est pas plus grande qu'une langue de chat. La succion est très-difficile. L'enfant peut cependant têter une nourrice dont le bout de sein est extrêmement long, ou un biberon qui serait fait exprès.

PRÉSENTATION

Papyrus glycériné pour pansements. — M. ANGER présente, sous ce nom, un papier imperméable qui pourrait, avec un grand avantage d'économie, remplacer dans certains cas le taffetas gommé ou le caoutchouc. Il peut se mouiller et se laver et est inodore. Des sacs faits avec ce papier peuvent conserver l'eau pendant huit à dix jours. On peut en faire des bandes qui, mouillées, s'appliquent très-exactement.

La séance est levée.

Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1873 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les

candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 23 août 1877 ;
A Lille, le 31 du même mois ;
A Nancy, le 4 septembre 1877 ;
A Besançon, le 8 du même mois ;
A Lyon, le 12 du même mois ;
A Marseille, le 16 du même mois ;
A Montpellier, le 19 du même mois ;
A Toulouse, le 23 du même mois ;
A Bordeaux, le 27 du même mois.
A Rennes, le 2 octobre.

Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du premier juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées plus haut.

La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville, cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

Les conditions d'admission et le programme de ce concours annuel ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 mai 1876.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Bouchereau fera des conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche matin à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne.

— M. le professeur Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique le dimanche 10 juin 1877, à Meudon. On se réunira à la gare Montparnasse où l'on prendra, à dix heures trente-cinq, le train pour Meudon.

— M. le docteur H. Picard commencera, le mardi 19 juin à quatre heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit, sur les maladies de l'appareil urinaire, qu'il continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Il traitera d'abord de l'affection calculeuse.

Les élèves seront exercés à l'analyse chimique et microscopique des urines.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de membres correspondants et d'associés libres nationaux ; — 2° Compte rendu du banquet ; — 3° Constitution médicale du mois de mai. Policlinique ; — 4° Concours que les élèves gardes-malades peuvent donner aux médecins des bureaux de bienfaisance, par M. Duchaussoy ; — 5° Extraction du canal d'un bout de seringue en verre, par M. Delefosse ; — 6° Hydropisie de l'amnios. Insuffisance mitrale. Éclampsie. Délivrance artificielle rapide, par M. Hamon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai de psychologie. La bête et l'homme, par le docteur Édouard Fournié, médecin de l'institution nationale des Sourds-Muets. — 1 fort vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Librairie académique Didier et Ce.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. — Se composera d'environ 30 volumes in-8° cavalier de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XXIII sont en vente. — Le tome XXIII comprend 800 pages avec 99 figures. — Principaux articles : *Molluscum*, par Hardy ; *Monstruosité*, par Verneau ; *Mort*, par Dieulafoy, Tardieu et Laugier ; *Morve et farcin*, par Tardieu et Martineau ; *Muguet*, par J. Simon ; *Muqueuses* (membranes), par Straus ; *Muscle*, par Duval, Straus et Le Dentu ; *Narcotiques*, par Hirtz ; *Nerfs et nerveux* (système), par Duval, Poinsot et Labadie-Lagrave ; *Névralgie*, par Hallopeau ; *Névrose*, par Luton, etc., etc. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La première partie du tome XXe de la première série, commençant par la lettre A vient de paraître aux librairies G. Masson, rue Hautefeuille, 10, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Cette première partie, ou demi-volume, contient les principaux articles suivants : *Contagion*, par Bernheim ; *Contractures*, par M. Onimus ; *Contusion*, par MM. Marchand et Verneuil ; *Convalescence*, par M. Brochin ; *Convulsion*, par MM. Ferrand et Vidal ; *Coqueluche*, par M. Brochin. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue

BRUNE-CLAIRE

du **DOCTEUR DE JONGH**,

de la Faculté de médecine de La Haye, chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. CHEVALLIER, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dans son rapport sur l'*huile de foie de morue* du docteur de Jongh, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :

ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6. avenue Victoria.

Royat (Ems français).

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL

SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.

Saison du 1er mai au 15 octobre.

Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX

Caisse de 30 bouteilles. . . . . 20 fr.
Caisse de 50 bouteilles. . . . . 30 fr.

Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Chlorose, Anémie. — Pilules

Cet SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé* : GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Pilules du Brésil

(AU JÉQUITIBA).

Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande

(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)

Contre la **Gravelle**. Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. MOPPERT, r. du Temple, 51, *Paris*.

Forges-les-Eaux (SEINE-INFÉRIEURE).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées, apéritives, toniques, reconstituantes.

Chlorose, anémies, aménorrhée, dysménorrhée. Maladies de matrice. Gastralgie, dyspepsie. Diarrhée, inertie intestinale. Hystérie. Névroses, stérilité, albuminurie, etc.

DÉPOT principal, 43, boulevard Malesherbes, Paris. (La bouteille : 70 centimes.)

Dragées et Sirop dépuratifs

DU Dr GIBERT,

anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0.01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY. DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger*

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Apiol des Drs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 miligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon dans toutes les pharmacies.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

IX

Avant de passer à un autre ordre de faits, je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de lire celui que je vais rapporter ici, quoiqu'il n'appartienne pas à l'affection anthracoïde du gland. Les érosions dont le malade était atteint n'étaient point virulentes. Il s'agissait simplement d'un *herpès balano-préputial* qui n'avait rien de spécifique. Néanmoins la gangrène s'empara d'un groupe étendu de ces lésions, et se comporta de la même façon que si elle avait compliqué un chancre mou ou un chancre infectant. Combien de médecins peu versés dans l'analyse de ces faits, ou ne se défiant pas de leurs apparences trompeuses, auraient diagnostiqué une maladie vénérienne grave, et des ulcères virulentes avec gangrène ! On va pourtant se convaincre qu'il n'y avait rien de pareil :

Obs. VIII. — M. B..., âgé de cinquante-huit ans, entré le 25 juillet 1876, salle 8, n° 28, s'était aperçu quinze jours auparavant, c'est-à-dire le 10 du même mois, qu'il existait dans le sillon balano-préputial, vers la ligne médiane, un peu de rougeur avec un bouton ou une tache blanche centrale. Au bout de quatre ou cinq jours, ces lésions disparurent et se reproduisirent plus loin, à gauche, sur la couronne du gland et dans le sillon. Il y avait à ce niveau un peu de douleur, un suintement léger et un gonflement considérable des parties voisines. Pansements avec de l'eau de sureau et de l'eau de guimauve.

Le malade se présenta à la consultation de l'hôpital de la Charité, le 18 juillet ; on ne put pas lui dire si c'était un ulcère simple ou un chancre mou. Il n'éprouvait ni sensibilité anormale, ni tuméfaction dans les aines.

Ce pauvre homme était fort étonné d'être malade du côté de la verge, car il n'avait pas vu d'autre femme que la sienne depuis un an, et c'était la première fois qu'il contractait une maladie vénérienne. Il pratiquait le coït tous les huit ou dix jours. Il avait eu un rapport avec sa femme depuis l'apparition de ces lésions balano-préputiales.

Lorsqu'il vint me consulter le 25 juillet, je constatai, dans le sillon, à gauche et sur la couronne, au voisinage du filet, une vaste ulcération irrégulière, déchiquetée, taillée à pic et recouverte de plaques noires gangréneuses exhalant une odeur infecte. Quelques érosions peu profondes, ressemblant à des chancres mous superficiels, étaient disséminés sur la muqueuse, dans le voisinage de cette ulcération gangréneuse. La douleur était médiocre, mais il y avait beaucoup de gonflement inflammatoire. Rien dans les aines.

Malgré sa ressemblance avec des chancres, je regardai cette affection comme herpétique. Je choisis du pus sur les érosions qui étaient en pleine activité morbide et n'avaient pas été touchées par la gangrène, c'est-à-dire sur celles qui semblaient être les plus virulentes. J'inoculai ce pus avec toutes les précautions voulues. Je prescrivis des pansements sur le gland avec de la charpie imbibée de vin aromatique.

Le 26, les plaques noires étaient en partie tombées et on voyait des bourgeons de bonne nature sur les surfaces qu'elles recouvraient. La perte de substance était superficielle, la couronne seule avait été échancrée profondément. Le filet, lui aussi était un peu rongé. Cette ulcération gangréneuse très-irrégulière et à contours déchiquetés avait en moyenne la superficie d'une pièce de un franc.

Le 27 (dix-septième jour de l'affection), toutes les érosions, la gangréneuse comme les autres, étaient en très-bonne voie de guérison. L'odeur infecte avait complétement disparu. La tuméfaction périphérique était moindre. L'inoculation n'avait donné aucun résultat.

Les jours suivants la cicatrisation se fit sur tous les points. Les érosions herpétiques qui n'étaient pas devenues gangréneuses furent rapidement guéries. Il n'en fut pas ainsi de la grande ulcération dont la gangrène s'était emparée. Ce n'était du reste qu'une simple question de temps. La réparation s'effectua sans entraves, mais sans combler toutefois la perte de substance qui resta fort sensible surtout à la couronne où elle avait creusé de profondes échancrures.

Je m'enquis des circonstances étiologiques qui pouvaient avoir causé cette gangrène et je n'en découvris aucune. Quant à la nature non-virulente de l'affection, elle est incontestable. On en a déjà une preuve dans le résultat négatif de l'inoculation; je devrais dire des inoculations, car, pour plus de sûreté, j'inoculai plusieurs des érosions. Mais cela ne me suffit pas ; je tenais à examiner la femme du malade, et j'y parvins non sans quelque difficulté. Elle était âgée de cinquante-deux ans et m'affirmait qu'elle n'avait jamais fait aucune infidélité à son

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mai 1877.

mari. Je ne découvris aucune lésion ni sur le col, ni dans le vagin, ni sur les parties externes de la génération.

La santé générale du mari était excellente ; sa verge n'avait subi aucune violence extérieure, et les pansements les plus simples et les moins irritants avaient été faits sur les érosions herpétiques. C'est le seul cas dans ce genre que j'aie observé.

Pour traitement, on doit se borner à faire des lotions désinfectantes, puis des pansements avec de la charpie imbibée de vin aromatique pur ou coupé d'eau par moitié.

Affections diverses non virulentes des organes génitaux.

L'affection furonculo-acnéiforme et l'anthracoïde, que je viens de décrire, ont pour siége d'élection, le gland, la couronne et la rainure, plus rarement quelques autres points de la cavité glando-préputiale.

Sur la peau du fourreau, le furoncle et l'anthrax peuvent aussi se produire; mais ils présentent alors les mêmes caractères que sur les autres régions de la surface cutanée. J'ai vu, une fois, un furoncle de la base de la verge qui, dans la période d'élimination de son bourbillon, présentait une ressemblance frappante avec un chancre infectant. Mais comme j'avais assisté à son début et que je l'avais suivi dans toutes les phases de son évolution, je n'eus aucune incertitude sur sa nature. Du reste, l'absence d'adénopathie syphilitique et beaucoup d'autres circonstances rendaient toute erreur impossible.

En général, il est difficile de se tromper sur l'origine de ces affections non virulentes et non contagieuses, lorsqu'on peut assister à leur début et observer tout leur processus. Mais le premier coup d'œil peut quelquefois induire en erreur.

I

Obs. IX. — Ainsi, un jeune garçon de dix-sept ans, entré dans mon service le 8 août 1876, salle 8, n° 29, présentait sur la peau inférieure du fourreau, en avant des bourses, une ulcération ovalaire, bourgeonnante, de 2 centimètres de diamètre, faisant une légère saillie au-dessus des tissus voisins, dont elle se séparait par une ligne très-nette de démarcation. A la voir ainsi, on aurait pu croire qu'il s'agissait d'un large chancre induré à la période de réparation. J'en observe tous les jours qui présentent le même aspect. L'illusion était d'autant plus grande, qu'en palpant cette ulcération, on sentait qu'elle reposait sur une base dure et circonscrite; seulement cette base était beaucoup plus volumineuse qu'elle ne l'est d'ordinaire à cette période de l'accident primitif. Puis, l'induration paraissait avoir quelques connexions étroites avec l'urèthre.

Je me tins sur mes gardes avant de me prononcer, et bien qu'il existât un peu d'engorgement ganglionnaire, le récit du du malade me prouva que ce n'était point un chancre infectant, mais une ulcération qui avait succédé à un abcès de l'urèthre.

Ce garçon, après une continence de deux mois, avait eu des rapports sexuels le 10 juin; au bout de treize jours, il lui survint une blennorrhagie excessivement aiguë. Un mois après, une tumeur douloureuse, arrondie, grosse comme une petite pomme, se forma sur le trajet de l'urèthre, en avant des bourses. Elle s'ouvrit et suppura au bout de quelques jours, puis elle se convertit en la vaste ulcération pseudo-chancreuse. Il n'y avait point de fistule urinaire.

Ce mode de terminaison d'un abcès uréthral par une ulcération semblable est assez singulière pour qu'on le signale. Sous l'influence des bains, des cataplasmes, des topiques émollients, l'induration inflammatoire se fondit rapidement, et la cicatrisation fut complète au bout de dix jours.

II

La nature et la cause de ces ulcérations reposant par des bases dures et circonscrites, ne sont pas toujours aussi faciles à déterminer que dans le cas précédent.

Obs. X. — Un homme de quarante ans, charron, se présenta le 14 novembre 1876 à ma consultation pour se faire soigner d'une tumeur ulcérée siégeant à la partie la plus inférieure des bourses, sur la ligne médiane. En fait de maladies vénériennes, il n'avait eu qu'une blennorrhagie à l'âge de vingt-quatre ans. Jamais de chancres, ni aucune manifestation syphilitique. Il était marié depuis dix-sept ans et n'avait pas eu de rapports avec d'autre femme que la sienne depuis dix-huit mois.

Aussi fut-il très-étonné de voir se former, au commencement de l'année 1876, une tumeur dure, aplatie, ovalaire, sur la partie la plus inférieure des bourses, à égale distance de l'anus et de la verge. Cette tumeur était indolente; néanmoins elle s'ulcéra à sa surface et se creusa même assez profondément. Quelques points de l'ulcération se cicatrisèrent, d'autres, au contraire, s'agrandirent. Bref, après plusieurs alternatives, la tumeur se présentait vers le milieu de novembre, au bout de huit ou neuf mois d'existence, sous l'aspect suivant : elle avait presque le volume d'une mandarine; elle était aplatie de haut en bas, située sur la ligne médiane et dans le tissu cellulaire sous-cutané, faisant corps avec la peau du scrotum, qui était tendue, rouge et luisante à sa surface. Sa consistance était très-dure et ses contours se détachaient nettement des parties voisines. A sa surface, il existait une vaste ulcération irrégulière, à bords déchiquetés et taillés à pic, à fond bourgeonnant. Sur un des côtés, deux sillons profonds attestaient une cicatrisation antérieure qui remontait, paraît-il, au mois de mai. Le processus était et avait toujours été indolent et très-chronique. Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire.

Vers la fin du mois de novembre, je revis le malade. Je constatai que l'ulcération s'était creusée et que son fond était rempli de débris de tissu cellulaire sphacélé; elle sécrétait un liquide séreux. Les ganglions étaient toujours intacts. On ne découvrait sur le reste du corps aucune trace de syphilis ancienne ou récente.

Quel diagnostic porter? Voilà une ulcération chronique à bords indurés qui n'est, évidemment, ni virulente ni contagieuse. Il m'a été impossible de découvrir les causes locales ou générales qui lui ont donné naissance. Je suis obligé de rester dans le doute sur sa nature. Quoiqu'elle ressemble beaucoup à certaines gommes, je doute qu'elle soit syphilitique, le malade n'ayant jamais eu aucun accident semblable. Néanmoins, j'ai donné un traitement spécifique mixte; mais je ne sais pas quels ont été ses effets, n'ayant pas revu le malade depuis.

Serait-ce un épithélioma des bourses? Je le crains, et je le soupçonne plutôt que je n'en ai la certitude. Il est vrai que les ganglions ne sont pas encore pris; mais ce processus ulcéreux de huit mois de durée qui, malgré quelques ralentissements passagers, n'en a pas moins continué, n'est-il pas l'insigne d'une malignité dont ne triompheront ni le mercure ni l'iodure de potassium.

L'incertitude dans laquelle je me trouvais a été dissipée, en partie du moins, par l'examen ultérieur du malade. Il est revenu me voir le 5 janvier 1877, et voilà ce que j'ai constaté : l'ulcération des bourses est complétement cicatrisée. De la lésion, telle que je l'avais décrite, il ne reste plus qu'une masse indurée, irrégulière, bosselée, poussant une pointe vers le périnée, mesurant 5 à 6 centimètres d'arrière en avant, et 1 ou 2 d'épaisseur. Cette tumeur occupe le tissu cellulaire sous-cutané

et fait corps avec la peau, qui est lisse et rosée à sa surface sur quelques points, et couturée de cicatrices sur d'autres. Il ne reste aucune pustule ni aucun foyer de suppuration. Ses contours déchiquetés, sont nettement distincts des tissus voisins qui ne présentent aucun empâtement. Sa consistance est uniforme, dure et comme élastique. On peut la palper, la presser dans tous les sens sans provoquer la moindre douleur. Il y a même un peu d'anesthésie à son niveau et aux alentours. Aucun engorgement ganglionnaire.

L'état général et l'aspect du malade, tout aussi bien que les conditions actuelles de la lésion, me portent à croire que le processus n'a plus rien d'offensif et qu'il touche à son terme. J'écarte donc le soupçon d'une tumeur maligne. Je ne crois pas davantage à une lésion syphilitique tertiaire. Le malade a guéri avec des cataplasmes et des bains. Il n'a point voulu se soumettre au traitement spécifique que j'avais conseillé. Si je suis rassuré sur le pronostic, la question du diagnostic reste toujours indécise; il est moins difficile aujourd'hui de dire ce que n'est pas que ce qu'est cette lésion.

Je croyais en avoir fini avec cette tumeur non virulente des bourses, et je regardais le malade comme guéri depuis le mois de janvier, lorsque, le 21 mars (14e mois de son affection), il vint de nouveau me consulter. Voici ce qui était arrivé. La production morbide, réduite à ce qu'on a vu plus haut, n'avait pas tardé à augmenter peu à peu de volume, si bien qu'elle avait triplé en deux mois et demi. Elle présentait toujours à peu près la même forme oblongue d'avant en arrière, avec des bosselures à sa surface et des bords irréguliers. Mais, au lieu d'être isolée dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme autrefois, elle avait, au moyen d'un prolongement, contracté des adhérences avec l'épididyme du côté gauche. Ce prolongement était plein et ne paraissait point canaliculé comme un trajet fistuleux. Aucune lésion, du reste, appréciable dans l'épididyme et le testicule gauches. A droite, ces deux organes étaient libres et sains.

La tumeur faisait corps avec la peau des bourses; elle était toujours dure et labourée de sillons, de crevasses, creusée de trous qui étaient secs et ne jetaient aucun liquide pour le moment; mais ils avaient suppuré pendant quelques jours. Située sur la ligne médiane, elle mesurait 8 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Elle était indolente et semblait constituée par une hyperplasie du tissu conjonctif et une hypertrophie considérable de la peau des bourses. Aucune adénopathie. Santé générale du malade excellente. Aucune lésion concomitante plus caractéristique, pour nous éclairer sur la nature de celle-ci. Comment ne pas rester dans le doute? Je prescrivis de nouveau du sirop de biodure ioduré.

DU TRAITEMENT DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES

PAR L'EMPLOI DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE.

par M. le Dr Philippe (de Saint-Mandé).

I

La réduction des hernies est une des opérations les plus difficiles de la chirurgie. Le taxis exige beaucoup d'habileté et de délicatesse. Bien qu'il soit soumis matériellement à des règles assez précises, on a à lutter, pour le pratiquer, contre des organes enflammés qui sont le siége d'accidents spasmodiques produits par la constriction des anneaux. Ces accidents s'exaspèrent à la suite de manœuvres trop prolongées qui viennent apporter des obstacles de plus en plus insurmontables à la rentrée des viscères, si l'on persiste inconsidérément dans les efforts de réduction.

Eu égard à cet état d'éréthisme des organes herniés, la première indication à remplir, pour se rendre maître de cette suractivité vitale, est l'administration des antiphlogistiques, des antispasmodiques, des anesthésiques, dont l'action s'opère directement ou indirectement.

La plupart des moyens médicamenteux, mis en usage, ont l'inconvénient d'agir lentement ou d'une manière insuffisante. Il faut cependant excepter le chloroforme qui n'est pas sans danger, auquel même certains sujets sont réfractaires, et qui présente une période d'excitation qu'il est assez souvent difficile de franchir.

Pour obvier à cet inconvénient, nous avons eu recours à un moyen dont l'action est instantanée, et qui a pour effet de combattre le spasme des tissus musculaires et fibreux, et de faire disparaître l'élément-douleur en sa qualité de modérateur reflexe du système nerveux.

Cet agent est le chlorhydrate de morphine administré en injection sous-cutanée.

Nous relatons, dans ce travail, trois observations de hernies inguinales, irréductibles, réduites facilement par ce procédé.

Les premières opérations datent du 11 juillet 1876.

Obs. I. — *Hernie inguinale du côté gauche.* — Le nommé L..., âgé de quinze ans, garçon boucher à Saint-Mandé, est atteint de hernie inguinale du côté gauche depuis un an.

Le 11 juillet 1876, le malade ayant fait des efforts pour porter des seaux remplis d'eau, voit sa hernie reparaître; il avait négligé d'appliquer son bandage ce jour-là.

Nous sommes appelé une heure après l'accident. La tumeur a la grosseur d'une pomme: elle est rouge, tendue, très-sensible au toucher, occupant le scrotum et contenant les intestins.

Le malade se plaint de vives coliques; il y a de la prostration; le pouls est vif et plein.

Nous faisons des tentatives de taxis pendant vingt minutes environ sans rien obtenir. Nous administrons immédiatement une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au 40e (0 gr. 50 de ce sel pour 20 gr. 0 d'eau de laurier-cerise), la seringue contenant 10 gouttes de la solution, à la région interne et supérieure de la cuisse correspondante au côté hernié.

Au bout de quelques minutes, les douleurs abdominales sont calmées, ainsi que la sensibilité de la tumeur; celle-ci est moins dure; l'affaissement général est modifié.

Nous renouvelons inutilement les efforts de réduction pendant dix minutes.

Nous pratiquons une seconde injection à la même dose (10 gouttes) au voisinage de la première.

La hernie s'affaisse et perd presque totalement sa sensibilité; les coliques ont disparu; l'état général est très-satisfaisant.

Après quelques minutes de taxis, les organes herniés rentrent dans l'abdomen avec la plus grande facilité.

Le malade jouit du plus grand calme et se livre au sommeil pendant plusieurs heures après l'opération.

Nous l'avons vu récemment, il n'a plus éprouvé aucun accident.

Obs. II. — *Hernie inguinale droite accompagnée de signes d'étranglement.* — Le sieur F..., serrurier à Saint-Mandé, âgé de dix-neuf ans, est affecté d'une hernie inguinale du côté droit depuis sept ans. Jusque-là il avait toujours pu la réduire facilement.

Le 30 août 1876, vers dix heures du matin, ayant fait effort pour prendre quelque chose sur un lieu élevé il vit reparaître sa hernie.

Nous nous rendîmes auprès du malade à midi et demie, deux heures et demie après l'accident.

Nous trouvons une tumeur volumineuse, sensible au contact; les douleurs abdominales sont violentes, il y a pâleur de la face, petitesse du pouls qui est serré (100), angoisse, prostration générale;

le malade avait vomi plusieurs fois dans la matinée : c'était un oschéocèle.

Nous pratiquons le taxis pendant vingt minutes, au prix de vives douleurs et sans aucun résultat. Injection sous-cutanée de 8 gouttes de chlorhydrate de morphine (1 centigr.) à la région supéro-interne de la cuisse.

Nous cherchons à réduire la hernie sans succès pendant dix minutes. Deuxième injection de 8 gouttes.

Après quelques légères tentatives de réduction une partie de la tumeur rentre; elle présente beaucoup moins de sensibilité; les coliques sont apaisées; il y a tendance au sommeil.

Troisième injection de 6 gouttes; on essaie le taxis pendant dix minutes; de nouvelles portions d'intestin sont réduites; apaisement de l'éréthisme général; le pouls se relève; le malade s'assoupit.

Quatrième injection de 6 gouttes; réduction facile de la hernie; 28 gouttes (3 centigrammes et demi) ont été nécessaires pour arriver à un résultat définitif.

Le malade put dormir plusieurs heures après les opérations.

Le 31 août, le lendemain du premier accident, nous sommes appelé de nouveau auprès du malade, à huit heures et demie du matin. Nous apprenons que son bandage étant détérioré et ne pouvant contenir la hernie, celle-ci s'était reproduite la veille au soir à neuf heures, sans aucune souffrance d'ailleurs; il avait eu trois vomissements de matière bilieuse depuis la récidive.

La tumeur est encore volumineuse, mais moins que la veille, presque insensible; plus de colique, plus d'accidents généraux.

Nous faisons le taxis infructueusement pendant quinze minutes environ.

Injection de 10 gouttes sans rien obtenir dix minutes après les tentatives de réduction.

Deuxième injection de 10 gouttes aux environs de l'anneau inguinal; rentrée de quelques parcelles d'intestin.

Troisième injection de 8 gouttes à la partie interne et supérieure de la cuisse; diminution notable du volume de la hernie par cette dernière opération.

A la suite de deux autres injections de 6 gouttes chacune, il ne reste plus qu'une petite tumeur diminuée des trois-quarts qui reste toutefois dure et irréductible. N'ayant plus de solution de morphine à notre disposition, nous fûmes obligé de suspendre nos opérations, sans aucun inconvénient d'ailleurs, vu le peu d'importance de la hernie et le calme du malade qui se disposait à dormir.

Nous prescrivons un grand bain et les applications froides sur l'abdomen.

Nous revenons à trois heures et demie de l'après-midi, nous trouvons la hernie très-peu augmentée, dépourvue de sensibilité (le malade a dormi plusieurs heures); plus de coliques, pouls très-bon; il dit avoir vomi une fois dans la matinée; en sortant de son bain il rend sa tisane en notre présence.

Nous pratiquons le taxis pendant vingt minutes environ sans succès.

Une injection de morphine de 10 gouttes fait rentrer immédiatement une portion de l'intestin, 10 autres gouttes font obtenir une réduction complète Les opérations étaient terminées à trois heures quarante minutes. Le malade s'assoupit, nous lui appliquons un bandage défectueux que nous disposons le mieux possible et qu'il a gardé utilement jusqu'à ce qu'il ait pu se procurer un brayer convenable.

Nous revoyons souvent ce jeune homme qui continue son état de serrurier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la saignée dans l'épilepsie. — M. Lépine communique l'observation d'un malade de son service, à l'hôpital Temporaire. Il s'agit d'un boucher, très-robuste, très-pléthorique, qui est atteint d'épilepsie. Les traitements employés jusqu'ici, le bromure de potassium, d'abord seul, puis employé concurremment avec la digitale, est resté sans résultat. Le nombre des globules sanguins était de 6,500,000. M. Lépine fit pratiquer à ce malade plusieurs saignées de suite de 4 à 500 grammes; il le soumit à un régime exclusivement composé de farineux, de lait, et fit exclure complétement les viandes. Sous l'influence de ce régime, des saignées répétées et du bromure de potassium, qui fut continué, cet homme qui avait toujours plusieurs attaques dans la même journée, n'en a pas eu une seule depuis vingt-cinq jours. Le nombre des globules est tombé à 4,500,000, puis est remonté et est resté à 5,000,000. En communiquant ce fait, M. Lépine n'a pas la prétention de guérir l'épilepsie à l'aide des saignées; il a voulu simplement montrer les avantages de cette médication dans les cas où l'on a affaire à des épileptiques pléthoriques.

M. Dumontpallier fait observer qu'il est difficile de savoir au juste la part qui, dans ce cas, revient au régime des farineux, au bromure de potassium et aux saignées, l'action de ces moyens n'ayant pas été isolée.

M. Malassez dit qu'on n'est pas pléthorique par cela seul que le sang est riche en globules. Cet homme avait pris de la digitale; or, sous l'influence des diurétiques, il se fait une sorte de concentration du sang et, par suite, une augmentation proportionnelle du nombre des globules. On peut donc se demander si la diminution du nombre des globules que M. Lépine a constatée chez son malade n'est pas due à la cessation de la digitale.

M. Lépine répond que la digitale n'a pas agi chez lui comme diurétique. Il a dit que son malade était pléthorique, parce que son sang était très-riche en globules, le système vasculaire étant normal.

Traitement des accès de fièvre paludéenne par les bains. — M. Lépine fait une communication sur ce sujet. Tous les auteurs disent que les bains administrés pendant le stade de froid dans l'intervalle des accès de fièvre paludéenne sont inutiles ou même dangereux. M. Lépine, en se plaçant sur le terrain physiologique, ne pouvait admettre qu'il en fût ainsi. Partant de cette idée, il soumit à ce traitement trois malades, auxquels il fit uniquement administrer des bains de vapeur, sans leur donner du sulfate de quinine. Ces bains étaient donnés une heure au moins avant l'apparition des premiers phénomènes de l'accès. Ces trois malades ont été très-rapidement guéris.

Magnétisme animal. — M. Rabuteau, à l'aide de l'appareil de Faraday, qui se trouve à l'école de pharmacie et qui a été très-obligeamment mis à sa disposition par M. Bourbouze, a fait une série d'expériences qui lui ont permis de confirmer ce que d'autres avaient vu, à savoir que le sang, que le lait, etc., étaient des corps diamagnétiques. Mais il a eu l'idée, en outre, de suspendre entre les deux parties de l'appareil une grenouille. Si l'animal est suspendu de façon à se trouver en rapport avec l'appareil par une partie présentant plus de largeur que d'épaisseur, au niveau des pattes, par exemple, elle semble se placer axialement à l'appareil comme les corps diamagnétiques, et paraît, en outre, agitée de quelques mouvements anormaux.

M. Pouchet a pratiqué la même expérience que M. Rabuteau, et n'a obtenu que des résultats négatifs.

De l'acide du suc gastrique. — M. Laborde pratique devant la Société l'expérience suivante :

Quelques gouttes d'une solution d'acide chlorhydrique au 2/1000 sont versées dans une solution violette d'aniline; aussitôt cette dernière devient vert bleuâtre. Une solution d'acide lactique au 2/1000 ne produit aucune modification. Quelques gouttes de suc gastrique restent également sans effet sur la solution d'aniline.

M. Berthellot dit que la question du suc gastrique est plus complexe qu'on le croit et doit être étudiée autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici. C'est ce que fait, en ce moment, dans son laboratoire, M. Richet fils, dont il ne se croit pas autorisé à publier les expérience. Mais il peut dire, dès à présent, que ces expériences feront faire un grand pas à cette difficile question.

Toutefois, pour montrer combien elle est complexe, M. Berthellot, ajoutant une goutte d'acide chlorhydrique à du suc gastrique, montre qu'il ne se fait aucun virement dans la solution d'aniline.

M. RABUTEAU allait présenter les mêmes objections à M. Laborde. Il a fait des expériences avec différents acides, l'acide lactique, l'acide butyrique, etc., et met au défi, si on se basait uniquement sur ces expériences, qui que ce soit de lui démontrer que ces acides n'entrent pas dans le suc gastrique.

Synéchie interne de la membrane du tympan. — M. GELLÉ présente une pièce pathologique. Il s'agit d'une synéchie interne de la membrane du tympan. Cette altération est connue en clinique otologique, mais les autopsies sont relativement rares. L'aspect extérieur de la cloison est presque caractéristique : la voussure est énorme, le manche peu visible, la cloison opaque plissée, enfoncée, un seul point circulaire, en avant du manche, semble relativement sain, clair, mince et transparent. La cloison est immobile même à la pression; en dehors et en arrière du manche (segment mastoïdien de la cloison tympanique), la sensation de résistance solide est complète. En dedans, la caisse étant ouverte par sa paroi crânienne, on aperçoit la cavité libre en avant du manche du marteau; derrière lui, il n'y a plus de cavité : membranes et osselets sont confondus en une masse couverte de brides de tissu fibreux qui unit intimement ces parties entre elles et à la paroi labyrinthique interne.

L'étrier n'a plus d'articulation avec l'enclume : il a pénétré profondément dans le vestibule et ne fait pas saillie dans la caisse ni dans la fosse ovale.

L'oreille interne est normale; le tissu nerveux n'a pu être examiné en temps utile. Les os ont subi l'effet d'une ostéite condensante; ils sont partout éburnés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1877. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des dégrés d'anémie. — M. HAYEM lit un travail sur ce sujet : « En résumé, dit-il en terminant, l'anémie ou aglobulie est caractérisée par des altérations quantitatives et qualitatives des globules rouges d'où résulte, dans tous les cas où la lésion acquiert une certaine intensité, un défaut de proportionnalité entre le chiffre réel des globules et la quantité d'hémoglobine exprimée en globules sains.

Ce défaut de rapport est presque toujours plus prononcé dans les anémies moyennes que dans les anémies intenses et extrêmes parce qu'en général les dimensions des globules altérés sont en raison inverse de leur nombre.

En tenant compte, à la fois, du nombre et des altérations des globules, il y a lieu d'admettre 4 degrés d'aglobulie.

1° *L'aglobulie légère* caractérisée par des altérations globulaires, nulles ou faibles — une richesse globulaire (R) exprimée en globules sains variant de 4,000,000 à 3,000,000 environ — une valeur individuelle de globules variant de 1 à 0,70 (1 exprimant la moyenne physiologique.)

2° *L'aglobulie de moyenne intensité* caractérisée par des altérations globulaires prononcées avec diminution des dimensions des globules — une richesse (R) pouvant varier de 3,000,000 à 2,000,000 environ — un nombre relativement élevé de globules de 5,500,000 à 3,000,000 — une valeur individuelle des globules oscillant entre 0,30 et 0,80.

3° *L'aglobulie intense* ayant également pour caractères des globules altérés, mais de dimensions très-inégales dont la moyenne se rapproche de la normale, à cause de la forte proportion des grands éléments — une richesse (R) variant de 2,000,000 à 800,000 — un nombre peu élevé de globules, de 2,800,000 à 1,000,000 environ — une valeur individuelle de globules variant de 0,40 à 1.

4° *L'aglobulie extrême* caractérisée comme la précédente par des globules altérés de dimensions très-inégales, mais dont la moyenne se rapproche de la normale et peut même la dépasser — une richesse (R) variant de 800,000 à 450,000, un nombre extrêmement faible de globules, inférieur quelquefois à celui qui exprime la richesse globulaire — une valeur individuelle de globules se rapprochant de la valeur normale ou la dépassant.

C'est l'anémie poussée à ses dernières limites et non une variété d'aglobulie ayant des caractères anatomiques particuliers.

De l'efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral et dans le délire alcoolique aigu fébrile. — M. FÉRÉOL communique l'observation suivante : Le 24 juillet 1876, il fut appelé dans le service de M. Labbé, alors remplacé par M. d'Heilly, qui lui-même était absent en ce moment, auprès d'une femme de vingt-sept ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu depuis douze jours et chez laquelle des accidents cérébraux graves s'étaient déclarés quelques heures après une diminution très-marquée des fluxions articulaires. Cette femme était agonisante, d'une pâleur cadavérique, les lèvres violettes, les ongles bleus, dans une résolution complète et absolument insensible à toute excitation, respiration stertoreuse pouls imperceptible, température vaginale 41,8, extrémités froides. C'était, en un mot, une mourante dont les instants ne se comptaient plus que par minutes. Il n'y avait donc rien à perdre en risquant les bains froids. A dix heures quarante-cinq la malade, complétement inanimée, fut placée dans un bain à 23° et y resta trente-cinq minutes, pendant lesquelles on promena de la glace sur la poitrine et on flagella les bras, les mains et les jambes pour y ramener la circulation. Le malade restait absolument insensible à toutes ces manœuvres, et il fallait soutenir sa tête au-dessus de l'eau. Cependant la vie persistait, la respiration était moins stertoreuse, il n'y avait plus d'écume aux lèvres, la peau avait un peu rougi; après trente-cinq minutes, la malade fut replacée dans son lit, la température vaginale était tombée à 39,7. Bientôt apparut une nouvelle phase caractérisée par quelques tremblements fibrillaires des muscles de la face, de la raideur tétanique des membres, de l'opisthotonos, une salive mousseuse reparut aux lèvres et la malade se mit à pousser de petits gémissements très-faibles; cette phase convulsive alla en augmentant; la vie revenait, mais avec elle se manifestaient des phénomènes d'excitation bulbo spinale qui tenaient à la fois du tétanos, de la chorée, de l'épilepsie. A une heure fut donné un second bain de douze minutes; les convulsions diminuèrent pendant le bain, mais reprirent avec plus de violence après; on la replaça aussitôt dans le bain : quatre hommes suffisaient à peine pour la contenir; on la maintint pendant une heure pour l'empêcher de tomber au fond de l'eau. Au sortir de ce bain, la face était cyanosée, la respiration haletante, la température vaginale était tombée à 36,9. A partir de ce moment, le danger de mort immédiate paraissait écarté. La nuit se passa dans une agitation convulsive, avec quelques moments de répit, on donna encore quatre bains (deux de trente minutes, un de vingt et le dernier de seize), puis on les supprima, ce qui porte à sept le nombre des bains donnés en dix-huit heures.

Le lendemain matin, M. Féréol trouva une amélioration réelle; la malade parlait, répondait juste et sans délire. On avait ajouté au traitement 6 grammes de bromure de potassium. Dans la journée du 25, les douleurs rhumatismales reparurent aux articulations, avec un peu de fièvre (température 38,1), le surlendemain toute douleur avait disparu. Cependant l'amélioration se maintenait, il était évident que la malade allait guérir.

La convalescence fut fort longue et l'agitation choréiforme persista. La parole était lente, scandée, le 30 juillet, il y eut un retour très-accentué des douleurs rhumatismales qui se généralisèrent les jours suivants. Cette fluxion articulaire dura une huitaine de jours. Les mouvements choréiformes augmentèrent pendant cette crise et persistèrent jusqu'à la sortie de la malade qui eut lieu le 2 septembre. A ce moment la marche était encore impossible; il y avait une incoordination motrice très-avancée et tous les mouvements étaient irréguliers, exagérés, choréiques. Cet état a persisté fort longtemps et persiste peut être encore aujourd'hui. La santé générale est excel-

lente. Le cœur garde les traces d'une endocardite qu'on avait constatée au moment de l'entrée à l'hôpital.

Assurément, ajoute M. Féréol après la relation de ce fait, l'utilité du bain froid dans le rhumatisme cérébral est à peu près universellement admise, mais ce succès est bien fait pour dissiper tous les doutes s'il en existait encore. Jamais M. Féréol n'a vu malade si près de la mort y échapper. Par malheur, la guérison n'a pas été complète; la persistance de cette singulière chorée fait craindre qu'il y ait dans l'axe cérébro-spinal quelques lésions inflammatoires persistantes, du genre des scléroses. Cependant le sujet est jeune et on peut espérer que les traces de l'inflammation se résorberont, au moins en grande partie. C'est déjà quelque chose d'avoir la vie sauve et sous ce rapport le succès est aussi incontestable qu'inespéré.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi. M. Féréol rapporte en effet l'observation d'un étudiant en médecine qui lui avait été adressé par M. Desnos et qui était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu; les douleurs articulaires venaient de disparaître, la fièvre avait augmenté, il y avait de l'agitation du délire, avec idées sinistres, terreur de la mort, etc. A l'entrée du malade à la maison de santé, les douleurs articulaires avaient reparu; le pouls était à 120°, la température axillaire de 41°; aucun délire, aucune agitation, seulement l'idée fixe d'une mort prochaine; à six heures et demie, épitaxis abondante; à sept heures le malade paraissait très-bien; à sept heures et demie, M. Colson, l'interne du service, est appelé et le trouve râlant dans le coma; sans traces de convulsions : immédiatement on le plonge dans un bain à 22° où il reste trois quarts d'heures; au sortir du bain la respiration est meilleure, la température de 40°; à onze heures, deuxième bain, après lequel la température tombe à 38°,2. Le coma persiste. A cinq heures du matin, la température est remontée à 41°,6, pas de convulsions, le coma persiste; troisième bain à la température de 18°, le malade y reste une demi heure; après la température est de 36,4. Le coma persiste et le malade meurt à huit heures du matin; deux heures après la température rectale était de 41°. Ici les bains froids ont échoué. Peut-être ont-ils été donnés un peu trop tard. Cependant on comprend que devant le retour de la fluxion articulaire, l'interne ait hésité.

A l'occasion de ce fait, M. Féréol appelle l'attention sur l'importance de ce signe, dans le rhumatisme articulaire aigu, cette terreur et cette idée fixe de la mort. Toutes les fois qu'avec des symptômes graves et une température élevée, M. Féréol voit cette idée fixe de la mort, il est disposé à redouter les complications cérébrales. Il ajoute que la céphalalgie fait souvent défaut, au début, et est remplacée par une angoisse épigastrique avec dyspnée particulière. La persistance des douleurs articulaires n'est pas non plus une preuve que le danger soit moindre du côté du cerveau. Pour toutes ces raisons, il pense qu'en présence de la température de 41°, il eût été bon chez ce malade, de commencer les bains froids dès son entrée, malgré la persistance des douleurs.

M. Féréol a encore eu un insuccès, cette année même, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Syredey, pour un cas de rhumatisme cérébral. Le malade était à l'agonie, il faillit succomber dans la baignoire et ce ne fut que grâce à des flagellations énergiques qu'il put être replacé vivant dans son lit. Il ne mourut que quelques heures plus tard.

Il est bien évident que les bains froids ne sont pas un moyen infaillible, mais on est trop heureux dans une affection aussi redoutable que le rhumatisme cérébral, d'avoir à sa disposition un moyen capable d'arracher quelques victimes à la mort. Après les observations de Fox et de MM. Raynaud, Blachez et Féréol, il semble que cette affirmation n'a rien que de très-légitime.

Avant de terminer, M. Féréol appelle l'attention sur un succès qu'il a obtenu l'année dernière, toujours par le même moyen, dans un cas fort grave de délire alcoolique aigu fébrile.

Un jeune homme de vingt-six ans, ayant eu déjà un accès de *delirium tremens*, entre à l'hôpital le 14 août 1876 dans un état d'excitation délirante qui nécessite la camisole de force. La température est élevée, le pouls fréquent. Dans la journée du lendemain, M. Féréol prescrit trois bains froids et 10 grammes de bromure de potassium. Dès le second bain, le malade commence à se calmer; il dort jusqu'au lendemain huit heures du matin. A ce moment, l'agitation semble devoir se montrer de nouveau; on lui donne le reste de la potion au bromure de potassium, le calme revient et le malade sort complétement guéri une huitaine de jours après.

Certes, dans ce cas, le bromure de potassium a eu sa part d'action, mais seul il n'eût pas suffi à calmer un accès de délire aussi intense, et il est bien évident que, dans ce cas, l'eau froide a eu une action sédative remarquable. Ces moyens, l'eau froide et le bromure de potassium, paraissent à M. Féréol très-supérieurs, dans ces cas, à l'opium et à la digitale à hautes doses, qui lui ont donné des insuccès dans des cas bien moins graves que celui qu'il vient de relater.

DISCUSSION

M. VALLIN cite une observation de délire intense, survenu dans le cours d'une affection rhumatismale, ayant résisté à l'emploi du bromure de potassium, de la digitale et qui a été complétement calmé par l'emploi de bains à 25 degrés. Cette observation confirme de tous points celles de M. Féréol.

M. LABBÉ cite également deux cas de délire dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu guéris par les bains froids.

M. VIDAL, à l'occasion des réflexions qu'a présentées M. Féréol, fait observer qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à la disparition de la fluxion au niveau des jointures. On voit souvent la douleur cesser alors que persistent la fluxion et la rougeur. Quand au signe pronostique tiré de l'état mental du malade, M. Vidal partage entièrement l'opinion exprimée par M. Féréol. Enfin, au point de vue de l'efficacité de tel ou tel traitement, M. Vidal fait remarquer que tout malade qui, dans ces conditions, a passé quarante-huit heures peut être regardé comme guéri. Il est donc probable que dans un certain nombre de cas on a mis sur le compte du traitement ce qu'il fallait simplement attribuer à ce fait qui est aussi vrai pour le tétanos et plusieurs autres affections que pour le rhumatisme cérébral.

PRÉSENTATIONS

Myocardite, dégénérescence graisseuse du cœur.—M. BLACHEZ présente les pièces anatomiques d'une femme de soixante-seize ans qui a succombé après avoir présenté les phénomènes de l'asystolie la plus prononcée; absence presque complète de pouls, anasarque généralisée, etc. Cette femme, après avoir été momentanément relevée par l'alcool et le café, est morte le lendemain de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouve de l'athérome artériel, pas de lésion valvulaire, le cœur hypertrophié. Toute la partie inférieure du ventricule gauche est dans un état de détritus complet; toute la face interne du ventricule est dans un état de ramollissement graisseux. On y trouve une cavité en communication avec l'une des artères cardiaques, cavité que les anciens auteurs décrivaient sous le nom d'anévrysme du cœur. Cette femme aurait pu succomber à une véritable rupture du cœur.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une myocardite avec dégénérescence graisseuse du cœur, resultant d'un défaut de circulation du cœur, dû lui-même à un état athéromateux des artères cardiaques.

Production polypiforme du cœur. — M. MILLARD présente les pièces d'une femme qui a succombé, dans son service, à une affection organique du cœur. Depuis l'âge de quinze ans cette personne, aujourd'hui âgée de trente ans, avait de fortes et fréquentes palpitations. Jamais de rhumatisme, ni de fièvre éruptive; il y a cinq ans, hémoptysie au troisième mois d'une grossesse qui s'est heureusement terminée; depuis un certain temps, pâleur, amaigrissement, toux et dyspnée. L'examen de la poitrine révèle un peu d'emphysème, de la bronchite et même un peu de congestion à la base du poumon. Celui du cœur dénote une augmentation en hauteur de la matité cardiaque, un bruit de souffle râpeux, au premier temps, ayant son maximum d'intensité au niveau du cul-de-sac supérieur du péricarde et se propageant vers l'aorte. Pendant trois semaines, pas la moindre amélioration, la fièvre continue, la toux et la dyspnée persistent, l'état de faiblesse augmente et la malade succombe avec des symptômes d'anémie cérébrale.

L'autopsie montre que le péricarde est chagriné et rugueux; on

trouve des dépôts fibrineux récents au niveau de la réflexion sur les gros vaisseaux de la base du cœur. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est très-rétréci; on trouve enfin une production polypiforme du volume d'une petite amande, sessile, adhérent en un point de la face auriculaire de la valve mîtrale gauche, formant soupape sur l'orifice auriculo-ventriculaire et l'oblitérant en grande partie.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique :

1° Le professeur de botanique dirige le jardin de la faculté. Il y fait exécuter les travaux nécessaires au classement et à l'instruction de l'école de botanique, à la culture des réserves, telles que bâches, châssis, couches, pépinières, et terres, au chauffage de ces dernières pendant le jour et la nuit et à la conservation des collections des plantes vivantes qui appartiennent à la faculté.

2° Il détermine le nombre d'ouvriers auxiliaires qui doivent être loués pour aider le jardinier dans la culture et l'entretien du jardin, des serres, etc.

3° Le jardin botanique est ouvert du 15 mars au 1er novembre, tous les jours, sauf les dimanches et jours de fête, de six heures du matin à six heures du soir.

4° Le directeur, sous l'autorité du doyen de la faculté, a la police du jardin et veille à la conservation des plantes, au maintien du bon ordre, etc. Il veille aussi à ce que le jardin soit ouvert aux heures réglementaires.

Il règle, sous l'autorité du doyen de la faculté, l'emploi des fonds alloués pour l'entretien du jardin, l'acquisition des plantes, outils et autres objets nécessaires à la culture.

5° Le laboratoire de botanique est ouvert tous les jours et à toute heure aux élèves de la Faculté admis par le doyen, sur la désignation du professeur, pour se livrer aux travaux et aux recherches botaniques.

6° Le directeur, sous l'autorité du doyen, a la police du laboratoire et veille à la conservation des livres, instruments, collections, maintien du bon ordre, etc.

7° Tous les jours dans l'après-midi, pendant la belle saison et notamment à l'époque où se fait à la Faculté le cours de botanique, les élèves de première année et ceux qui veulent préparer leur troisième examen de doctorat sont, par séries de vingt, exercés aux travaux pratiques de botanique, analyses, anatomie et physiologie végétales ou à tout autre genre de recherches qu'ils désirent poursuivre.

8° Ces travaux sont dirigés par le professeur, sauf aux heures où il est retenu pour le service des examens. En son absence, il est suppléé par l'aide ou préparateur attaché au laboratoire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Spillmann est nommmé second chef de clinique à l'hôpital Saint-Charles (Emploi nouveau).

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour trois places de médecins du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Legroux, Rendu et Gouraud.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Baizeau, membre du conseil de santé des armées. — Hergott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Le docteur Lecomte (de Boulogne-sur-Seine):

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Danner, professeur à l'école de médecine de Tours. — De Saint-Pierre, agrégé de la faculté de médecine de Montpellier.

— Par arrêté du 4 juin, un concours sera ouvert, le 20 novembre, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen pour un emploi de chef des travaux anatomiques à ladite école.

— Par arrêté en date du 4 juin, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Erratum.* — Dans l'article sur la valeur des injections sous-cutanées de sang par M. le docteur Paul Cazeneuve, p. 467, 2e col., 14e ligne, au lieu de : (ictère hématique traumatique Antonin *Proust*, 1875), lire : Antonin *Poncet.*

Traité d'hygiène publique et privée, par A. PROUST, lauréat de l'Institut, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière. — 1 vol. grand in-8 de 840 pages avec 3 cartes coloriées et figures intercalées dans le texte. Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

La santé de l'enfant. Guide pratique de la mère de famille, par le docteur GODLESKI. — 1 vol. in-12 de 215 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que sortira-t-il de la discussion qui se poursuit avec tant d'éclat à l'Académie de médecine, et dont M. Guéneau de Mussy avait fourni l'occasion?

Il est aisé de le prévoir, d'après le nouveau discours par lequel le savant académicien vient d'entreprendre de répondre aux critiques de M. Chauffard.

Ce ne sera point la consécration définitive d'une théorie étiologique, soit pour la fièvre typhoïde en particulier, soit pour l'ensemble des maladies dites spécifiques et contagieuses. M. Guéneau de Mussy, comme M. Chauffard, reconnaît qu'en l'état actuel de la science, il vaut mieux s'enfermer dans le doute philosophique, s'en tenant à des espérances pour l'avenir, que de transformer en affirmations et en identifications des probabilités et des analogies.

Mais pour l'avancement des sciences, ce n'est pas rien que de faire mieux connaître, mieux apprécier les raisons de douter, éloignant ainsi les esprits de ces hypothèses faciles, de ces constructions doctrinales, toutes d'une venue, qu'on voit apparaître tout à coup à l'horizon, comme un mirage.

A ce point de vue, on peut l'affirmer, la discussion actuelle aura été féconde.

Ce qu'il y avait surtout de vraiment remarquable dans les beaux discours de M. Chauffard, c'en étaient les côtés critiques : et c'est également par la critique que M. Guéneau de Mussy s'est distingué dans sa réponse. L'un et l'autre, ils excellent à montrer les côtés faibles des théories de leurs adversaires : et l'un et l'autre, ils sont prudents, pleins de réserve, dans l'exposé de leurs idées propres.

On sent qu'ils marchent sur un terrain où rien n'est encore bien solide.

En effet, quel est le problème plus difficile que ceux-là? Savoir comment une de ces maladies que l'on a nommées épidémiques peut, un beau jour, faire son apparition dans une localité, s'y multiplier, s'y répandre, en envahissant de proche en proche, pour en disparaître, alors qu'il reste un grand nombre d'individus susceptibles d'en être atteints? Savoir à quoi est attaché le principe de la maladie, ce principe qui jusqu'ici paraît rester impalpable, invisible? Savoir quelle est sa nature intime, s'il existe un germe proprement dit, un quelque chose qui peut vivre et se multiplier par soi, peut-être seulement dans l'organisme d'un être vivant, peut-être également en dehors de l'organisme; ou si, au contraire, c'est, non point un corps, une matière ayant pris forme, mais une force, s'incorporant dans la matière, comme tant d'autres forces, inconnues aux anciens, étudiées aujourd'hui, l'électricité par exemple? Il n'y a pas encore un siècle qu'en physique, on a découvert et démontré ces forces latentes, ces puissances incorporelles, impondérables et indéniables. On a appris à les mettre en jeu, à les mesurer, à les diriger dans certains cas déterminés; et chaque jour on fait de nouvelles découvertes sur leurs modes de production, de manifestation, et leurs transformations. C'est là tout un nouveau domaine de la science, dont nos ancêtres n'avaient pas la moindre idée. Par là s'expliquent bien des choses qui, pour eux, restaient un mystère. Qui nous dit qu'un jour nos descendants n'auront pas acquis la possession de nouveaux domaines scientifiques, actuellement inexplorés, et où ils trouveront l'interprétation de ce qui maintenant nous surprend et nous arrête en médecine?

En attendant, étudions les faits en eux-mêmes, sans nous lancer dans des théories prématurées.

Si le principe de chaque maladie épidémique est bien dans un germe spécial, dans un petit corps organisé, il faut d'abord avoir vu ce germe, en avoir décrit les caractères, pour être sorti de l'hypothèse.

Si c'est une force impondérable, il faut avoir surpris les lois qui président à cette force, pour avoir le droit de rien affirmer.

Jusque-là on est dans le vague, dans le champ sans limite des possibilités; et tout dogmatisme serait déplacé, car la science est encore à faire.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire. M. Jules Rochard, présenté en première ligne, a été nommé à une grande majorité.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire.

Aujourd'hui, je vais vous parler d'un point de la syphilis héréditaire assez circonscrit, mais qui me paraît avoir une grande importance : je veux dire l'avortement. Ordinairement, on a l'habitude de ne traiter cette question qu'au chapitre de

l'étiologie; néanmoins je crois que sa place légitime est celle que je lui donne ici, au début de la description des phénomènes généraux de la syphilis, dont l'avortement est un des premiers effets, une des premières manifestations apparentes.

La syphilis, lorsqu'elle s'est développée chez une femme, influe d'une manière générale sur ses fonctions génératrices et sur ses fonctions utéro-ovariennes, non-seulement pendant la grossesse, mais encore bien antérieurement à celle-ci et alors que la femme n'est pas gravide.

M. Fournier, dont vous lirez le livre avec fruit, s'est occupé de l'action exercée par l'intoxication syphilitique sur les menstrues, et il a vu que dans un grand nombre de cas, elles étaient plus ou moins troublées. Dans les cas légers, cette influence est nulle ou à peine sensible; mais dans les cas graves, il a noté le retour irrégulier des règles, quelquefois même une véritable suppression du flux menstruel.

On a cherché à déterminer comment agirait la syphilis pour produire ce résultat. Selon M. Fournier, ce serait en affectant l'individu d'une manière générale, comme ferait un cancer par exemple, une tuberculisation généralisée, en un mot toute cause débilitante, quelle qu'elle soit. Quant à moi, je pense que c'est un peu forcer ce mode de procéder de la nature et j'ai lieu de croire que la spécificité de la cause n'est pas étrangère à cette question de la syphilis sur l'économie. Quoi qu'il en soit nous sommes à cet égard dans une ignorance complète et nous ne pouvons émettre sur ce point que de simples présomptions.

A côté de ces troubles menstruels il faut dire quelques mots de la stérilité, car une suppression complète des règles conduit naturellement à cette conséquence.

Il y a longtemps que l'influence de la syphilis sur la faculté de concevoir a été constatée pour la première fois. M. Fournier, il est vrai, ne lui attribue sur ce point qu'une importance médiocre, et pour émettre cette opinion, il semble s'appuyer sur ce fait qu'il a vu dans son service, à l'hôpital de Lourcine, un grand nombre de femmes enceintes affectées de syphilis. Mais je crois que véritablement l'intoxication syphilitique, lorsquelle exerce assez d'influence pour apporter dans l'exercice des fonctions menstruelles des perturbations qui peuvent aller jusqu'à la suppression complète des règles, peut égalementdans certaines circonstances, empêcher la fécondation.

Ceci dit de l'action de la syphilis sur ce qui prépare la conception, voyons maintenant ce que devient celle-ci une fois établie. Cela nous conduit à parler des avortements proprement dits et des accouchements prématurés.

Il est incontestable, et Rosen de Rosensthal en fait déjà mention, que la syphilis constituée est une cause fréquente de ces accidents : tous les médecins le reconnaissent. Il y a bien, il est vrai, à côté de cette unanimité, quelques voix discordantes qui mettent l'accouchement prématuré et l'avortement sur le compte du traitement, plutôt que du virus syphilitique luimême, mais nous laisserons de côté ces opinions qui aujourd'hui n'ont plus aucune espèce de valeur, et nous considérerons le poison dont la mère est infectée, comme la seule cause de ces terminaisons fâcheuses de la grossesse.

M. Fournier a recherché dans quelle proportion avait lieu l'accouchement prématuré ou l'avortement chez les femmes enceintes syphilitiques et voici les chiffres auxquels il est arrivé, dans une période d'années qu'il ne détermine pas d'ailleurs : sur quatre-vingt-dix-sept femmes soumises à son observation, quarante-quatre ont quitté l'hôpital sans que l'on ait pu savoir ce qu'elles étaient devenues et parmi les cinquante-trois restantes, dix-sept ont avorté, et vingt-huit ont accouché à terme.

Un élève de M. Fournier, M. Le Pileur, a entrepris des recherches plus importantes et plus étendues, et, d'après ses observations sur 390 femmes enceintes entrées à l'hôpital de Lourcine dans un espace de neuf années, de 1861 à 1870, il aurait noté deux cent quarante-neuf malades dont l'accouchement a eu lieu à terme, et cent quarante-et-une ayant expulsé le fœtus prématurément ou avorté. On ne saurait donc nier, en admettant même que ces chiffres soient un peu exagérés, l'influence de la syphilis sur le mode de terminaison de la grossesse.

Quand on observe, chez une femme qu'on a l'habitude de voir, une série d'accouchements prématurés ou d'avortements, il faut toujours se demander si l'on n'a pas affaire à la syphilis. C'est là, en effet, une des causes les plus habituelles de ces accidents et ce fait n'avait pas échappé à l'observation de Trousseau.

M. Fournier que vous m'entendrez citer bien souvent dans le cours de ces conférences, rapporte, dans son ouvrage, une observation de ce genre bien remarquable. C'est celle d'une femme qui était devenue trois fois enceinte, du fait de son mari, avant d'être infectée par le virus syphilitique, donna le jour à trois enfants nés à terme et parfaitement constitués; puis elle contracta la syphilis, et, à partir de ce moment, sur sept couches, où elle rendit sept fois un produit, elle eut trois avortements proprements dits, et quatre fois elle accoucha avant terme d'enfants dont aucun ne vécut.

Pénétrons maintenant un peu plus intimement dans le sujet; voyons comment les choses se passent et essayons de rechercher à quelles époques se produit l'avortement ou l'accouchement prématuré. C'est à dessein, que je me sers de cette expression ; à quelles époques. Je veux dire en effet à quel moment de l'intoxication de la femme, a lieu l'avortement; puis d'autre part, quelle est l'époque de la gestation à laquelle ce même accident s'observe le plus communément. En d'autres termes, il s'agit de déterminer quel est le moment de ces deux périodes qui ont trait, l'une à l'évolution de la syphilis chez la femme infectée; l'autre à l'évolution du produit de la conception dans l'utérus; qui est le plus favorable à l'accouchement prématuré et à l'avortement.

En général, les auteurs s'accordent à dire que c'est à la période secondaire de la syphilis, celle qui est caractérisée par l'apparition de roséole, de plaques muqueuses surtout dans les formes graves qui ont lieu le plus souvent, les accidents dont nous occupons actuellement.

Mais un autre fait important est celui-ci : une femme intoxiquée est-elle bien plus sujette à avorter, quand elle a contracté la syphilis avant ou pendant la grossesse? Eh bien, à ce sujet, la chose n'est pas douteuse, l'avortement ou l'accouchement prématuré sont surtout fréquents, alors que la femme est devenue syphilitique antérieurement à la fécondation.

Suivant M. Kassowitz qui, en 1875, a publié un livre trèsintéressant sur la syphilis héréditaire et en particulier sur l'étiologie de cette affection, dans toutes les grossesses qui, chez une femme syphilitique, se produisent dans les trois premières années qui suivent l'intoxication, il y aurait avortement ou accouchement prématuré; ou bien, si ces accidents n'avaient pas lieu, la malade donnerait naissance à un enfant qui ne vivrait pas, ou qui vivrait seulement un temps extrêmement court. C'est là une opinion que cet auteur a appuyée sur un certain nombre de faits, mais qui me paraît un peu outrée. Toutefois, je dois dire qu'il s'agit ici de femmes qui n'ont pas été traitées.

D'après Baerenstrown (et ici j'aborde les époques de la

grossesse auxquelles a lieu l'avortement), quand une femme est syphilitique, quand l'intoxication du produit de la conception vient par la mère, l'avortement aurait lieu surtout au troisième, quatrième, cinquième mois, ou bien, si la femme accouchait à terme, le produit ne vivrait que quelques jours ou quelques semaines.

Un autre auteur, Holshausen, dont les observations datent de 1871, dit, au contraire, que l'avortement peut se produire dès les premiers mois de la vie intra-utérine. Toutefois, comme dans ce cas, il est très-difficile de déterminer les véritables causes de l'expulsion du produit de la conception, on ne saurait dire que la syphilis est la seule cause qui ait amené l'avortement. Quoi qu'il en soit, on observerait d'une manière incontestable les avortements au premier mois de la grossesse; mais c'est surtout à partir de quatre mois et demi à cinq mois, que ces accidents deviendraient fréquents. De plus, Holshausen ajoute que, lorsque la syphilis vient du fait de la mère, le cas est bien plus grave encore, et qu'alors il est très-rare que l'enfant ne meure pas du cinquième au huitième mois et qu'il ne sorte macéré, l'expulsion ayant toujours lieu un certain temps après la mort du fœtus. Mais cette opinion est évidemment exagérée : et il est des observations parfaitement authentiques dans lesquelles la mère a expulsé des enfants bien constitués, viables, et qui même, ont pu être guéris par un traitement approprié.

D'après une statistique de M. Weber, sur 105 cas de grossesse de femmes syphilitiques, il aurait noté 20 pour 100 de fausses couches : accouchements prématurés ou avortements, et c'est surtout vers le septième ou le huitième mois que ces accidents auraient eu lieu le plus ordinairement. Il y a loin, comme vous le voyez, de ce chiffre à celui qui nous est fourni par les relevés précédents : c'est le seul, d'ailleurs, qui me paraisse se rapprocher le plus exactement de la vérité.

Ceci dit sur les époques auxquelles la syphilis produit l'avortement, je dois vous dire quelques mots d'un certain nombre de causes accessoires qui peuvent le déterminer. La première est l'intensité de la syphilis.

Il est assez difficile de déterminer l'intensité de la syphilis; néanmoins, on peut y arriver, dans une certaine mesure, en tenant compte de l'exubérance des phénomènes appréciables. Or, ce moyen qui est assez bon, qui est le seul d'ailleurs que nous ayons à notre disposition, nous apprend que le résultat le plus sûr que l'intensité de la syphilis exerce sur le produit de la conception, c'est l'avortement. Plus l'intoxication sera intense chez le père et la mère, plus grandes seront les chances de cet accident.

Après l'avortement vient l'accouchement prématuré, puis la non-viabilité, enfin, la viabilité avec des accidents plus ou moins précoces; et, à ce sujet, les chiffres ont parfaitement établi quelle influence exercent les générateurs dans ces conditions.

Mais on n'est pas aussi bien renseigné sur la fréquence de l'avortement, suivant que le virus syphilitique provient du père ou de la mère. L'influence du père, à cet égard, a été longtemps contestée et c'est Rosen qui, le premier, l'a établie d'une manière bien certaine : il a fait voir que, non-seulement la mère peut infecter l'enfant et que l'intoxication peut être une cause d'avortement, mais que l'intoxication du père peut amener le même résultat.

Baerenstrown également, a montré que l'infection du père ou de la mère était à peu près identique : il est certain, en effet, que l'une est, à peu de chose près, la même que l'autre.

Il y aurait bien peut-être, chez les médecins qui se sont occupés de cette question, une légère tendance à admettre que la mère infecte plus que le père, mais cette opinion n'est pas assez démontrée pour qu'on puisse l'affirmer. Parmi ceux qui ne partagent pas cette manière de voir, je vous citerai Vogel, qui incline à croire que l'intoxication paternelle a la même influence que celle de la mère.

Maintenant, est-il possible de dire quelles sont les causes prochaines de l'avortement, c'est-à-dire le fait qui détermine l'expulsion du fœtus. Aujourd'hui, les auteurs sont à peu près unanimes pour déclarer que l'avortement, ou l'accouchement prématuré vient du fait du produit lui-même, et que ces accidents sont dûs à la mort de l'enfant dans l'utérus. Parmi eux, je dois vous citer Babinton qui a annoté l'ouvrage de Hunter sur la syphilis. Trousseau et Baerenstrown ont également soutenu cette opinion. La meilleure preuve que c'est le fœtus lui-même qui détermine l'avortement, c'est d'après ce dernier auteur, que l'enfant sort de l'utérus, macéré.

M. Kassowitz est beaucoup moins exclusif et il est seul dans la vérité, quand il dit que c'est un état pathologique du fœtus qui provoque l'avortement; quand le fœtus devient malade, celui-ci influe assez sur la mère pour que l'avortement soit déterminé. Telle est la cause qui a été invoquée et qu'aujourd'hui on est à peu près unanime à considérer comme étant la seule vraie. Plus tard, quand je m'occuperai de l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire, j'aurai à rechercher s'il n'en existe pas d'autres et s'il n'y a pas, du côté du placenta, quelques lésions que l'on puisse faire intervenir dans le débat. Mais ces faits sont extrêmement difficiles à constater et tout ce que je pourrai faire sera de vous exposer aussi nettement que possible ce que je sais à ce sujet.

Quelques mots maintenant sur l'influence que le traitement des parents et, en particulier de la mère, introduit dans l'avortement.

Comme je vous le disais tout à l'heure, il faut laisser complétement de côté cette idée qu'il détermine seul l'accouchement prématuré. Je ne reviendrai donc pas sur cette question qui est aujourd'hui vidée et je rechercherai de suite ce qui se passe chez une femme, suivant qu'elle a été traitée ou non traitée. A ce sujet, je vous ai déjà cité la statistique de Kassowitz qui, sur cent neuf cas non traités, avait vu l'avortement avoir lieu dans la proportion de 20 pour 100. Quant aux femmes qui ont été traitées, il est assez difficile de déterminer, d'une manière bien positive, les effets de la médication sur l'issue de la grossesse : le plus ordinairement, en effet, elle est mal suivie et n'est prise que d'une façon irrégulière. D'autre part, les femmes que l'on soigne dans les maisons hospitalières, là seulement où l'on pourrait faire des statistiques qui portent sur un nombre de malades suffisant, quittent l'hôpital, dès qu'elles se sentent un peu améliorées. Néanmoins, il est certain que le traitement, qu'il soit fait d'une manière méthodique ou seulement partielle, exerce toujours une influence heureuse sur la terminaison de la grossesse. C'est ainsi que chez des femmes qui, avant d'être traitées, n'avaient jamais fait que des fausses couches, on voit, après le traitement, diminuer de plus en plus les chances de cet accident; l'avortement, s'il a lieu, se produire à une époque bien plus rapprochée du moment habituel de la naissance; puis les enfants naître viables et ne présenter qu'à une époque tardive les manifestations de la syphilis, lesquelles peuvent enfin ne pas apparaître du tout.

Au point de vue des modifications apportées par le traitement, dans l'expulsion du fœtus, il est utile de vous soumettre quelques chiffres intéressants que j'emprunte à M. Kassowitz

Sur un certain nombre de femmes, qu'il ne dit pas, ce médecin en a traité trente-cinq par les frictions mercurielles qu'il considère comme étant le meilleur traitement de la syphilis, et dans ces conditions il a observé trente-cinq couches naturelles. Au contraire, lorsque les malades avaient été soumises au traitement mixte, par le mercure et l'iodure de potassium, mais la médication ayant été interrompue momentanément par suite de l'intolérance des malades, ou bien le mercure ayant été supprimé et l'iodure de potassium donné seul, et par conséquent, les femmes pouvant être considérées comme ayant été traitées par l'iodure seulement, pendant la plus grande partie du temps, le même auteur a noté trente avortements sur cent. Cette proportion a été réduite à quinze pour cent, pour les cas dans lesquels les malades avaient été soumises au traitement par le sublimé mercuriel seul. Enfin, ayant traité uniquement les femmes par l'iodure de potassium, il a observé vingt pour cent d'avortements.

Voilà, vous le voyez, des chiffres très-significatifs et qui ont une véritable importance, alors même qu'ils seraient un peu forcés.

A cela se borne ce que je voulais vous dire sur l'avortement, nous voici arrivés maintenant au moment où l'on observe les manifestations de la syphilis sur le produit de la conception. Mais avant de les étudier, il était bon de vous dire comment ce produit se présente à nous et que souvent il est expulsé mort de l'utérus.

DU TRAITEMENT DES HERNIES IRRÉDUCTIBLES

PAR L'EMPLOI DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE (1).

par M. le Dr Philippe (de Saint-Mandé).

II

Obs. III. — *Hernie inguinale droite chez un vieillard de quatre-vingt-dix ans.* — M. M..., âgé de quatre-vingt-dix ans, d'une forte constitution, rentier à Saint-Mandé, est atteint depuis longues années d'une hernie inguinale du côté droit très-volumineuse complétement irréductible.

Le 24 novembre 1876, à la suite de quintes de toux violentes produites par un catharre bronchique, se déclare une nouvelle hernie entée sur la première, dont le volume a acquis la grosseur d'une tête d'enfant de dix à douze ans.

Nous sommes appelé immédiatement après l'accident.

Le pénis disparaît presque entièrement dans la masse de la tumeur; le malade se plaint de coliques assez violentes; le pouls est petit, faible; sensibilité modérée des organes contenus au toucher; envies de vomir.

Nous cherchons à réduire immédiatement pendant un quart d'heure sans résultat.

Injection de chlorhydrate de morphine de 10 gouttes à la région supéro-interne de la cuisse; la tumeur devient plus souple, mais elle persiste.

Deuxième injection de 10 gouttes; nous parvenons à faire rentrer une grande partie des organes herniés avec le bruit caractéristique de gargouillement.

Troisième injection de 8 gouttes; après quelques minutes de manœuvre, la tumeur se réduit complétement avec la plus grande facilité. L'introduction de 28 gouttes de morphine a suffi (3 centigrammes et demi).

Le malade s'assoupit, les accidents locaux et généraux ont totalement disparu.

Le lendemain, à notre visite du matin, nous apprenons qu'il a très-bien dormi; tout est rentré dans l'ordre normal, il ne reste plus que l'ancienne hernie.

Nous avons su depuis que l'état de guérison s'était maintenu.

L'étude de ces trois observations démontre l'efficacité de l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies, après les tentatives infructueuses de l'opération du taxis.

En effet, on a pu voir que, chez le sujet de la première observation, le nommé L..... une hernie inguinale est rentrée facilement, à la suite de deux injections de 10 gouttes de solution au 40e (20 grammes d'eau de laurier-cerise pour 50 centigrammes de sel).

Dès la première injection, les accidents locaux et généraux sont notablement amendés : la sensibilité de la tumeur, sa dureté, les coliques, l'anxiété. Après un quart d'heure de nouvelles manœuvres, nous pratiquons une injection de 10 gouttes, à la faveur de laquelle nous obtenons, au bout de quelques minutes, la réduction entière des organes déplacés.

Une heure environ a suffi pour ce résultat. Dans la deuxième observation fournie par le sieur F..., les symptômes sont plus graves et caractérisent une hernie étranglée : vomissements, coliques violentes, altération de la face, petitesse du pouls, collapsus général.

La tumeur est beaucoup plus volumineuse que dans le cas précédent et date de sept ans; elle s'est souvent reproduite depuis cette époque, bien que toujours réductible.

Il a fallu quatre injections à 10 ou 15 minutes de distance, pour arriver à une réduction complète, en tout 28 gouttes de solution (3 centigrammes et demi du sel).

Une heure et demie à peine s'est écoulée, et le succès était accompli.

Le lendemain matin nous sommes appelé de nouveau à huit heures et demie. La hernie, faute de bandage convenable, était ressortie, moins grosse toutefois, sans accidents locaux ou généraux, si ce n'est quelques vomissements.

Cinq injections sont pratiquées, s'élevant à la dose de 40 gouttes (5 centigrammes). Toutefois nous sommes obligé d'interrompre les opérations, la solution de morphine étant épuisée.

Nous laissons, d'ailleurs, le malade dans des conditions très-favorables, soit au point de vue général, soit à celui de la hernie qui est diminuée des trois-quarts, et qui n'est accompagnée d'aucun phénomène morbide local.

Nous revenons à trois heures de l'après-dîner auprès du malade que nous trouvons sortant de son bain.

Deux injections, de 10 gouttes chacune, suffisent pour arriver à une réduction complète.

La troisième observation nous paraît aussi très-concluante, eu égard au grand âge du sujet (quatre-vingt-dix ans) et au volume excessif de la hernie.

Trois injections repr[illegible]entan[illegible] 28 gouttes (3 centigrammes et demie de sel de morphine), et à peine une heure de travail ont conjuré tous les accidents et amené une rentrée totale des organes déplacés.

Le chlorhydrate de morphine, comme modérateur réflexe du système nerveux, est doué surtout d'une action générale, pour ainsi dire instantanée, lorsqu'il est administré en injection sous-cutanée. En effet, il produit un relâchement général des tissus qui se traduit par un collapsus, un affaissement de toute l'économie, une abolition de l'éréthisme nerveux et inflammatoire, et consécutivement l'abolition du spasme et de la douleur; plus tard, enfin, un assoupissement d'abord et un sommeil dont les effets sont précieux,

L'action locale se manifeste très-rapidement par la dimi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 juin.

nution de consistance et de sensibilité de la tumeur, la distension des anneaux : les organes herniés deviennent souples, malléables, les muscles se relâchent. On voit tomber le processus inflammatoire produit par la constriction qui pèse sur les organes déplacés, en y appelant l'afflux du sang.

Quant au siége de la région à choisir pour pratiquer les injections, il ne nous paraît pas avoir beaucoup d'importance. Nous avons presque toujours opéré à la partie supéro-interne de la cuisse, rarement au niveau des anneaux, l'action de la morphine étant surtout générale.

L'usage de l'opium n'est pas nouveau ; afin de faciliter la réduction des hernies, Guérin, de Bordeaux, introduisait dans l'urèthre une bougie enduite de ce narcotique.

David Bell, de Carlisle, prescrivait à l'intérieur le chlorhydrate de morphine.

Les chirurgiens actuels paraissent préférer le chloroforme à l'opium.

Nous avons déjà discuté les raisons qui nous font considérer les préparations de morphine données en injections sous-cutanées comme présentant plus d'avantages que le chloroforme, nous n'y reviendrons pas.

Il est certain que trois observations ne sont pas suffisantes pour fixer un mode de traitement, d'autant plus que ces faits n'ont trait qu'à des cas de hernies récentes; cependant nous rappellerons le sujet de la deuxième observation, chez lequel les injections de morphine ont dû être pratiquées à trois reprises différentes, dans l'espace de vingt-quatre heures, à cause de la reproduction de la hernie, circonstances défavorables qui n'ont pas empêché le succès.

Ce point pratique a été l'objet de conclusions de M. le docteur Ledentu, dans un rapport dont il a été chargé à l'occasion d'un travail que nous avions lu à la Société de chirurgie, le 14 février 1877 (voir la séance du 28 mars dernier, *Gazette des hôpitaux* du 31).

Ce chirurgien distingué s'exprime ainsi : « Dans ces trois cas de hernie inguinale, l'étranglement était récent, et les injections de morphine ont certainement aidé à la réduction, mais il est permis de douter de la réussite, si l'étranglement était plus caractérisé et plus ancien. Si le chirurgien est appelé tout de suite, le moyen peut être utile, parce qu'il fait cesser le spasme et la douleur; il restera toujours au-dessous de la valeur du chloroforme qui permet de reconnaître tout de suite si la hernie est réductible ou si l'opération est nécessaire. »

Le jugement porté par M. le docteur Ledentu nous paraît très-juste et surtout favorable. Il admet l'efficacité de notre mode de traitement dans le cas de hernies récentes. Il est évident que la solution de la question est réservée pour les hernies anciennes que nous n'avons pas eu à observer. Il n'en est pas moins vrai que nous nous estimerions très-heureux si l'expérience confirmait les bons effets des injections de chlorhydrate de morphine pour faciliter la réduction des tumeurs herniaires récentes. Ce moyen étant vulgarisé pourrait être facilement employé par les médecins qui généralement sont appelés peu de temps après l'apparition d'une hernie, celle-ci se compliquant plus tard d'accidents graves, parce qu'on n'avait pas primitivement à sa disposition un agent médicamenteux qui pût produire un effet immédiat.

Malgré le petit nombre de faits qui ont été soumis à notre observation, nous avons cru devoir les publier et préconiser une méthode curative qui se recommande par la rapidité de son action, par sa simplicité, par la facilité qu'on trouve à se procurer le médicament ainsi que l'instrument nécessaire à son application et par l'innocuité du moyen, lorsqu'on sait en user avec prudence.

Nous osons espérer que ces premiers essais deviendront le point de départ de nouvelles expérimentations auxquelles nous nous permettons de convier les praticiens qui sont à même de les continuer et d'en apprécier l'efficacité.

RECHERCHES SUR LES TROUBLES CARDIAQUES

QUI DÉTERMINENT LES INTERMITTENCES DU POULS ARTÉRIEL DITES FAUSSES INTERMITTENCES (1)

Par M. François-Franck.

On voit souvent une pulsation artérielle faire défaut sans que le cœur suspende en même temps ses battements : la systole du cœur qui n'a pas déterminé d'élévation de pression dans le système aortique est une systole *avortée;* mais la raison pour laquelle cette systole se montre inefficace n'est pas toujours la même. J'ai étudié trois catégories de systoles avortées qui peuvent être désignées, d'après la cause de leur inefficacité, par les dénominations suivantes : 1) systoles avortées *par reflux mitral;* 2) systoles avortées *par défaut de réplétion du ventricule* (systoles anticipées) ; 3) systoles avortées *par défaut d'énergie;* ces différentes variétés correspondent aux *faux pas du cœur* sur lesquels M. le professeur Bouillaud a insisté, mais il y a lieu de les distinguer les unes des autres au point de vue physiologique.

Chacune de ces formes de troubles cardiaques a été observée sur l'homme et sur les animaux : l'inscription simultanée des variations de la pression artérielle et des battements du cœur a permis de déterminer, grâce à la superposition des courbes, les rapports entre les phénomènes présentés par la circulation artérielle et les phénomènes cardiaques.

1. *Systoles avortées par le reflux mitral.*— Le pouls des malades atteints d'insuffisance mitrale, présente, comme l'ont depuis longtemps établi les recherches de sphygmographie, des pulsations inégales, se succédant à intervalles irréguliers, souvent séparées par de grandes intermittences. L'ondée sanguine enrayée par le ventricule gauche se partageant entre l'aorte et l'oreillette, la petitesse habituelle des pulsations artérielles résulte de ce reflux anormal à travers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Quand une intermittence du cœur survient, le ventricule se gorge le sang, et l'ondée volumineuse qu'il envoie ensuite dans le système artériel y produit brusquement une grande augmentation de pression. Dès lors la systole suivante, trouvant du côté de l'aorte une résistance beaucoup plus considérable que du côté de l'oreillette, évacue dans celle-ci la totalité du sang que contenait le ventricule, la pulsation artérielle manque à ce moment, et la systole ventriculaire, inefficace à surmonter la pression aortique, constitue la systole avortée *par reflux mitral.* M. le professeur Marey a même constaté l'année dernière des systoles inefficaces du même ordre sur un appareil schématique de la circulation dans lequel la valvule mitrale, incomplétement tendue, devenait périodiquement insuffisante chaque fois que la pression aortique était augmentée.

Il ne suit pas de là qu'on devra fonder sur l'absence de pulsation à la radiale le diagnostic d'insuffisance mitrale quand on verra se produire, en même temps que l'intermittence du pouls, un battement du cœur.

2. *Systoles avortées par défaut de réplétion du ventricule.* — Nous avons pu nous assurer en effet que certaines systoles étaient inefficaces, parce que le ventricule se contractait avant d'avoir eu le temps de recevoir le sang de l'oreillette. Ce sont là des systoles redoublées, anticipées, qui surviennent pendant la phase de relâchement brusque du ventricule, aussitôt ou presque aussitôt après la fin de la systole précédente. Mais il arrive fréquemment que, tout en restant anticipées, ces systoles se produisent à des instants assez éloignés de la systole précédente, pour qu'une certaine quantité de sang ait eu le temps de pénétrer dans le ventricule. Suivant son de-

(1) Extrait de la Société de biologie du 22 mai.

gré de replétion, le ventricule envoie alors dans l'aorte une ondée plus ou moins forte, mais toujours inférieure à l'ondée normale. Sur un même malade il est souvent facile de suivre cette série de systoles de moins en moins anticipées, par conséquent de plus en plus efficaces.

Systoles avortées par défaut d'énergie. — En outre des systoles avortées par reflux mitral et par défaut de réplétion préalable du ventricule, signalons celles qui, survenant en leur temps ou peu avant le moment normal de leur apparition, ne déterminent cependant aucune évacuation du ventricule, ni dans l'aorte, ni dans l'oreillette; elles s'accompagnent aussi d'intermittences dans les artères, mais ce défaut d'évacuation du ventricule tient à une énergie de contraction insuffisante. En effet, il est facile de s'assurer que la pression intra-ventriculaire n'atteint pas alors la valeur manométrique de la pression aortique et ne peut, par suite, surmonter cette dernière qui maintient fermées les valvules sigmoïdes. Comme, d'autre part, la valvule mitrale résiste, le ventricule donne un battement avorté, une simple secousse musculaire sans effet utile, s'accusant sur le tracé par une courbe arrondie signalée par M. Tridon, sans interprétation : pendant cette systole, les diamètres du ventricule se sont répartis autrement, l'organe est devenu globuleux, et de ce simple changement de forme est résulté le choc perceptible au doigt et agissant sur l'instrument explorateur. On voit ces systoles avortées survenir très-souvent d'une façon rhythmée, alternant par exemple avec des systoles efficaces; quelquefois elles se succèdent par groupes, et l'on assiste alors à ce phénomène paradoxal d'un abaissement rapide et considérable de la pression artérielle, sans la moindre oscillation d'origine cardiaque, pendant que le cœur, non-seulement continue ses battements, mais les précipite. Ce sont des phases de véritables palpitations pendant lesquelles le cœur oscille autour d'une systole permanente et présente une sorte de tétanos à secousses dissociées (*animaux chloralisés*).

Un fait très-remarquable et qui sera l'objet de recherches spéciales, c'est que toutes ces irrégularités du cœur gauche se retrouvent simultanément dans le cœur droit : la dissociation fonctionnelle de deux ventricules ne se rencontre pas; une cause agissant exclusivement sur l'un provoque des troubles identiques dans les deux. Dans aucun cas, nous n'avons pu retrouver ce défaut de synchronisme dont quelques auteurs ont parlé.

Les systoles avortées de la dernière catégorie sont elles-mêmes intermédiaires entre les systoles faibles, produisant une élévation de pression artérielle insignifiante et les intermittences complètes : on voit, en effet, ces différents degrés d'irrégularités fonctionnelles se succéder, se substituer les unes aux autres dans une même observation ou dans une même expérience. Il y aurait donc à rapprocher, à ce point de vue général, l'intermittence du cœur, ordinairement envisagée à part comme un phénomène spécial, d'un certain nombre d'autres troubles dont elle ne serait que l'expression la plus accusée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques pour les départements de l'Eure, du Doubs, du Gard, de l'Indre, de la Marne, de la Mayenne, de Meurthe-et-Moselle, du Puy-de-Dôme, du Calvados, du Cantal, de la Corse, de la Côte-d'Or, de la Creuse, de l'Ain, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, de l'Aude, pendant l'année 1876.

2° Le rapport de M. le docteur Legendre sur une épidémie d'angine couenneuse qu'il a observée dans la commune d'Annecy en 1876 (commission des épidémies).

3° Les rapports généraux des médecins-inspecteurs des eaux d'Ax, pour les années 1874 et 1875 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sous pli cacheté, de M. le docteur Armand Paulet, ancien interne des hôpitaux, relative à une *nouvelle préparation de la moelle.* Ce procédé permet d'obtenir *isolément* les différents cordons médullaires et de *séparer* la substance blanche de la substance grise (accepté).

2° Une note de M. Trouvé contenant huit observations relatives à la découverte des projectiles dans les tissus à l'aide de son explorateur électrique.

3° Un rapport de M. le docteur Rouveyrolis sur une épidémie de variole qui a régné à Aniane (Hérault) dans la maison centrale, pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet 1875 (commission des épidémies).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

La commission présente :

En 1re ligne, M. Jules Rochard,

En 2e ligne, M. Panas,

En 3e ligne, M. Guyon,

En 4e ligne, *ex æquo* : MM. Anger, Désormeaux, Desprès.

Le nombre des votants étant de 73, majorité 37.

M. J. Rochard obtient	43 voix.
M. Désormeaux	13
M. Panas	13
M. Desprès	3
M. Guyon	1

En conséquence, M. J. Rochard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Guéneau de Mussy lit un discours divisé en deux parties. Dans la première il répond aux attaques dirigées par M. Jaccoud contre son travail sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. M. Guéneau de Mussy se défend d'avoir attaqué M. Jaccoud. Il accuse, au contraire, son contradicteur de l'avoir attaqué sans le comprendre, et de l'avoir jugé sans prendre la peine de lire plus d'un cinquième de son travail. Si M. Jaccoud avait bien voulu continuer la lecture de son travail, il aurait vu que M. Guéneau de Mussy, loin de se faire l'avocat de l'origine fécale de la fièvre typhoïde, telle qu'il paraissait l'entendre, n'avait exposé cette théorie, d'après Murchison, que pour la combattre, il aurait vu également que les observations relatives à la transmission de la fièvre typhoïde par les matières excrémentitielles ne s'arrêtaient pas aux trente-cinq premières, qu'il y en avait d'autres, et des plus importantes, afférentes au même sujet, dans la suite du travail.

Après avoir consacré la plus grande partie de sa vie à défendre les traditions de l'école de Paris, M. Guéneau de Mussy ne s'attendait pas à être accusé d'anglophilie et de trahison envers la science française, et à en être accusé par M. Jaccoud qui, dans son *Traité de pathologie,* a montré une partialité si notoire pour les travaux étrangers, et qui, pour n'en citer qu'un seul exemple, dans un article sur l'angine diphtéritique, a trouvé le moyen de ne pas parler de Bretonneau, mais en revanche, a placé les noms de MM. Vagner et Bendfleish.

M. Guéneau de Mussy termine sa réplique à M. Jaccoud en disant qu'il ne répondra plus à son contradicteur s'il veut continuer la lutte sur le terrain des personnalités.

Dans la deuxième partie de son discours, M. Guéneau de Mussy passe en revue les divers arguments invoqués par M. Chauffard en faveur de la doctrine de la spontanéité vivante et contre la théorie de la spécificité. M. Chauffard a voulu prouver l'identité de la doctrine des principes spécifiques et de la théorie parasitaire. Mais il n'y a aucune analogie, aucun rapport entre le parasitisme proprement dit et la spécificité. Le premier n'est pas, à proprement parler, une maladie, c'est tout au plus un traumatisme. Les parasites ne pénètrent pas dans le cercle intime de l'organisme, ils agissent comme irritants, tandis que les maladies spécifiques sont, en quelque sorte, des maladies constitutionnelles passagères. Les agents spéci-

fiques s'emparent de l'organisme, le dominent, imposent leur cachet sur tous ces actes.

Est-ce à dire que le principe spécifique ne puisse pas être de la matière organisée et vivante. Ce n'est pas impossible ; mais M. Guéneau de Mussy ne l'a pas affirmé. Une substance organisée pourrait, il semble, tout aussi bien qu'un simple agent chimique, causer une incitation nocive, mettant en jeu toutes les activités de l'organisme pour produire un mode de vie anormal. Une de ces hypothèses ne répugnerait pas plus que l'autre à l'idée de la vie. M. Guéneau de Mussy, après un grand nombre de médecins, a répété que les principes spécifiques présentaient des analogies remarquables avec les graines et les ferments. Ces analogies sont évidentes. Pour les unes comme pour les autres, il faut un terrain favorable, c'est-à-dire un milieu spécial propre à leur évolution et à leur action ; le sol morbide s'épuise par l'évolution et l'action des agents spécifiques, comme s'épuisent les terrains qui, pendant un certain temps, ont nourri la même graine, comme s'épuise la matière fermentescible dans les substances fermentées.

Il y a multiplication des virus au sein des organes vivants, comme se multiplient les ferments et les germes dans un milieu qui leur convient. Les agents spécifiques, comme les graines, sont modifiés par les conditions extérieures : il y a en quelque sorte des saisons pour les contages, c'est-à-dire des modalités qui favorisent leur évolution et concourent à la production des épidémies. Pourtant, M. Guéneau de Mussy, en rapprochant ces phénomènes, n'a pas prétendu qu'ils fussent du même ordre. Loin de tomber dans cet excès, il a signalé, à plusieurs reprises, l'envahissement abusif du domaine de la pathologie par les micrococcus et par les bactéries. Et cependant, contrairement à M. Chauffard, il est loin de regretter l'influence exercée par M. Pasteur sur nos doctrines médicales. En chirurgie, cette influence a donné naissance à des méthodes de pansements qui constituent un progrès très-sérieux ; en médecine, elle a fortifié l'espérance de ceux qui espèrent arriver sur la pathogénie des maladies spécifiques, à des résultats plus satisfaisants que ceux qui nous sont offerts pour la dialectique associée à l'hypothèse.

M. Pasteur a, par exemple, excellemment découvert l'origine et le traitement de la maladie des vers à soie nommée *pebrine*. Il a montré que cette pebrine, si semblable à une maladie spécifique constitutionnelle par son évolution et sa transmission héréditaire, a sa cause dans des corpuscules qui s'implantent et se multiplient dans le ver à soie. Ne peut-on donc pas espérer qu'on découvrira de même l'agent producteur de maladies considérées actuellement comme spécifiques ou constitutionnelles? Récemment encore, au commencement du siècle, n'attribuait-on pas ces caractères à la gale, type des maladies parasitaires? Ces circonstances, qui entraînent les esprits, comme l'a reconnu M. Chauffard, ne nous autorisent jusqu'ici à rien affirmer sur la nature et la genèse des principes spécifiques, mais elles autorisent encore bien moins les négations de M. Chauffard.

Le doute est bien plus scientifique, plus philosophique que le dogmatisme. Le doute, qui s'avoue lui-même et qui cherche, s'il n'arrive pas à la découverte de la vérité complète, ne demeurera jamais entièrement stérile. Le dogmatisme en affirmant que la science est faite, en lui traçant d'avance d'arbitraires limites, entrave et paralyse l'esprit scientifique et substitue aux résultats péniblement acquis, mais solides, les brillants et décevants mirages de la dialectique. M. Chauffard reproche aux doctrines qu'il combat une fausse simplicité. On ne reprochera pas aux siennes d'être simples et d'une compréhension facile. M. Guéneau de Mussy cite et critique des phrases de M. Chauffard, telles que celles-ci : « Le contage n'a pas une faculté réelle de reproduction, mais il n'en a qu'une image affaiblie, un reflet éloigné. » Le reflet d'une faculté de reproduction! « Les produits virulents, créés par l'organisme, ne sont pas les descendants directs de la matière virulente absorbée ; ils ne proviennent pas d'une sorte de fructification du germe premier. Ce sont des sécrétions morbides nouvelles dont l'organisme lui-même est le plein créateur. Du prétendu germe primitif à la prétendue fructification ultime, il n'y a aucun lien de génération directe ; entre les deux s'ouvre l'*abime de la vie organique, où les germes tombés s'anéantissent*. » « L'impression morbifique *demeure silencieuse* dans les profondeurs de la sensibilité organique et n'y amasse que peu à peu l'*orage pathologique* qui doit, à un moment donné, éclater brusquement. »

M. Guéneau de Mussy ne trouve pas que cette doctrine soit par elle-même assez satisfaisante pour faire prononcer l'exclusion de toute autre. Il revient sur la théorie que tout en admettant l'existence des principes spécifiques comme germes causes des maladies contagieuses, regarde comme possible leur multiplication ou leur génération dans un autre milieu que l'organisme.

Cette théorie, qui avait déjà été exposée en Angleterre par M. le professeur Lieber Muller, n'a rien d'incompatible *à priori* avec les principes fondamentaux de la biologie ; malheureusement elle est entièrement hypothétique.

Sur la proposition de M. Depaul, M. Guéneau de Mussy remet la suite de son discours à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 17 juin 1877, à Malesherbes. Rendez-vous à la gare de Malesherbes, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare de Lyon) à sept heures trente minutes du matin.

Nota bene. — Pour jouir de la réduction sur le prix des places, se faire inscrire à la galerie de botanique, de midi à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'à vendredi soir.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Gastralgie des fumeurs.

En 1859, dans ma thèse, j'ai publié une observation de dyspepsie, avec violentes gastralgies, étourdissements, vertiges, etc., que l'abus du tabac fumé paraissait avoir causé seul, et qui disparut, en effet, quand le malade fuma moins.

Chez un autre malade, que je viens d'étudier à la Charité, dans le service de M. le professeur Vulpian, et qui avait fait également un très-grand abus du tabac, les troubles éprouvés ont tant d'analogies que ces deux cas, rapprochés l'un de l'autre, font songer à un même type.

Or les types sont encore presque tous à tracer en ce qui touche l'empoisonnement chronique par le tabac; tandis que ceux de l'alcoolisme ont été l'objet de travaux considérables et sont bien connus.

La plupart de ceux, et ils sont nombreux, qui ont signalé le tabac comme cause possible de dyspepsie, de gastralgie et d'accidents nerveux de diverses sortes, s'en sont tenus à des indications beaucoup trop vagues pour pouvoir conduire à un diagnostic différentiel. Et cependant, il est très-probable que ce germe d'intoxication doit, lui aussi, avoir sa physionomie propre, des caractères distinctifs, permettant de le reconnaître dans la majorité des cas.

Pour rendre évidents ces caractères, pour arrêter avec précision les traits de cette physionomie, il faudrait pouvoir analyser dans leurs éléments constitutifs et étudier comparativement des observations détaillées, en très-grand nombre; mais en attendant qu'elles se soient accumulées, que leurs données étiologiques et symptomatologiques aient acquis par ce rapprochement multiple un plus grand degré de certitude, il est permis de se servir, avec réserve, des premières; douteuses, à titre d'indices.

Je vais donc classer provisoirement sous la rubrique *gastralgie causée par l'abus du tabac fumé*, l'histoire du malade de M. Vulpian.

Cet homme est persuadé lui-même, m'a-t-il dit, que le tabac a été la cause de son mal. Se servant d'une courte pipe, d'une sorte de *brûle-gueule*, il fume habituellement par jour ponr 30 à 40 centimes du tabac le moins cher de la Régie. Il ne fait d'ailleurs aucun autre excès : du moins il l'affirme. Il boit peu de vin, jamais de liqueur, ne se sent pas soif entre les repas et n'absorbe, même aux repas, qu'une médiocre quantité de liquides. Il mange peu, ayant toujours eu peu d'appétit; mais il n'a pas subi de privations, son état de tailleur lui rapportant assez pour lui assurer une certaine aisance. Il n'a aucune charge de famille, ne s'étant pas marié et vivant seul.

Dans ces conditions d'existence, ayant toujours été bien portant jusque-là, au commencement d'avril 1870, il avait alors cinquante-deux ans, il commença à ressentir un certain malaise vers l'épigastre. Ce malaise précéda d'un ou deux jours à peine une complète indigestion, avec rejet des aliments deux ou trois heures après le repas et douleurs excessivement vives dans toute la région de l'estomac. « Il me semblait qu'on m'arrachait les intestins dans le haut du ventre, raconte-t-il. » Les mêmes douleurs revinrent après les repas, aussi atroces et accompagnées de vomissements, non-seulement les jours suivants, mais durant une année entière, jusqu'en avril 1871. Cet homme avait passé à Paris le temps du siége, mais, dit-il, il mangeait si peu qu'il ne s'était pas aperçu de la disette. Il se soignait chez lui, ne prenant pas de remèdes, s'attachant seulement à ne rien manger de trop pénible digestion. Dans le mois de décembre 1870, un jour, les efforts de vomissement furent tellement violents, qu'il en résulta une hémorrhagie stomacale; après les aliments, le malade vomit une assez grande quantité de sang rouge. Ce jour-là, il perdit connaissance et tomba. Ce fut la seule fois que cela lui arriva de sa vie. Mais s'il n'eut jamais de syncope, ni d'évanouissement complet, en revanche, il est très-sujet, depuis déjà plusieurs années, à des éblouissements, des vertiges, qui durent de quelques secondes à quelques minutes. Pendant ce temps, s'il est en marche, il titube comme un homme ivre. S'il est près d'un mur, il étend le bras pour se soutenir contre ce mur. Il lui semble qu'il va tomber et que tout tourne autour de lui. Cette sensation dure peu. Elle lui est plus habituelle quand il n'a pas de vomissements ni de douleurs d'estomac.

Les douleurs d'estomac que nous avons décrites et qui durèrent sans interruption une première fois pendant un an, depuis le mois d'avril 1870 jusqu'en avril 1871, ne répondirent jamais dans le dos; jamais elles n'eurent à ce point de vue aucune analogie avec les douleurs habituelles de l'ulcère simple de l'estomac, qui s'étendent d'avant en arrière, comme un coup de couteau, dans la direction horizontale; elles n'eurent pas même le retentissement, assez commun pour d'autres névralgies, vers la partie moyenne du rachis, vers les cinquième,

sixième et septième vertèbres dorsales et les espaces intercostaux correspondants. Jamais ce malade ne souffrit du dos, ni des régions costales; il est, sur ce point, très-affirmatif. Il se sent parfois les reins un peu faibles, n'est pas très-solide des jambes; mais ceci n'a aucun rapport avec ses douleurs gastralgiques, et existe également quand l'estomac va bien.

En avril 1870, la disparition du premier accès de gastralgie fut aussi brusque que l'invasion en avait été prompte. Depuis quelque temps déjà, cet homme était si fatigué, si faible, que le tabac ne lui disait plus rien. Il avait fumé de moins en moins, puis, à peu près renoncé complétement à la pipe. Un jour il s'aperçut que le repas passait sans qu'il vomît et sans qu'il souffrît. Il s'en étonna presque autant qu'il s'en réjouit; mais sans cesser de veiller avec soin sur son régime, osant à peine croire à son rétablissement. Cependant, il n'éprouvait plus aucun malaise, digérait aussi bien que par le passé. Le désir de fumer lui était revenu, et il reprit bientôt l'usage de la pipe.

Jusque vers la fin de l'année 1871, tout alla bien. Puis une nouvelle indigestion, qu'avait annoncée, comme la première fois, quelques heures d'avance, un certain malaise, fut le point de départ d'une rechute complète, de trois mois de durée, pendant laquelle les repas provoquèrent presque chaque fois une gastralgie excessivement violente et des vomissements répétés.

Les autres rechutes qui se succédèrent à des intervalles très-irréguliers, une en 1873, une autre en 1875, une autre au mois d'octobre 1876, et enfin, la dernière au commencement de mai 1877, furent toujours aussi violentes mais ne durèrent guère qu'une moyenne de six semaines environ chacune.

Remarque générale à faire, durant toutes ces crises, les douleurs et les vomissements survenaient tantôt presque immédiatement après l'ingestion des aliments, tantôt au contraire, plus ou moins longtemps après le repas. Il n'y avait là rien de fixe.

Excepté la dernière fois, le malade n'entra jamais à l'hôpital. Il attendait patiemment chez lui que la crise fût terminée. Elle se terminait toujours comme elle avait commencé: brusquement. Pendant qu'elle durait, cet homme cessait de fumer; puis il reprenait ses habitudes quand il se sentait rétabli pour quelque temps.

A la Charité, où il fut admis dans le service de M. Vulpian, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 20, la cessation des vomissements et des douleurs a coïncidé avec l'application d'extrait de belladone sur la région de l'estomac. Est-ce une simple coïncidence? On ne saurait affirmer le contraire, puisque, sans traitement particulier, les autres crises avaient cessé inopinément d'elles-mêmes. Mais, dans le même temps, dans le même service, un autre malade, traité pour une gastralgie d'une autre forme et dont nous aurons à parler, s'est trouvé également soulagé aussitôt par des applications d'extrait de belladone. Il y a donc quelque raison de croire à une relation de causalité entre le traitement et l'effet obtenu. Cependant, l'histoire de ces deux malades est, comme nous le verrons, très-différente, et leur aspect n'est pas moins différent. Le sujet de l'observation qui précède a le teint coloré, presque couperosé. Il ne pâlit pas, ou pâlit à peine durant ses crises de gastralgie, alors même qu'il ne paraît supporter aucun aliment. Cela forme un frappant contraste avec l'apparence de l'autre gastralgique, couché dans la même salle à deux lits de distance et qui, lui, est d'une pâleur presque cireuse.

En résumé, voilà un homme qui déclare n'avoir jamais fait abus de rien, sauf de tabac, qui n'a subi aucune privation, a toujours choisi ses aliments, s'est préoccupé de son régime, et qui, à six reprises en sept ans, a été atteint de gastralgies excessivement vives, (mais sans retentissements dans aucune partie du dos), se reproduisant plus ou moins tôt à la suite de chaque repas, et provoquant des vomissement alimentaires. Dans l'intervalle de ces crises, dont la durée est maintenant de six semaines en moyenne, la santé paraît assez bonne, sauf quelques vertiges, des éblouissements et de la faiblesse dans les jambes. Ces troubles sont, du reste, plus accusés quand le malade se sent bien et fume, que quand, souffrant de l'estomac, il n'a plus goût à rien et a mis le tabac momentanément de côté.

En regard de cette observation, je vais mettre celle que j'ai publiée d'après les notes de mon père, pages 38 et suivantes de ma thèse.

« M. R..., riche propriétaire à Tours, âgé de quarante ans, d'une constitution pléthorique, a toujours joui d'une bonne santé. Homme luxueux et méthodique, il n'abusa jamais de rien, excepté du tabac. Sa santé était excellente, ses repas réguliers, et composés de mets tirés principalement du règne animal. Ses vins étaient de première qualité.

Cependant M. R... s'apercevait depuis deux ans (époque où une coqueluche grave avait menacé la vie de son fils unique) que ses digestions devenaient lentes et difficiles, malgré le vin généreux dont il usait. Peu à peu survinrent des anxiétés précordiales de plus en plus pénibles, l'appétit s'en alla, et le malade maigrit à vue d'œil.

Une exploration attentive ne lui ayant fait reconnaître aucune altération organique, M. Bretonneau conseilla l'opium et les vins d'Espagne qui firent un instant cesser les angoisses épigastriques et aidèrent à la digestion.

Mais cette amélioration ne fut que momentanée. Graduellement l'appétit devint nul; les forces générales se perdirent; le malade fut pris de vertiges, de titubations en marchant, de spasmes et de fourmillements dans les membres. Après chaque repas, une horrible angoisse se manifestait dans la région épigastrique; le malade se déshabillait; sa figure était pâle, sa parole haletante, les battements de son cœur incertains, l'habitude de son corps décolorée.

Ce fut dans cet état, qu'en juillet 1857, il vint au Croisic pour y respirer l'*air vivifiant* des bords de la mer. Le lendemain de son arrivée, il se fit conduire par deux domestiques dans le cabinet de mon père.

Éclairé par d'anciens souvenirs, mon père ne vit dans tous les symptômes énoncés que les effets de l'empoisonnement lent et continu par le tabac.

Sa première question fut pour demander au malade combien il fumait de pipes par jour: « Je ne fume pas de pipes, répondit-il, mais douze à quinze cigares de cinq sous par vingt-quatre heures, car je n'ai que cela pour me désennuyer. — Combien fumiez-vous avant d'être malade? — Je ne sais pas, c'est selon, toujours pas mal, huit à dix; cela me distrait quand je m'ennuie; mais cela est une habitude de toute ma vie, et il ne faut pas s'y arrêter puisque M. Bretonneau lui-même l'a négligée. — Ne croyez pas cela, Monsieur. Du reste, je ne vous demande qu'une chose, quittez l'opium et les vins d'Espagne, ne fumez que deux cigares par vingt-quatre heures, mangez pour tout aliment des côtelettes de mouton peu cuites, buvez pour toute boisson du vin de Bordeaux à moitié coupé d'eau, et revenez me voir dans cinq jours. »

Le cinquième jour M. R... revint trouver mon père, seul et marchant hardiment, sans vertiges, sans titubation. Il n'avait

plus d'anxiété épigastrique, demandait ardemment plus d'aliments, dormait sur ses deux oreilles et se trouvait heureux de sa nouvelle situation.

Mon père permit plus d'aliments, conseilla des douches de vapeur de deux minutes de durée, suivies d'irrigation d'eau de mer froide sur la colonne vertébrale, et bientôt force, vigueur, embonpoint, revinrent chez le malade, qui finit par prendre chaque jour un bain à la lame avec ses muscles et jarrets d'autrefois.

L'année dernière nous revîmes M. B... au Croisic; il ne faisait plus du tabac qu'un usage très-modéré, et sa santé s'était maintenue parfaite.

Mais on perd vite le souvenir des souffrances passées, et l'on revient facilement à ses anciennes habitudes. Bref, mon père m'écrit cette année du Croisic, que depuis quelque temps M. B... avait recommencé à fumer beaucoup trop, et qu'à son arrivée aux bains de mer, il présentait déjà des souffrances de l'estomac, des spasmes musculaires, de l'affaiblissement et une impressionnabilité anormale.

Tous ces accidents se dissipent; ils sont bien moins anciens et moins marqués, du reste, qu'ils l'étaient la première fois. »

J'écrivais ceci au commencement d'août 1859. Quelques semaines plus tard, j'ai revu M. B... au Croisic. Il était alors complétement remis. Mais il craignait bien de ne pouvoir pendant longtemps renoncer à fumer, tant cette habitude invétérée était devenue pour lui un impérieux appel. Mon père tourna la difficulté par le moyen d'un petit artifice qui, tout en permettant l'usage de la cigarette, comme distraction, mettait obstacle à l'intoxication par la nicotine. Il fit laver dans un filtre à café en y jettant d'abord de l'eau ammoniacale, puis de l'eau chaude en très-grande quantité et à plusieurs reprises, le tabac qui devait servir à confectionner les cigarettes. La nicotine, alcaloïde liquide, une fois dégagée de ses sels par l'ammoniaque, se trouvait en partie dissoute, en partie mécaniquement entraînée par l'eau qu'on jetait sur le tabac. C'était à peu près le procédé de Bocarmé sous une autre forme; mais avec cette différence qu'on devait faire usage du tabac épuisé et non pas de la nicotine. Le tabac, une fois lavé, était étendu au soleil en mince couche sur du papier, et on s'en servait quand il était sec. Or, il se trouvait que ce tabac, qui ne renfermait plus, ou presque plus, de nicotine, rappelait encore beaucoup mieux, quand on le fumait, l'odeur et la saveur habituelles du tabac que toutes les feuilles par lesquelles on avait songé à le remplacer. M. B... put s'en contenter; et dès lors il n'éprouva plus de dyspepsie ni de vertiges.

Au point de vue étiologique, cette observtion paraît donc assez probante, même prise isolément.

Or, comme traits fondamentaux, nous y notons surtout l'absence d'appétit, la sensation de douleur atroce, avec inexprimable angoisse, survenant après chaque repas dans la région épigastrique, enfin les vertiges, les éblouissements, la sensation de faiblesse dans les jambes.

Tous ces traits, nous les retrouvons chez le malade de M. Vulpian.

Chez lui, il est vrai, les troubles nerveux n'atteignent pas un si haut degré d'intensité; mais c'est qu'il cessait de fumer durant ses crises gastralgiques, tandis que M. B..., pour se désennuyer, en pareil cas, fumait plus que jamais.

D'une autre part, la gastralgie provoqua plutôt le vomissement chez le malade de M. Vulpian. Mais c'est que, malgré tout son désir d'éviter tout ce qui fatiguait son estomac, il était obligé de faire son ordinaire des vins du commerce parisien, et de la cuisine de restaurant. Il n'avait pas d'ailleurs eu recours à l'opium et au vin d'Espagne pour apaiser les révoltes de l'estomac.

Ainsi, les quelques différences de l'ensemble symptomatique s'expliquent par les différences de genre de vie. Le reste est pleinement comparable, et si d'autres observations viennent confirmer ces premières, la gastralgie nicotianique aura acquis dans les descriptions nosographiques sa place bien déterminée, se distinguant des autres gastralgies par l'intensité des douleurs dans la région de l'estomac exclusivement, sans point névralgique, soit du côté de la colonne vertébrale, soit dans les espaces intercostaux, par leur retour à la suite des repas, par l'inappétence, à peu près complète, pour les liquides aussi bien que pour les aliments solides, par les vertiges, les éblouissements, le sentiment de faiblesse musculaire résultant de la même cause.

Autre forme de gastralgie.

Parlons maintenant d'un autre malade couché au n° 18 de cette même salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, dans le service de M. le professeur Vulpian, et dont nous avons eu déjà à dire, en passant, quelques mots dans l'observation précédente.

Il y a quatre ans que, pour la première fois, cet homme a subi une atteinte dans sa santé, jusqu'alors excellente. Il était âgé de quarante-trois ans.

Marié très-jeune, à vingt et un ans, aimant beaucoup sa femme et ses quatre enfants, il a toujours pris ses repas en famille et bu peu de vin d'habitude. Il était maçon, mais il était rare qu'il s'enivrât avec ses camarades; à peine cela lui arrivait-il une fois par mois. Il ne prenait pas de liqueurs, parfois seulement un verre de vin le matin au moment de se mettre à l'ouvrage.

Pendant le mois de juillet 1873, alors des plus grandes chaleurs, travaillant fort et transpirant beaucoup, il se sentait une soif continuelle et se mit à boire de l'eau en très-grande quantité pendant presque toute la journée. Après quelques jours de ce régime, un soir, deux ou trois heures environ après le repas, il ressentit une gêne douloureuse dans toute la moitié supérieure de l'abdomen. Cette sensation, assez pénible, dura jusqu'au moment où il eut un vomissement, dans lequel, dit-il, il ne rendit absolument que des eaux claires, sans aucun mélange d'aliments. Il en fut de même les jours suivants. Il avait toujours une soif ardente; et généralement une fois par jour, deux à trois heures après un des repas, il sentait la même douleur dans la partie supérieure du ventre, douleur bientôt suivie d'un vomissement aqueux, et qui s'apaisait aussitôt après le vomissement, d'une façon tellement complète que le malade aurait pu se croire guéri définitivement. L'appétit restait excellent, les digestions bonnes.

Vers le commencement de l'automne, les vomissements s'espacèrent davantage. Ils n'avaient plus lieu tous les jours, mais seulement tous les deux ou trois jours. La soif, néanmoins, n'avait pas cessé d'être très-vive. Pour l'apaiser, la veille de Noël, cet homme eut l'idée de se faire une grande cruche de boisson, contenant au moins cinq à six litres, avec des grains du raisin grapillés, que lui donna une marchande ambulante et qu'il écrasa dans de l'eau.

Il but le tout en quelques heures; puis, pendant la nuit, il fit réveillon. Les vomissements acquirent alors une beaucoup plus grande violence, et, pour la première fois, furent alimentaires. Tout travail devint impossible, et cet homme se fit re-

cevoir à l'hôpital Lariboisière, où on lui appliqua deux cautères à la région épigastrique et où il fut soumis au régime lacté.

Il y resta trois mois, bien que les vomissements eussent cessé au bout d'une quinzaine de jours.

Après ce séjour à Lariboisière, il reprit son travail et n'eut pas de rechute jusqu'au mois de juillet. Mais pendant les grandes chaleurs, il recommença à vomir comme il l'avait fait l'année précédente, toujours des eaux très-claires sans mélange d'aliments. Rentré à l'hôpital, il en sortit guéri, au bout de six semaines. Trois mois après, il eut une nouvelle rechute et cette fois se soigna chez lui. L'appétit restait excellent, pendant ces crises, comme dans les intervalles. Jamais de fièvre; aucune douleur de tête; aucun malaise en dehors des accès de gastralgie, mais toujours une soif presque inextinguible.

Au printemps de l'année 1875, nouvelle rechute; mais cette fois les légumes ou les fruits n'étaient déjà plus digérés. Le malade, quand il en prenait, les rendait dans ses vomissements, trois ou quatre heures après le repas. La viande, au contraire, paraissait toujours bien passer. Mais le teint devenait blafard, et l'amaigrissement se dessinait, sans être pourtant excessif. Le malade, depuis ce temps, a dû renoncer à l'exercice de son état, car il suffit qu'il se fatigue durant quelques jours, pour être repris de gastralgie et de vomissements.

Dans le service de M. Vulpian, où il est entré le 24 mai, on a constaté une énorme dilatation gastrique. On ne sent aucune tumeur, ni dans la région du pylore, ni sur aucun point de la paroi de l'estomac accessible à l'exploration.

Les vomissements et le malaise qui les précédaient d'ordinaire se calmèrent aussitôt après l'application d'extrait de belladone à l'épigastre. L'estomac paraît moins dilaté. Mais la soif reste toujours vive, et la pâleur, presque cachectique, de ce malade, peut laisser quelques doutes sur la nature de son affection.

Cependant l'idée d'un cancer latent paraît, dans ce cas, peu probable.

Dans le cancer de l'estomac, l'appétit est en général très-diminué, souvent à peu près nul; tandis que chez cet homme il est très-développé.

Ce n'est pas l'habitude que les cancéreux aient très-soif. Or la soif, à peu près constante, est un des phénomènes accusés ici, même dans l'intervalle des accès.

D'ailleurs, il y a quatre ans déjà que la maladie a débuté, et si c'était vraiment un cancer gastrique, la cachexie devrait être plus accusée. Il y a bien de la maigreur; mais les chairs ont encore une certaine fermeté, les muscles sont loin d'être émaciés et ils sont vigoureux encore.

Si ce n'est pas un cancer, qu'est-ce donc?

Probablement une gastralgie par dilatation, d'abord mécanique, de l'estomac. On comprend que ce viscère ait été distendu par les quantités considérables de liquides ingurgités pendant les chaleurs de l'année 1873.

Sous l'influence de cette distension, les fibres musculaires sont devenues paresseuses, commé il arrive pour la vessie dans des conditions analogues; et la nutrition a souffert, bien que l'appétit restât bon.

Nous reviendrons sur ce sujet dans une autre revue clinique. Notons seulement que depuis six mois environ ce malade éprouvait un point limité de rachialgie, entre les épaules, vers les cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. C'est la seule douleur de dos qu'il ait jamais ressentie.

Blessure par arme à feu. — Balle restée dans la poitrine. Hémorrhagies pulmonaires répétées.

Un malade entré avant-hier à la Charité, salle Saint-Louis, n° 7, service de M. Bourdon, offre un exemple très-curieux et assez rare d'hémorrhagies pulmonaires répétées, occasionnées par la présence d'un projectile dans la poitrine.

Cet homme, âgé de soixante-quatre ans, ayant servi onze ans dans le 1er zouaves, rentra au service, comme engagé volontaire, au moment de la guerre prussienne.

Il partit pour l'armée de Metz avec les deux plus âgés de ses fils. L'un des deux fut tué pendant la campagne; et lui-même, ayant reçu une balle dans l'épaule, à Gravelotte, resta sur le champ de bataille, où les Prussiens le ramassèrent.

La balle paraît avoir pénétré dans le poumon, obliquement, vers les troisième et quatrième côtes, contre le bord interne de l'omoplate du côté droit, après avoir rasé les vertèbres. Il paraît qu'on la sentait très-bien avec le stylet lors du premier pansement; mais l'exploration fut si douloureuse et causa une telle hémorrhagie, que le chirurgien renonça à toute tentative d'extraction.

Il en fut de même à l'hôpital de Coblentz, où le prisonnier blessé avait été transporté d'abord. Un peu plus tard à l'hôpital de Dresde, au mois de mars 1871, la plaie restant toujours ouverte, il y eut une hémorrhagie de près de deux jours de durée, tellement forte que le malade n'avait plus qu'à peine un souffle de vie. Il s'en remit, mais il conserva depuis ce moment un certain degré d'hémiplégie du côté gauche. Il traîne le pied en marchant, il n'a aucune force dans la main, ni dans le bras.

Vers le mois de juin, comme la plaie suppurait toujours avec une grande abondance, on la sonda, et on saisit avec une pince à pansement un morceau de capote qui avait été entraîné par la balle; mais quant à celle-ci, on ne parvint plus à la sentir.

Néanmoins, la plaie se ferma très-vite, une fois qu'on en eut extrait ce morceau de drap, Depuis lors, il n'y eut plus ni douleur, ni gêne dans le dos, ou la poitrine. Jamais d'oppression, jamais de toux; la respiration est très-libre.

Mais voilà déjà cinq ou six fois qu'à des intervalles irréguliers, subitement, cet homme perd connaissance en vomissant des flots de sang provenant de la poitrine. C'est ce qui est arrivé avant-hier. On le transporte alors dans un hôpital, où il entre exsangue, et où il reste à peine quelques jours, tant chez lui la réparation des éléments sanguins, se fait vite. Il reprend bientôt une apparence plutôt de pléthore que d'anémie. Très-robuste autrefois, et très-robuste encore du côté droit, il a exercé pendant dix-huit ans la profession de débardeur. Un de ses fils est fort de la halle et tous les autres sont très-vigoureux.

La poitrine, auscultée avec un très-grand soin dans divers services hospitaliers, a toujours paru parfaitement saine. Aucune trace de tubercules, ni de congestion habituelle.

Comment donc expliquer ces hémorrhagies pulmonaires, presque foudroyantes?

M. Bourdon pense qu'elles sont fournies par les vaisseaux de nouvelle formation de l'espèce de cicatrice au milieu de laquelle la balle reste encastrée. Ces vaisseaux se rompent aisément, comme ceux des pseudo-membranes suite de pachyméningite. Le poumon lui-même, dans son tissu propre, peut rester pleinement étranger à cet accident.

A ce propos, M. Bourdon nous a conté l'histoire d'une malade qui ayant présenté une énorme caverne par suite de gangrène pulmonaire, a très-bien guéri, mais depuis lors,

pendant des années, a éprouvé, presque chaque nuit, sous l'influence de la très-légère congestion de la poitrine causée par la chaleur du lit, des hémoptysies peu abondantes, dont elle-même ne s'apercevait quelquefois qu'en voyant son drap tâché de sang où elle avait posé sa hanche.

Chez elle aussi, la poitrine est restée parfaitement saine, depuis la cicatrisation de la caverne gangréneuse. C'est donc aux vaisseaux de la cicatrice qu'on est en droit de rapporter avec le plus de probabilité, l'exhalation sanguine revenant chaque nuit durant plus de dix ans. Dr Victor Revillout.

THÉRAPEUTIQUE

Le fer, l'arsenic et le phosphore.

Par M. le docteur Xavier Blanchin.

S'il est un fait dont la pratique médicale fasse la preuve de nos jours, c'est certainement que le fer, l'arsenic, le phosphore et quelques autres substances représentent les agents dont la thérapeutique de maladie chronique use le plus et retire les plus grands services.

Isolément, chacun de ces agents a ses affections morbides qui réclament son emploi presque comme spécifique de l'affection, et, lorsqu'on les réunit, il n'est pas rare de trouver des maladies complexes, dont les deux ou trois principaux symptômes indiquent l'administration.

Ainsi, le fer, dont la pharmacopée a tant multiplié depuis quelque temps les préparations, n'est il pas le remède de tous ces vices ou défauts de la circulation qui forment le fonds morbide du plus grand nombre de malades de nos générations actuelles? Les anciens le savaient par expérience; mais aujourd'hui que l'observation physiologique a démontré que le fer entre dans la constitution organique des globules sanguins, qui peut douter que cet agent ne soit le réparateur de toutes les affections d'essence anémique?

L'arsénic n'est pas nouveau dans les usages thérapeutiques non plus; mais la clinique moderne a fait avec lui tant d'expériences que nous le voyons produire les meilleurs effets sur des affections qu'on n'avait jamais songé à traiter avec son concours. On savait que l'arsenic avait des propriétés curatives sur certaines infirmités de la respiration, on savait, disons-nous, que c'était un remède respiratoire; mais on ignorait encore ce qu'on avait constaté, à savoir qu'il est heureusement employé contre les maladies de la peau les plus rebelles, contre les fièvres intermittentes dont la quinine ne peut venir à bout, contre les reliquats les plus tenaces de la syphilis, et puis enfin contre la plupart des névroses qui portent sur les organes digestifs et bronchiques.

Le phosphore en nature est d'administration thérapeutique assez restreinte, mais à l'état de phosphate aucun agent n'a d'indication plus utile que lui en pathologie, relativement surtout aux maladies du système osseux si fréquentes dans le jeune âge. Il nous suffit de savoir que selon l'analyse de Berzélius, les os sont composés naturellement de 53 pour 100 de phosphate de chaux, mais qu'aussitôt qu'apparaissent les signes de l'affection rachitique cette proportion diminue, d'où l'indication rationnelle d'ordonner cet agent dans tous les cas de ce genre. Or, c'est particulièrement dans l'enfance qu'ils se montrent et qu'il faut aviser de mettre ce médicament sous la forme qui convient aux enfants. On va voir pourquoi nous faisons ici cette remarque.

Après avoir ainsi constaté ce que sont le fer, l'arsenic et le phosphore dans la matière médicale moderne, si nous jetions un coup d'œil sur les maladies chroniques qui grèvent les organismes de notre temps et en font, pour ainsi dire, la constitution morbide, nous resterions convaincus que la préparation médicamenteuse qui associerait le mieux ces trois agents curatifs et en rendrait l'administration la plus facile à généraliser, répondrait au plus pressant besoin de la clinique.

Si on n'a pas atteint cette perfection, c'est au moins le but qu'on s'est proposé en préparant les dragées, composées des éléments naturels de la source Dominique, qu'on sait être les sels basiques ferreux, arséniaux et phosphatiques qui en distinguent la minéralisation.

Du reste, aussitôt que le corps médical a été instruit de la préparation de ces dragées, l'accueil qu'il leur a fait et les bénéfices curatifs qu'il en a obtenus dans la pratique, démontrent qu'on satisfait avec elles un besoin qu'on ne remplissait pas avec les nombreuses préparations de ce genre.

L'agrément et la facilité d'administration que présentent les dragées Dominique n'ont pas été pour peu de chose dans la préférence que leur donnent les médecins, ceux notamment qui ont la spécialité de soigner les enfants et les jeunes filles à qui conviennent, si souvent, les éléments actifs qu'elles renferment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. Duplay fait hommage à la Société du troisième fascicule du tome V, de son *traité de pathologie externe*, et un recueil des *conférences de clinique chirurgicale* qu'il a faites à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Verneuil présente, de la part de M. Lirot, élève du Val-de-Grâce, un mémoire sur deux cas de *Chéloïde inguinale spontanée*.

M. de Saint-Germain donne lecture d'une lettre de M. Krishaber relative au malade dont M. Gillette a parlé dans le dernière séance, et qui a succombé après une trachéotomie par le thermo-cautère. Ce malade, atteint d'un cancer du larynx, est mort d'une pleurésie le dix-huitième jour après l'opération. La trachée, dont les anneaux étaient ossifiés, avait été ouverte avec le bistouri. La perte de substance qu'a signalée M. Gillette, était due, comme cela arrive fréquemment, au séjour prolongé de la canule dans l'ouverture d'une trachée dont l- vitalité était fort altérée. On n'en peut donc rendre responsable le thermo-cautère, et M. Krishaber garde encore à cet instrument, la préférence, toutes les fois qu'il s'agira d'opérer un adulte.

PRÉSENTATION DE MALADE

Trachéotomie par le thermo-cautère. — M. Paulet présente un petit malade qui a été trachéotomisé à l'aide du thermo-cautère, par M. Verneuil, il y a vingt jours. La canule a été enlevée il y a huit jours. La plaie est encore large de deux à trois centimètres, mais superficielle. Il existe encore un très-petit pertuis qui laisse passer l'air. Le voile du palais est encore paralysé, ce qui explique le ronflement qu'on entend dans les fortes inspirations.

M. Desprès croit plutôt que ce bruit est un véritable cornage produit par un rétrécissement de la trachée. Il serait utile de revoir cet enfant dans un an pour savoir ce qu'il est devenu au point de vue de la respiration.

M. Paulet ne pense pas qu'il s'agisse de cornage; la trachée ayant été incisée avec le fer et non avec le feu, n'a pas éprouvé de perte de substance, ni après, ni pendant l'opération, qui explique un rétrécissement. Le bruit que l'on perçoit est un bruit de drapeau produit par la vibration du voile du palais encore paralysé, et non un bruit de cornage.

M. Verneuil réfute très-énergiquement l'opinion émise par M. Desprès. Il est très-commode, quand on en a l'habitude, d'affirmer des faits sans aucune espèce de preuves, mais des assertions lancées à la légère et de parti pris, ne peuvent tenir contre des faits observés sérieusement par des hommes compétents. Toute polémique scientifique est impossible avec des personnes qui n'ont, sur un sujet, aucune expérience personnelle et qui ne veulent pas en acquérir. Tous les chirurgiens ont vu des plaies affreuses succéder à des trachéotomies faites par le bistouri. L'œdème du cou, le spha-

cèle de la plaie ne sont pas choses fort rares. M. Krishaber a, par hasard, fait cette opération dix fois avec le bistouri et dix fois avec le thermo-cautère. Il a donc le droit de se prononcer en connaissance de cause en faveur du thermo-cautère lorsqu'il s'agit d'opérer un adulte.

M. DESPRÈS ne veut pas répondre à la leçon que lui donne M. Verneuil, et préfère s'en tenir à ce qu'il a appris dans les maîtres anciens. Il y a bien longtemps qu'on a proposé de faire la trachéotomie avec le fer rouge. Collinot l'a faite en 1829. Mais on y a bien vite renoncé. Même lorsque la trachée n'a pas été ouverte avec le feu, il se produit quelquefois des rétrécissements qui peuvent être dus aussi bien à des brides extérieures qu'à une rétraction cicatricielle de cet organe.

COMMUNICATION

Résection du nerf sous-orbitaire. — M. TILLAUX communique une observation de résection du nerf sous-orbitaire à son entrée dans le canal sous-orbitaire, dans le fond de l'orbite, opération qu'il a pratiquée sur une femme de trente et un ans, depuis longtemps domestique de M. Notta (de Lisieux), membre correspondant de la Société. Cette malade, de constitution lymphatique, avait ressenti, à l'âge de vingt ans, des douleurs dans les molaires supérieures gauches. Peu après, apparut un écoulement fétide par le nez. M. Notta perfora le sinus, après avoir extrait la première grosse molaire, et laissa une mèche dans l'ouverture. Quelques injections iodées furent faites, et la malade resta guérie pendant neuf ans; elle souffrait seulement de névralgies assez fréquentes.

En 1873, la douleur devint permanente et l'écoulement nasal reparut. Le sinus était gonflé. La même opération fut faite, après l'extraction de la deuxième petite molaire. Un drain permit de faire des injections de teinture d'iode et de liqueur de Villate. Après de nombreuses alternatives de calme et de malaise, ce dernier état précédant toujours l'ouverture d'un nouvel abcès, la douleur disparut complétement en janvier 1875. Il n'y avait plus alors qu'une légère suppuration, Le drain fut laissé en place, mais les injections furent suspendues. Au mois d'août, les douleurs reparaissent; la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent ne produit pas d'amélioration, mais elles cèdent toujours à des injections de morphine.

Exténuée par ces longues souffrances qui duraient depuis douze ans, la malade qui avait été vue déjà à plusieurs reprises par MM. Magitot et Tillaux, fut amenée à Paris par M. Notta, et entra le 5 mai de cette année à l'hôpital Lariboisière, décidée à tout pour se guérir. La douleur, très-intense, partait du point sous-orbitaire, et rayonnait dans le globe de l'œil, en s'accompagnant de conjonctivite et de larmoiement. M. Tillaux résolut de mettre à nu le nerf sous-orbitaire dans sa gouttière et d'en faire la section en avant du ganglion sphéno-palatin. A cet effet, il fit une incision horizontale dans le pli de la paupière, et, à l'extrémité interne de cette incision, une seconde, verticale, qui se terminait dans l'aile du nez. Il lia ensuite le nerf sous-orbitaire; puis, il décolla la sclérotique, et, soutenant le globe de l'œil avec une petite cuiller, il fit sauter avec la gouge la paroi supérieure de la gouttière, et mit à nu le nerf tout entier qu'il put saisir avec des pinces, et arracher sur une longueur de six centimètres.

L'examen histologique de ce nerf a été fait par M. Ranvier. Il était hypertrophié, mais ses éléments n'étaient pas altérés. Après cette partie de l'opération, le sinus margillaire, largement ouvert par sa paroi antérieure, fut exploré avec le doigt. M. Tillaux y trouva deux ostéophytes implantés sur la paroi supérieure, et en fit l'extraction. Le 18 mai, la malade retourna guérie à Lisieux.

DISCUSSION

M. DUPLAY pense que la seconde partie de l'opération, c'est-à-dire le défoncement du sinus, qui aurait pu être ouvert par la bouche pour éviter une cicatrice, et l'enlèvement des ostéophytes auraient peut-être suffi pour guérir cette névralgie rebelle.

M. PAULET a vu employer par Sédillot un procédé analogue; mais il ne faisait, ainsi que le conseille Malgaigne, qu'une incision horizontale.

M. MAGITOT aurait commencé par ouvrir largement le sinus. La pathogénie des affections de cette cavité est toujours constante; elles sont dues à une périostite du sommet d'une racine qui s'abcède et s'ouvre dans le sinus.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer qu'il est commun de voir, après une résection de nerf, comme après une amputation, la douleur disparaître d'abord, puis reparaître peu à peu. Il sera intéressant de suivre cette malade à ce point de vue.

M. TILLAUX ne prétend pas avoir inventé cette opération, mais seulement la succession dans les temps, qu'il croit plus méthodique que celle que l'on a suivie jusqu'alors. Il a arraché le nerf en entier, parce que la simple incision ne suffit pas. La résection même d'une partie du nerf ne met pas toujours à l'abri d'une récidive, surtout chez les jeunes sujets. Il se souvient d'avoir réséqué sur des chiens un centimètre et demi à deux centimètres du nerf récurrent, pour les empêcher de crier, et d'avoir vu reparaître la voix, chez ceux qui étaient jeunes, en un mois. Il a fait l'autopsie de ces derniers et a constaté que le nerf s'était réparé. Quant à l'observation faite par M. Paulet, M. Tillaux croit qu'il est très-difficile de découvrir le nerf sous-orbitaire avec une simple incision horizontale, et l'incision verticale qu'il y a ajoutée, et qui donne une bien plus grande facitité pour l'opération, n'augmente pas beaucoup la difformité puisque la cicatrice se perd dans le pli du nez.

M. ROCHARD juge cette opération parfaitement conçue et dirigée. Le chirurgien ne devait pas s'exposer à revenir à deux fois pour un cas aussi persistant, et la malade sera la dernière à se plaindre de la petite difformité qui résultera de l'opération, en présence de la guérison qu'elle demandait si instamment.

M. FORGET est du même avis. C'est une opération excellente et très-habilement faite, et un exemple à imiter. Mais il sera bon néanmoins de suivre cette malade.

M. TILLAUX ne manquera pas d'en donner des nouvelles. Rien ne sera plus facile, l'opérée étant restée au service de M. Notta.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. POLAILLON présente un enfant auquel il a fait récemment une opération d'anus contre nature, pour une imperforation, mais l'enfant a succombé à une péritonite. Un autre enfant, né avec la même malformation et opéré quelques jours auparavant, est, au contraire, très-bien guéri aujourd'hui.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

66. Audibert. Essai sur le rôle du sang dans le phénomène de la généralisation du cancer de l'estomac.
67. Berlioz. Contribution à l'étude de l'herpès palpébral.
68. Manquat. Essai sur les décollements épiphysaires traumatiques.
69. Richet. Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité.
70. Dureau. Du traitement de la sciatique rebelle par les injections de nitrate d'argent.
71. Simoneau. De la conservation des mouvements associés dans les hémiplégies de cause cérébrale.
72. Viard. Étude sur les résultats définitifs des amputations.
73. Arjo. Historique du traitement chirurgical des cavernes pulmonaires.
74. Hervéou. Cancer primitif du péritoine.
75. Arnold. Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité.
76. Boucher. De la maladie de Parkinson, paralysie agitante, et en particulier de la forme fruste.
77. Robin. Essai d'urologie clinique; la fièvre typhoïde.
78. Mercier. Sur le traitement du zona, notamment par les applications topiques du perchlorure de fer.
79. Chauveau. Contribution à l'étude de la vaccine originelle.

80. Festal. Étude sur le délire nerveux traumatique.
81. Pascalin. De la dilatation permanente et progressive dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.
82. Janicot. Étude sur un nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation (dilatation immédiate progressive du professeur Le Fort).
83. Miquel-Dalton. Les lésions des organes génito-urinaires dans le diabète sucré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps de l'internat vient de faire une perte douloureuse en la personne de M. Auguste Charles Artus, interne de l'Hôtel-Dieu, décédé à l'âge de vingt-six ans. Ses obsèques ont eu lieu hier, mercredi, en l'église Saint-Julien-le-Pauvre.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — Le docteur Auguste Voisin a repris et continuera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, à la Salpêtrière, pendant les mois de juin et de juillet, le jeudi à neuf heures et demie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* M. Ritter, agrégé et professeur adjoint, est nommé professeur titulaire de chimie médicale et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Blondlot, décédé.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Une nouvelle commission, dont les membres ont été choisis dans les divers corps compétents, a repris l'étude de la question des hôpitaux; elle s'est ralliée au projet de construction d'un nouvel hôpital, qui avait été écarté par les commissions précédentes. On rejette donc définitivement les réparations, agrandissements, etc., des hôpitaux Saint-Charles et Saint-Léon, projets, dont nous avons, ici même, signalé les nombreux inconvénients. (Voir nº 27, 6 mars 1877).

Après avoir édifié les bâtiments, il faudra aviser aux moyens de les remplir de malades; pour y parvenir, le conseil général de Meurthe-et-Moselle a contribué intelligemment à augmenter les ressources cliniques de la Faculté, en votant une somme de 5,000 francs, qu'il a laissée complétement et sans restriction à la disposition du doyen, pour payer les journées d'hôpital que les chefs de service voudront recevoir dans leurs salles, quelle que soit l'origine de ces malades.

— *Distinctions honorifiques.* — MM. Gagnon, professeur adjoint à l'École de médecine de Clermont, et Blatin, professeur suppléant à la même école, sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Dubrisay est nommé médecin suppléant au théâtre national de l'Opéra.

— M. le professeur Hébert, en son absence M. Ch. Velain, répétiteur à la Faculté des sciences, fera dimanche 17 juin, une excursion géologique à la Butte-aux-Cailles et à Gentilly. Rendez-vous à l'angle du boulevard d'Italie et de la rue du Moulin-des-Près, à sept heures précises.

— On lit dans la *Revue de medecine et de pharmacie de l'empire Ottoman*:

L'épidémie poursuit à Bagdad sa marche ascendante. D'après l'office sanitaire, le septénaire qui s'est écoulé du 22 au 28 avril signale 273 décès de peste, contre 48 décès causés par des maladies ordinaires. Comparativement au dernier bulletin, il n'y a que 25 décès de peste en plus. La maladie concentrée dans l'enceinte de Bagdad, ne s'est pas propagée au-dehors, et le vilayet continue à jouir d'une santé relativement satisfaisante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du système nerveux. Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris en 1877, par A. VULPIAN, doyen de la Faculté de médecine; médecin de la Charité, etc., etc. Recueillies et publiées par le docteur BOURCERET, ancien interne des hôpitaux, et revues par l'auteur.

Cet ouvrage paraîtra par livraisons de 32 pages grand in-8º avec figures et formera un beau volume à la fin de l'année. Les livraisons paraissent très-régulièrement le 1er et le 15 de chaque mois depuis le 15 mai. Prix de chaque livraison : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Mémoires de chirurgie. Tome Ier : *Chirurgie réparatrice*, par le docteur A. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8º de 992 pages. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Étude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme, fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes, par le docteur Jean CUSSET. — In-8º de 240 pages avec 2 planches. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Manuel de pathologie générale et de diagnostic, par le docteur Léon MOYNAC, ancien interne des hôpitaux, ancien professeur libre de pathologie et de clinique. 1er fascicule. — 1 vol. in-12 de 360 pages. Prix de l'ouvrage complet, se payant d'avance, 8 francs. — H. Lauwereins.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 70. — MARDI 19 JUIN 1877. 50e ANNÉE. MARDI 19 JUIN 1877. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Tubercules du cerveau et méningite finale. Ophthalmoscopie révélant une double névro-rétinite. — Mort, thrombose gazeuse des veines de la rétine. Autopsie. — Signes ophthalmoscopiques de la mort.

Il vient d'entrer cette semaine deux cas de méningite, dans lesquelles l'ophthalmoscope vous a révélé, dès le premier jour, l'existence de cette névro-rétinite corrélative, d'une altération du cerveau et des méninges, que j'ai découverte en 1862 (1). A ce titre, ces faits ne doivent pas rester inaperçus pour vous. Ils confirment les lois que j'ai établies il y a quinze ans et dont l'exactitude a été constatée par un grand nombre d'observateurs qui, aujourd'hui, prennent volontiers la chose en oubliant de citer l'auteur. De toutes parts, l'ophthalmoscope entre dans les habitudes du médecin, et dans les maladies du cerveau ou de la moelle, vous ne pouvez pas plus vous passer d'examiner l'œil, que vous n'oubliez d'ausculter dans les maladies du cœur et des poumons.

Il y a dans cette exploration le moyen de découvrir des signes nouveaux, qu'il faut ajouter aux autres symptômes des maladies cérébro-spinales. C'est toute une sémiotique nouvelle, et chaque jour, ici, de nouveaux faits vous montrent son importance.

L'œil qui, anatomiquement, représente le cerveau et ses membranes souffre de la même façon que ces organes.

Le nerf optique, présente habituellement les mêmes altérations que le cerveau, et la choroïde et la rétine sont affectées de la même manière que la pie-mère et l'arachnoïde. Il n'y a pas jusqu'aux diathèses tuberculeuse, syphilitique, leucémique, albuminurique et glycosurique, qui ne soient représentées au fond de l'œil.

Sous ces rapports, je puis répéter ce que j'ai tant de fois dit depuis l'époque de ma première publication : — *Dans l'œil le médecin peut voir ce qui se passe dans le cerveau.* Ce sont des signes qu'il faut savoir traduire en diagnostic.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, mars 1862. *Du diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope.*

Chez les enfants qui font l'objet de cette leçon, les symptômes ont été, dans un cas, ceux de l'*encéphalite tuberculeuse* et dans l'autre ceux de la *méningite*. Par le dessin au pastel que je vous ai montré, vous avez pu voir la forme de la névro-rétinite que plusieurs d'entre vous ont constatée après moi. La mort est survenue et l'autopsie permet de vérifier le diagnostic, d'après les pièces qui sont là sur la table.

Voici l'histoire de ces malades.

Obs. I. — *Tubercules du cerveau. Méningite aiguë consécutive. Névro-rétinite.* — La nommée C..., âgée de huit ans et demi, Entrée le 30 avril 1875, salle Sainte-Catherine, lit n° 11, service de M. Bouchut.

Cette enfant, malade depuis trois jours, a été prise de fièvre et de somnolence, sans vomissement et sans constipation, puis elle a eu au troisième jour une violente convulsion avec perte de connaissance qui a duré plusieurs heures.

A son entrée ; somnolence, soupirs, quelques cris, pas de convulsion ni de paralysie.

Dans les deux yeux, névro-rétinite partielle bornée au côté externe de la papille où se trouve un exsudat mince, qui voile le côté de la papille. Vaisseaux veineux très-dilatés, et en dedans la papille est nette, bordée d'une ligne de pigment noir.

L'enfant est restée dans le même état deux jours, soumise au traitement par l'iodure de potassium, puis elle a eu une hémiplégie de la face et des membres à droite, et elle a succombé.

5 mai. *Autopsie*, vingt-cinq heures après la mort.

Le *cerveau* paraît tuméfié et les circonvolutions sont aplaties. Les *veines méningées* sont distendues et, çà et là, remplies de caillots. Les *sinus de la dure-mère* sont remplis de sang noir, liquide, et fortement distendus. La *pie-mère* est infiltrée de sérosité légèrement opaline, et à la scissure de Sylvius il n'y a aucun épaississement, ni trace purulente. On trouve seulement un peu d'infiltration purulente à la partie supérieure du cervelet. A la base du cerveau et dans les scissures, il n'y a pas de granulations tuberculeuses.

A la convexité de l'hémisphère gauche, on trouve dans la pie-mère *un petit tubercule jaune* gros comme une lentille ; et dans le même hémisphère et dans la scissure hémisphérique, *vingt tubercules jaunes*, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Autour de l'un de ces tubercules la substance est un peu rougeâtre et ramollie.

Il n'y a rien de semblable à droite. Dans les yeux, la papille est gonflée, infiltrée, et la *gaîne du nerf optique*, légèrement distendue par un peu de sérosité.

Les ventricules latéraux renferment une petite quantité de sérosité qui les distend. Les parois sont un peu ramollies ; la voûte aux trois piliers crémeuse, diffluente, et, au niveau du corps strié et de la couche optique, quelques points de substance nerveuse rougeâtre, vasculaire, un peu ramollie, offrant un piqueté sanguin confluent. Rien de semblable à droite.

Dans le reste de la substance cérébrale, les corps striés, la protubérance et le cervelet, rien de particulier.

Les deux poumons présentent aux sommets des noyaux de congestion et de pneumonie, semés d'une innombrable quantité de petits tubercules jaunes; quelques-uns crûs, de la grosseur d'un noyau de cerise. Quelques autres, par leur expulsion au dehors, ont formé de petites cavernules.

La *plèvre* et les deux poumons sont adhérents par de la pleurésie sèche.

Le *foie* et la rate présentent une assez grande quantité de granulations tuberculeuses. Rien aux reins.

Les *ganglions mésentériques* sont engorgés, quelques-uns hypertrophiés.

Rien aux épiploons ni à l'intestin.

Le *cœur* offre une légère endocardite végétante mitrale aigüe.

Obs. II. — *Tubercules du cerveau et tuberculose générale. Méningite aiguë consécutive. — Névro-rétinite. — Mort. — Décoloration immédiate de la choroïde. — Disparition des artères de la rétine. — Pneumatose des veines rétiniennes. — Signes immédiats de la mort.* — La nommée D..., âgée de quatre ans. Entrée le 4 mai 1875, salle Sainte-Catherine, lit n° 31. Service de M. Bouchut.

Cette enfant, sur laquelle on a peu de renseignements, est malade depuis quinze jours. Elle fut prise de tristesse, de somnolence avec constipation. Elle a vomi pendant deux jours. La constipation dure encore.

5 mai. A son entrée, elle était dans un sommeil profond, accompagné de soupirs. Elle poussait de temps à autre des cris. Elle n'avait eu ni convulsions ni paralysie. La température était à 37°6 et son pouls à 160. Elle avait un peu de strabisme convergent. Les deux yeux présentaient une *double névrite optique*, avec *rétinite voisine*, caractérisée par un large exsudat grisâtre couvrant les deux papilles et s'étendant sur la rétine avoisinante. Au-dessus se trouvent quelques plaques blanchâtres diffuses de stéatose rétinienne. Les veines sont minces et les artères peu visibles.

Elle est restée dans cet état vingt-quatre heures; puis se sont montrées des convulsions, et elle a succombé le 6 mai, six heures du soir.

8 mai. *Autopsie* (trente-huit heures après la mort).

Le *cerveau* offre des circonvolutions aplaties par leur compression de dedans en dehors, à l'aide d'un épanchement séreux ventriculaire.

La *pie-mère* est assez pâle, légèrement peu infiltrée de sérosité opaline, purulente et offre des vaisseaux avec quelques thromboses fibrineuses et gazeuses. Au-dessous de la pie-mère, sur certains points, on voit des *noyaux tuberculeux*, formés de matières jaune, verdâtre, dure, pénétrant dans la substance grise et la substance blanche ramollie, qui ne sont autres que des tubercules. L'un d'eux est un peu ramolli. Il y a un tubercule de même nature dans le cervelet, et qui a le volume d'une petite noisette. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité transparente et leurs parois sont ramollies, crêmeuses.

A la base du cerveau, dans l'hexagone cérébral et dans la scissure de Sylvius, les membranes conservent leur transparence, sans infiltration de pus et sans granulations miliaires visibles.

La *gaîne des nerfs optiques* est remplie de sérosité, et le nerf libre dans cette gaîne, en sort comme un gland du prépuce.

Les *deux poumons* sont remplis de granulations tuberculeuses, on trouve aussi quelques tubercules crûs en voie de ramollissement.

Dans le *cœur*, on trouve une endocardite végétante mitrale très-caractérisée.

Dans le *foie*, la *rate*, les *reins*, tout le *péritoine* et le *mésentère*, on trouve également un grand nombre de granulations tuberculeuses.

Dans le premier cas, chez C..., l'invasion de la maladie, si différente de celle qu'on observe dans la méningite et la névro-rétinite avec présence des artères et dilatation des veines, m'ont fait dire qu'il n'y avait qu'encéphalite tuberculeuse sans épanchement. L'autopsie montre l'exactitude de ce diagnostic. En effet, de nombreux tubercules du cerveau, entourés de substance cérébrale rougeâtre, ramollie, sont disséminés dans le cerveau. Voilà pour l'encéphalite et, avec elle, la névro-rétinite placée sous sa dépendance. Des thromboses veineuses méningées, faisant obstacle à la circulation veineuse du cerveau, produisaient le gonflement des veines rétiniennes observé pendant la vie. Voilà pour la dilatation des veines de la rétine vue à l'ophthalmoscope. Enfin, comme il n'y avait pas d'épanchement ventriculaire et pas de forte compression du cerveau, les artères ophthalmiques n'étaient pas comprimées et on voyait les artères de la rétine. C'est la preuve que nous avions bien vu dans l'œil ce qui existait dans le cerveau.

Dans l'autre cas, chez D..., les symptômes ont été différents, ils ont été tout d'abord ceux de la méningite avec hydrocéphalie.

Nous avions vu dans l'œil une névro-rétinite, qui était le signe d'une méningo-encéphalite tuberculeuse, une dilatation rétinienne, qui était le signe de thrombose des veines méningées. Enfin la disparition de l'artère rétinienne comme signe de la compression du nerf optique.

Tout cela a été vérifié par l'autopsie. Des tubercules du cerveau et du cervelet, dont quelques-uns sont entourés de substance cérébrale ramollie; une suffusion opaline purulente légère, de la pie-mère à la convexité des hémisphères; enfin, un énorme épanchement ventriculaire comprimant le cerveau de dedans en dehors, voilà ce que vous pouvez voir.

De plus, il y avait suffusion séreuse de la gaîne du nerf optique, comprimant le nerf, ce qui explique la disparition de l'artère rétinienne.

Ces deux enfants offraient, en outre, une tuberculose générale des poumons et des principaux viscères.

Il y a eu, en outre, chez l'un de ces enfants morts, au moment de la visite, quelque chose de très-curieux au point de vue de l'ophthalmoscopie. C'est la décoloration de la choroïde, l'opacité de la rétine, la disparition de la papille et la séparation de la colonne sanguine des veines rétiniennes, due à la pneumatose spontanée de ces veines, *signes immédiats de la mort*, que j'ai fait connaître il y a quelques années et que M. Poncet a cru découvrir trois ans plus tard.

Ce fait a dû attirer notre attention, et j'ai été heureux de vous le faire constater. Il montre un phénomène qui n'est pas encore très-connu, et qui a une grande importance, c'est le dégagement des gaz du sang privé de vie. Déjà signalé par Morgagni, ce phénomène est entièrement oublié, et chose curieuse, c'est l'ophthalmoscope qui le fait revivre. En voyant, chez tous les sujets qui meurent, la colonne sanguine des veines rétininiennes, se diviser et faire un signe de mort, je cherchai sa cause, et comme je trouvai la même séparation dans le sang des veines méningées, où les bulles d'air sont visibles, comme l'indique Morgagni, je pensai que ces deux faits devaient être liés l'un à l'autre. C'est ce qui m'a fait donner au phénomène de l'œil le nom de pneumatose, comme il faut le donner au phénomène des veines de la pie-mère cérébrale.

Selon toute probabilité, c'est le défaut de pression veineuse, qui laisse les gaz du sang se dégager et reprendre leur liberté. Les gaz divisent la colonne sanguine veineuse, que rien ne peut mettre en mouvement, puisque les artères sont vides et que le cœur est inerte. De leur présence dans les veines du cerveau et des membres résulte le fractionnement de la colonne sanguine, et c'est à leur présence aussi, qu'il faut rapporter la division de la colonne sanguine des veines de la rétine. Ici encore, nous pouvons conclure du fond de l'œil au cerveau, et

dire, que lorsqu'il y a thrombose gazeuse des veines rétiniennes, il y a thrombose semblable des veines méningées.

Comme vous le voyez, ces deux faits, étudiés pendant la vie et aussitôt après la mort, nous fournissent une fois de plus la preuve de l'existence d'une sémiotique nouvelle des maladies du cerveau que vous ne pouvez plus négliger, et c'est là ce que je voulais établir dans cette discussion.

Le traitement a été ici ce qu'il est ordinairement dans ces cas désespérés.

J'ai prescrit, sans beaucoup d'espérance, une potion avec l'iodure de potassium 2 grammes, remède qui a été vanté contre la méningite et qui n'a pas donné, tant s'en faut, ce qu'on a promis en son nom, et cela n'a produit aucun effet. Mais il faut le dire, la maladie était très-avancée et il n'y avait à compter sur l'efficacité d'aucune espèce de médication.

PELLAGRE SPORADIQUE

Par M. le docteur J. Marty
Lauréat de la Faculté de Paris, médecin aide-major.

I

L'histoire de Julie C..., que nous allons rapporter, offre un de ces exemples encore assez rares où le maïs n'a joué aucun rôle dans l'apparition du syndrome complexe qu'elle présenta. Reste l'assimilation à la pellagre. Serait-ce une pseudo-pellagre? M. Roussel reproche à plusieurs observations publiées dans les recueils et dans divers ouvrages de laisser en doute le diagnostic. C'est le seul point de vue que nous nous proposons d'envisager, et, si l'on nous accorde que les symptômes que nous allons énumérer sont bien ceux décrits par tous les auteurs qui se sont occupés de ce singulier état, si nous montrons que la totalité, ou à peu près, a été relevée chez notre malade, nous sera-t-il permis de demander avec Béhier par quel caractère distinctif la fausse pellagre diffère de la pellagre vraie et légitime dans des cas semblables?

Julie C..., quarante-huit ans, est couchée au lit 21 de la salle Sainte-Anne (Hôtel-Dieu), service de M. le professeur Béhier, suppléé par M. le professeur agrégé Liouville.

La malade est assez agitée. Au premier aspect, elle présente un état cachectique très-prononcé. La maigreur est extrême, les yeux enfoncés dans l'orbite. Toute sa personne est dans un état de saleté notable. Le teint d'une couleur bistrée.

Cette malade est lypémaniaque. Pendant tout notre interrogatoire, elle cherche à revenir sur quelques sujets que nous signalerons plus loin. Cependant, il est possible d'obtenir d'elle quelques renseignements et de reconstituer son histoire d'une façon sommaire, car elle répond à chacune des questions qu'on lui adresse; mais si on la laisse parler, elle revient immédiatement vers ses idées favorites.

Elle a été réglée, nous dit-elle, à quatorze ans, sans difficulté. Son histoire pathologique semble assez chargée. En 1860, elle a été mise dans une maison de santé, à la Ville-Évrard. Elle souffrait déjà de troubles intellectuels, car elle ne tarda pas à être transportée à Charenton. Le nom de Calmeil se retrouve dans son récit, et, à ce moment, dit-elle, un avoué voulut la faire interdire. A cet épisode de sa vie, elle mêle le récit d'un jugement, de quarante juges en rouge et autres choses semblables.

En 1866, elle entra pour tenir des livres chez un carrossier des Champs-Élysées; la guerre vint; pendant le siége, elle fut malade et entra à la Charité. Elle y eut plusieurs syncopes. Après la guerre, n'ayant rien à faire, elle se mit à donner des leçons à des domestiques, ce qui lui rapportait juste de quoi avoir du pain.

Ses loisirs, dit-elle, étaient employés à écrire un ouvrage dans lequel elle racontait toutes les infamies qu'on lui avait faites et la façon dont on l'avait dépouillée d'une très-grande fortune.

Cette idée et celle de son jugement sont les deux sur lesquelles elle revient sans cesse.

Elle trouva une place à Courbevoie, comme domestique. L'influence d'une bonne nourriture lui rendit quelques forces, mais elle n'y resta qu'un an, alla à la Salpêtrière, où elle resta sept semaines.

Depuis lors, reconstituer son histoire est presque impossible; elle parle d'un séjour rue Picpus, où elle aurait été dépouillée de valeurs, d'un retour à Courbevoie. Puis, un jour, elle en sortit de nouveau, et vint vers les Champs-Élysées, sous l'influence certaine d'un accès de démence. Elle se mit à coucher dans les bosquets, en prenant garde de n'être pas vue. Pendant deux mois et demi, d'après elle, elle resta à coucher dehors, se nourrissant avec 20 centimes de pain et 10 centimes de vin par jour. Pendant ce temps, elle aurait énormément souffert, mais ne se portait pas trop mal, sauf des battements de cœur violents et quelques vertiges.

Puis, dès le début de ce dernier épisode de sa vie, ses jambes commencèrent à enfler, ses mains prirent leur aspect parcheminé. Elle ne s'en servait qu'avec peine. Elle maigrissait et sentait ses forces s'en aller chaque jour. Ses vertiges étaient remplacés par une sensation d'impulsion rotatoire à gauche, qui, souvent, finissait par une chute.

Un jour, elle sentit qu'elle s'en allait tout à fait, elle se mit en vue, et fut secouru par les sergents de ville, qui la conduisirent au Palais-de-l'Industrie, d'où elle vint à l'Hôtel-Dieu.

La malade raconte toute cette histoire avec assurance. Les mots viennent avec facilité. La parole est lente, mais ne comporte ni bégaiement ni hésitation d'aucune sorte.

Comme autres antécédents pathologiques, elle nous dit avoir été mariée, avoir fait une fausse couche à deux mois et demi. Elle a cessé de voir à quarante et un ans. Jamais de pertes. Elle n'a point consommé de maïs.

Depuis six mois, essoufflement; depuis quinze jours, malaise e fièvre. Quelques chutes, autant par état de faiblesse que par suite de la gêne fonctionnelle; fourmillements dans les mains.

27 octobre 1875. — Cheveux clairsemés. La malade en rapporte la perte à une date récente.

Voici l'examen actuel :

Pas d'inégalité des pupilles; elles se contractent bien. Pas de troubles de la vision, sauf quelques sensations de corps flottants, que la malade qualifie de perles d'or.

L'ouïe est saine. La malade a eu quelques bourdonnements il y a un an environ. Il ne lui en est rien resté.

La malade peut lever les deux bras avec facilité. Du côté du membre supérieur droit, elle fait agir les cinq doigts. Du côté gauche, le pouce et l'index seuls sont bien libres; les autres semblent paralysés.

En rapport avec l'état de la motilité, la sensibilité est conservée sur toute l'étendue du membre droit. Elle est presque nulle sur les trois derniers doigts et le bord interne du bras gauche.

Lorsque la malade veut saisir le porte-plume que nous lui présentons et que nous tenons à la hauteur des yeux, elle dirige ses mains avec lenteur, mais sans tremblement ni secousses, et atteint directement l'objet présenté.

Les jambes ne présentent pas d'altération semblable de la sensibilité ni du mouvement.

Nous trouvons seulement de l'œdème aux malléoles.

Les réflexes sont intacts.

La pigmentation de la figure est très-considérable. Les pommettes sont colorées. La teinte générale est, nous l'avons dit, de couleur bistre. Elle s'étend jusqu'au bas du cou et disparaît au niveau où commençaient les vêtements. Les oreilles sont moins fortement teintes. Sur la teinte générale, apparaissaient, surtout au front et sur le nez, des taches de rousseur. Au-dessus des sourcils, deux plaques brunâtres.

Sur les bras, petites taches semblables à celles du purpura.

Sur la face palmaire, la peau des mains est à peu près normale. A partir du poignet, sur toute la face dorsale du carpe, métacarpe et doigts, elle présente un aspect lisse, luisant, vitreux, qui la fait ressembler à du parchemin. A chacun des plis de la peau, elle semble prête à se fendiller. La couleur est brunâtre sur la face dorsale

de la main gauche; on trouve, très-marquée, une cicatrice de phlyctène assez large sur le pourtour de la cicatrice, restes d'exfoliation épidermique Interrogée à ce sujet, la malade dit en avoir effectivement présenté. Cette éruption disparaissait l'hiver.

L'haleine est fétide. Depuis six semaines, diarrhée persistante.

Nul antécédent de poitrine. Jamais d'hémoptysie. De ce côté, l'examen direct révèle des râles de bronchite prononcés surtout à droite.

Toux violente. Un peu d'oppression au cœur, léger bruit de souffle de base au premier temps.

Le 27 octobre, même état. — Matin, P. 72, T. 36. — Soir, P. 80, T. 36°3. Le pouls est intermittent,

Les intermittences sont irrégulières, et nous ne les retrouvons pas dans tous les tracés pris par nous.

Le plateau qui suit l'ascension confirme la sensation athéromateuse perçue par le doigt.

Nous avons fait écrire la malade ; aucune lettre ne manque. Le trait n'est nullement tremblé ; il est droit, mais les angles sont tous exagérés. L'accentuation est exacte.

Le 28, même état. La diarrhée paraît s'améliorer.

Le 29, matin, même état.

Le soir, à quatre heures et quart, attaque subite avec perte de connaissance. Le bras gauche et la jambe du même côté sont en résolution complète. Au bout d'un certain temps, le bras et la jambe droite exécutent quelques mouvements.

Trismus. Pupilles égales.

Le 30, la malade n'a pas repris connaissance. Le côté droit de la face est complétement paralysé. Écume à la bouche. Respiration et pouls fréquents.

Soulevé, le bras gauche retombe de suite. Du côté droit, il y a toujours quelques mouvements, et, quand on la pince, les mouvements provoqués témoignent d'un reste de sensibilité.

A gauche, rien de semblable.

Plaintes automatiques presque continuelles. — La tête et les yeux sont tournés à droite. — Réflexes abolis à gauche. — La conjonctive est complétement insensible. Les deux pupilles sont étroitement contracturées.

Matin, P. 132, R. 60; T. vag. 38. — Soir, même état; incontinence de matières et d'urine. — P. 130, R. 36, T. vag. 32.

Quelques mouvements convulsifs des élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure à gauche.

La respiration est plus ample et plus facile. L'abdomen et le thorax y prennent part. — Un peu de râle trachéal.

L'auscultation ne laisse entendre qu'une grande quantité de râles muqueux.

Morte le soir.

Autopsie le 1er novembre.

Méninges. — Injection assez vive. Du côté droit, épaississement et adhérences en deux ou trois points aux couches corticales.

Hémisphères. — A gauche, un foyer de ramollissement cicatrisé.

A droite, presque la totalité de la masse semble plus diffluente qu'à l'état normal. Un foyer de ramollissement plus avancé, en avant, près de la superficie.

Dans l'artère sylvienne droite, caillot long de 2 à 3 millimètres, à pointe tournée vers le cœur, adhérent aux parois et oblitérant la totalité du calibre artériel.

Poumons. — Congestion et œdème.

Rate et *reins.* — Quelques infarctus.

Aorte et *vaisseaux.* — Athérome généralisé.

Cœur. — Sain. Valvules épaissies, mais sans rétrécissement ni insuffisance.

MÉTHODE POUR MESURER LE CHAMP DU REGARD.

LE TROPOPÉRIMÈTRE.

Par M. le docteur Nicati.

Pour mesurer le champ du regard, c'est-à-dire les excursions maxima de l'œil autour de son centre de rotation, il est essentiel que nous possédions une méthode clinique exacte qui permette de tirer parti de cette étude pour poser le diagnostic des affections motrices de l'œil et pour en suivre attentivement la marche. La méthode usitée jusqu'ici est celle qu'ont indiquée Snellen et Landolt, et qui consiste à mesurer au périmètre jusqu'à quel degré du cercle une figure est encore reconnue nettement. Cette méthode a l'inconvénient de mettre l'observateur à la merci du malade qui donnera des réponses plus ou moins exactes suivant le degré de son intelligence. La méthode que nous proposons écarte cette source d'erreur. Elle est une application pratiquement modifiée de celle que Donders et Scheurmann ont exécutée à l'aide de l'ophthalmomètre.

Soit un périmètre, comme est par exemple celui de Landolt; soit encore une lunette fixée de façon que son axe optique vienne couper le centre de l'arc gradué du périmètre, c'est-à-dire soit constamment dirigé sur l'œil observé. La lunette porte au foyer de l'oculaire un fil ou mieux un trait fin tracé perpendiculairement dans une lame de verre que l'on peut faire glisser à volonté, suivant le plan du foyer. L'œil à observer étant au centre de l'arc gradué, et l'observateur fixant cet œil à travers la lunette, le malade regarde le plus possible dans la direction donnée en suivant un objet que l'on porte sur l'arc. En même temps on fait glisser le fil oculaire de la lunette, de manière à le rendre tangent au bord de la cornée opposé à la direction du mouvement. On le laisse en place quand la cornée a atteint sa position extrême, il servira de point de repaire. Promenant alors sur l'arc le même objet qu'auparavant, par exemple la pointe d'un crayon, on cherche le point où il faut le porter pour ramener la cornée dans sa position tangente au fil. Ce point indique en degrés l'angle d'excursion maximum cherché.

La même mesure est prise pour toutes les directions et transportée sur les schémas qui servent aussi à la représentation du champ visuel. Voici comme exemple les champs du regard d'une jeune fille de quinze ans. L'œil gauche sain se meut en dehors et en dedans de 60°, en haut de 50°, en bas de 60°, en haut et en dehors de 53°, en haut et en dedans de 52°, en bas et en dehors de 60°, en bas et en dedans de 53°. L'œil droit, atteint de parésie ancienne du muscle droit externe, va en dedans jusqu'à 60°, tandis qu'en dehors il n'atteint que 30°.

Dans notre instrument, la lunette est placée dans une ouverture ménagée dans l'axe de rotation de l'arc gradué. On peut l'adapter sur l'arc d'autres périmètres en lui donnant une inclinaison convenable.

L'appareil porte un appendice qui permet de mesurer l'*angle de déviation du strabisme*, d'après la méthode du strabomètre de Snellen. A cet effet, la lunette porte, au plan focal de son oculaire, deux fils parallèles à égale distance de l'axe. On la transporte sur une tige rigide tournant autour du pied de la mentonnière. La mesure comprend deux temps : 1° faire coïncider le centre de rotation de l'œil à observer avec le centre du cercle (ce premier temps précédera aussi toute mesure du champ du regard); 2° mesurer l'angle de déviation en cherchant le milieu de la cornée, l'œil sain regardant directement devant lui.

M. Crétès, qui a bien voulu construire sur nos indications l'appareil présenté, va en faire de plus parfaits. Nous l'appelons *tropopérimètre*, parce qu'il sert à la fois de tropomètre pour mesurer les excursions de l'œil autour du centre de rotation, et de périmètre pour mesurer le champ visuel.

REVUE DE LA PRESSE

Pelvi-péritonite avec abcès de la fosse iliaque droite. — Un médecin de Bordeaux, M. le docteur Durodié, publie ce cas assez rare.

La maladie a débuté à la suite d'un bain froid, pris pour arrêter une métrorrhagie. A la suite de cette imprudence, douleurs intenses dans le ventre et irradiant dans les cuisses, les lombes et l'estomac ; nausées, vomissements, frissons courts et fréquents ; la langue est rouge, sèche, la face grippée, etc.; la malade présente, en un mot, tous les signes et les symptômes de la pelvi-péritonite. De plus, elle éprouve des douleurs cuisantes le long du canal uréthral et au pour-

tour de l'anus; il y a en même temps du ténesme vésical et vaginal, mais l'examen ne fait découvrir aucune trace de suppuration de nature douteuse.

Après quinze jours d'un traitement énergique, l'état de cette femme s'était notablement amélioré : le vingtième, la fièvre avait complétement disparu dans la matinée, mais elle reprenait le soir avec une certaine ténacité, s'accompagnant de légers frissons, avec des sueurs profuses. Le météorisme avait disparu, cependant des douleurs sourdes se faisaient encore sentir dans la fosse iliaque droite et il existait dans cette région un empâtement énorme.

Ces symptômes firent supposer la formation d'un abcès profond, et, en effet, trois semaines après le début de ces nouveaux accidents, un point fluctuant apparut au-dessus du ligament de Fallope, et l'incision donna issue à une quantité abondante de sang.

Néanmoins cette femme n'était pas guérie; les douleurs qu'elle avait éprouvées dès le début de sa maladie le long de l'urèthre et au pourtour de l'anus reparurent avec plus d'intensité et ne cédèrent qu'avec peine à l'usage de bougies enduites de pommade au tannin, et au sulfate de zinc, qui furent successivement introduites dans le canal.

Malgré ces graves accidents, la malade sortit de l'hôpital trois mois après son entrée, ne conservant qu'un peu d'empâtement de la fosse iliaque droite. (*Gaz. méd. de Bordeaux*).

Des modes de propagation de l'inflammation péritonéale au péricarde et aux plèvres.— Les péritonites purulentes amènent quelquefois, dans le cours de la maladie, la production d'épanchements de même nature dans les cavités séreuses voisines. M. le docteur Coyne, qui a étudié de très-près le mécanisme qui préside à la production de ces manifestations de la diathèse purulente, admet, pour les plèvres et le péricarde, deux modes de propagation de l'inflammation péritonéale.

Le premier mode de propagation par ulcération du diaphragme ou pleurésie purulente par épanchement du pus provenant du péritoine, serait caractérisé plus particulièrement par un envahissement direct, couche par couche, des tissus qui séparent l'abcès péritonéal des séreuses qui l'avoisinent, et, au bout d'un certain temps, toujours très-court, l'abcès péritonéal s'ouvrirait dans la séreuse menacée, qui s'enflammerait à son tour. Néanmoins, les cas de ce genre pour être positifs seraient très-rares, et M. Coyne n'en aurait rencontré qu'un seul.

Quant au second mode de propagation, par lymphangite aiguë intra-diaphragmatique, il serait la conséquence de la communication facile qui, par l'intermédiaire des lymphatiques dont Ranvier et Schweigger-Seidel ont montré la présence, existe entre la cavité péritonéale et les cavités séreuses situées au-dessus du diaphragme. A l'appui de ce mécanisme, M. Coyne cite deux observations, l'une de M. Gosselin, l'autre de M. Chauffard, de malades qui, dans le cours d'une péritonite, avaient présenté des signes de pleurésie et chez lesquels on trouva, à l'autopsie, outre les lésions de la péritonite et de la péricardite purulente, les lymphatiques du diaphragme gonflé, dilatés et remplis de pus fibrineux. (*Bull. méd. du Nord.*)

De la localisation cérébrale du centre présidant aux mouvements du releveur de la paupière supérieure. — On sait que, d'après les recherches expérimentales de Ferrier, de Fritsch et Hitgig, de Carville et Duret sur le cerveau du singe, du chien ou du chat, les muscles de face et des paupières auraient probablement leurs centres moteurs sur la deuxième circonvolution frontale; d'où la conséquence, pour ces auteurs, que toujours les troubles de la motilité des paupières seraient liés à une lésion de cette circonvolution.

Une observation publiée par Grasset, agrégé à Montpellier, de chute de la paupière supérieure gauche, chez un individu offrant une lésion unique, localisée en avant du pli courbe à droite, semblait bien établir une contradiction entre la clinique et la physiologie, mais Grasset faisait disparaître cette contradiction en disant que tous les mouvements des paupières ne dépendaient pas tous du centre frontal, et que le centre du pli courbe commandait aussi à certains mouvements des paupières. L'orbiculaire des paupières, disait-il, aurait son centre sur la deuxième circonvolution frontale, au centre du facial, et l'élévateur de la paupière supérieure aurait son centre au sommet de la scissure parallèle avec tous les muscles innervés par la troisième paire.

Un fait observé par M. Joanny Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, semblerait démontrer à son tour que la paralysie du releveur de la paupière peut être également déterminée par une lésion de l'encéphale siégeant en un point autre que ceux indiqués par les physiologistes que nous venons de nommer d'une part, et d'autre part par M. Grasset.

Tandis, en effet, que dans le cas de ce dernier, la lésion avait son siége sur l'hémisphère droit à l'extrémité de la scissure parallèle, un peu en avant du pli courbe, dans le cas observé par M. Rendu, la paralysie du releveur de la paupière coïncidait, au contraire, avec un ramollissement cortical occupant, sur le même hémisphère, le tiers inférieur à peu près de la circonvolution pariétale ascendante, et touchant très-légèrement à la naissance du lobule du pli courbe; de plus, la substance corticale était parfaitement saine en avant de ce pli, près de l'extrémité de la scissure parallèle. (*Lyon méd.*)

De la périsplénite ou fièvre continue paludéenne du Bas-Danube. — M. le docteur Obédénare décrit, sous le nom de *périsplénite*, une forme d'intoxication paludéenne qu'il aurait observée à Bucharest, où elle est endémique. Cette affection, qui présente de nombreux points de ressemblance avec la fièvre typhoïde, est caractérisée anatomiquement, d'après cet observateur, principalement par l'inflammation de la capsule surrénale, laquelle est hyperémiée, épaissie et couverte de fausses membranes, extrêmement résistantes si la maladie date déjà d'un certain temps; molles si elle est récente. A la coupe, on voit que les cloisons celluleuses de la rate sont hyperplasiées; le tissu de cet organe est extrêmement ferme, résistant. Assez souvent, on y trouve des infarctus spléniques; moins souvent de la dégénérescence mélanique.

La capsule est tellement épaissie sur certains points, qu'on ne voit plus le tissu de l'organe à travers.

Les symptômes consistent dans une fièvre continue avec des exacerbations tantôt bien plus marquées que dans la fièvre typhoïde, tantôt à peine appréciables. La température atteint quelquefois 40 degrés dans l'aisselle vers le soir ou dans la nuit. Dans quelques cas, on observe un léger refroidissement du nez et des extrémités dans la matinée. La rate est augmentée de volume et douloureuse à la pression.

Comme dans la fièvre typhoïde, avec laquelle cette affection est très-souvent confondue, le malade est dans le décubitus dorsal; il paraît abattu, morne, et a une expression de langueur, d'hébétude, quelquefois de stupeur : pouls dicrote; langue sèche, rouge sur les bords et quelquefois à la pointe; ventre ballonné, douloureux à la pression; selles assez souvent liquides et fétides.

Elle diffère toutefois, ajoute M. Obédénare, de la dothiénentérie, par l'absence de taches rosées lenticulaires, d'épistaxis, par l'exagération de la douleur dans l'hypochondre gauche; enfin par ce caractère important que dans la périsplénite on finit par trouver un court intervalle — ne fût-ce qu'une heure, entre six et huit heures du matin — pendant lequel il y a une rémission de tous les symptômes, rémission plus ou moins manifeste, mais toujours plus marquée que dans la fièvre typhoïde. (*Gaz. hebd.*)

Iléus nerveux. — Une discussion intéressante a eu lieu au sein de la Société de médecine, à propos d'une communication verbale de M. le docteur Voisin, au sujet d'une femme très-nerveuse qui, brusquement, avait été prise de tympanite, avec vomissements, altération des traits, perte complète de l'appétit, et chez laquelle M. Voisin avait diagnostiqué un rétrécissement nerveux d'une des parties du gros intestin.

M. Voisin, contrairement à l'opinion de M. Peter, soutient qu'il ne doit pas s'agir ici de phénomènes de constipation avec accidents consécutifs. Il cite à l'appui de son diagnostic plusieurs cas de ce genre qu'il a eu occasion d'observer, et notamment celui d'une femme qui avait été atteinte à plusieurs reprises de phénomènes d'étranglement avec vomissements stercoraux, auxquels elle finit par

succomber. L'autopsie démontra alors l'existence d'un rétrécissement purement spasmodique sans lésion organique et sans existence de matières capables de provoquer un rétrécissement ou étranglement.

Il n'est pas rare d'ailleurs, au dire de M. Onimus, de rencontrer des phénomènes de contracture intestinale dans les formes gastriques de l'ataxie. M. Leudet (de Rouen) en a rapporté une observation très-intéressante, et récemment encore, M. Onimus a fait observer, avec deux de ses collègues, trois cas de ce genre. (*Un. méd.*)

Débris muqueux simulant par leur forme des vers intestinaux. — Chez une malade atteinte de tœnia constaté d'une façon certaine par l'examen des anneaux expulsés, M. Potain a vu se produire une complication assez rare qui aurait pu, si l'on s'était contenté d'un examen superficiel, donner lieu facilement à une erreur de diagnostic. Cette femme, après avoir pris de la décoction de grenadier, avait rendu avec les selles des fragments membraneux, allongés, les uns cylindriques, les autres rubanés, semblables à des fragments de tœnia, mais qu'un examen approfondi fit bientôt reconnaître pour des débris muqueux, comme il s'en produit dans certaines circonstances. Les rubans, en effet, étaient beaucoup plus petits que les fragments de tœnia; ils étaient jaunâtres et non pas d'un blanc mat comme ce parasite; enfin ils étaient déchiquetés, et l'on ne trouvait pas trace de la séparation des anneaux. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

De l'extirpation, comme moyen de traitement, de la grenouillette. — Jusqu'à ce jour, l'extirpation a été peu employée dans le traitement de la grenouillette; c'est à peine même si ce procédé est indiqué dans les traités de médecine opératoire. Cela tient à ce que la plupart des auteurs font consister cette affection, sauf dans quelques cas rares, dans une dilatation des canaux de Warthon et de Rivinus. D'après M. le docteur Michel, au contraire, les cas dans lesquels la grenouillette aurait son siége dans les canaux excréteurs des glandes salivaires seraient tout à fait exceptionnels, et la masse de ces tumeurs serait due à des kystes de provenance variée, sans rapport avec ces conduits.

Le savant professeur de Nancy publie, à l'appui de son opinion, sept observations de grenouillette aiguë et chronique, parmi lesquelles une aurait été prise sur le cadavre, et dont les six autres, observées sur le vivant, auraient été extirpées avec facilité, et sans qu'il y ait jamais vu aucune hémorrhagie, aucune lésion des canaux de Wharthon ou des nerfs linguaux venir compromettre le succès de l'opération. Constamment, au contraire, de cinq à huit jours après l'extirpation, même dans les cas les plus graves, les malades auraient été guéris et, suivis de nombreuses années, aucun d'eux n'aurait donné lieu à la plus petite récidive.

Deux procédés peuvent, d'après M. Michel, être suivis pour l'ablation de la grenouillette et le choix de l'un ou de l'autre repose sur l'épaisseur même de l'enveloppe kystique. Le premier, qui convient alors que la paroi du kyste est mince, consiste à fendre, préalablement, du même coup, la muqueuse et le kyste dans son grand diamètre, à en vider le contenu, puis, saisissant alternativement les deux côtés de la poche; à procéder à sa dissection et à son énucléation avec le doigt et le bistouri. Dans le second, que l'on emploierait de préférence quand l'enveloppe de la tumeur est épaisse, on couperait avec précaution la muqueuse, puis la soulevant à l'aide de pinces à mors de souris, on mettrait à découvert la paroi kystique, que l'on disséquerait et énucléerait en évitant de l'endommager.

Quant au traitement consécutif, il consisterait uniquement dans l'usage de gargarisme d'eau tiède ou d'eau vineuse. (*Gaz. heb.*)

Des troubles dyspeptiques consécutifs à la rétention incomplète de l'urine par hypertrophie de la prostate. — Nous avons déjà publié, à cette place, quelques cas de dyspepsie survenant dans le cours d'une rétention d'urine consécutive à une hypertrophie de la prostate. Nous en trouvons un nouvel exemple dans l'observation suivante rapportée par M. le docteur Dubuc.

Depuis un an, le malade dont il est ici question avait commencé à éprouver de la lenteur dans l'émission de l'urine, sans besoins fréquents pas plus la nuit que le jour; puis, vers la même époque, il lui était survenu un peu de suintement uréthral, caractérisé par des taches jaunes, sanguinolentes. Quelques mois plus tard, à ces symptômes, étaient venus se joindre de la sécheresse de la bouche et du pharynx, de l'inappétence, du dégoût pour les aliments et surtout une difficulté très-grande à avaler les aliments solides. De là un amaigrissement rapide et une faiblesse considérable. Enfin le ventre était développé dans la région hypogastrique et donnait lieu à un sentiment de gêne et de plénitude. Un médecin de Rouen avait diagnostiqué une hypertrophie de la prostate.

M. Dubuc, que ce malade vint consulter quelques jours plus tard, n'eut pas de peine à confirmer le diagnostic de son confrère de province. Il se borna à recommander au malade de se sonder trois, puis quatre fois par jour et prescrivit l'usage de quelques eaux alcalines. Après un mois de ce traitement, le malade avait recouvré l'embonpoint, les forces, l'activité, en un mot, la plénitude de la santé. (*Un. méd.*)

Traitement du croup par le grattage du larynx. — M. le docteur Durodié aurait employé avec succès le grattage du larynx chez un enfant de sept ans atteint de croup à la troisième période et dont les parents étaient formellement opposés à l'opération de la trachéotomie. Le petit malade étant fortement maintenu, M. Durodié introduisit rapidement le doigt indicateur gauche dans le pharynx, de manière à arriver plus sûrement sur l'ouverture laryngée supérieure; puis à l'aide de la main droite, il fit pénétrer dans les voies une baleine recourbée, à l'extrémité de laquelle se trouvait une petite éponge solidement fixée et imbibée d'eau tiède. Après trois ou quatre mouvements de descente et d'ascension dans le larynx, l'instrument fut brusquement retiré, et cela à trois reprises différentes dans chaque séance; chaque fois l'éponge était recouverte de débris de fausses membranes. M. Durodié manœuvra de la sorte jusqu'à l'apparence d'un mieux manifeste, c'est-à-dire pendant quatre jours consécutifs. A ce moment, toute cause d'asphyxie avait complétement disparu.

Le grattage du larynx, qui a été imaginé par Green (de New York), déterminerait à la fois, d'après M. Durodié, une action à la fois mécanique et toute réflexe. Non-seulement l'éponge, par son mouvement d'ascension et de descente dans le tuyau aérien briserait et arracherait, pour ainsi dire, les débris des fausses membranes, mais encore, par son contact avec la muqueuse laryngée, elle amènerait des mouvements spasmodiques qui provoqueraient le rejet des fausses membranes, que l'éponge n'a pu enlever en totalité, et empêcheraient par cela même toute leur chute dans les bronches.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce traitement énergique, employé pour ainsi dire à la dernière extrémité, l'enfant serait allé de mieux en mieux, et enfin aurait guéri, ne conservant plus qu'une raucité considérable de la voix, qui aurait cédé elle-même à l'emploi journalier de gargarismes aluminés. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Anatomie pathologique du molluscum contagiosum. — M. Vidal, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, en son propre nom et au nom de M. André, et sur les réflexions dont elle a été l'objet de la part de M. Renaut, déclare qu'il a fait de nouvelles recherches qui n'ont fait que confirmer l'opinion qu'il a soutenue, à savoir que la phase ultime de l'altération des cellules dans le molluscum contagiosum, est la dégénérescence colloïde de ces cellules et non une dégénérescence cornée, comme le soutenait M. Renaut. M. Vidal montre des pièces histologiques à l'appui de cette opinion.

De la paralysie générale. — M. Magnan rappelle les communications antérieures qu'il a faites sur ce sujet, en particulier celles

qui avaient pour but de montrer les lésions de la moelle et des nerfs dans le cours de la paralysie générale. Il a montré que tous les nerfs aussi bien les nerfs moteurs que ceux de la sensibilité générale et ceux de la sensibilité spéciale, pouvaient être atteints. Les paralysies qu'on observe en pareil cas sont, en général, des paralysies persistantes et la lésion anatomique dont elles dépendent est la sclérose de certains nerfs. M. Magnan a cité ainsi plusieurs cas de sclérose des nerfs optiques. Parfois, dit-il, avant que n'apparaisse aucun des signes caractéristiques de la paralysie générale, tels que l'hésitation de la parole, les troubles intellectuels, etc., on observe de l'abaissement des paupières, ou certaines variétés de strabisme, en même temps l'acuité visuelle est diminuée, l'étendue du champ visuel est rétrécie. Ces troubles s'établissent d'une façon permanente.

M. HALLOPEAU fait observer que ces cas de sclérose s'observent dans des cas de paralysie autres que la paralysie générale et l'on rencontre ainsi des malades, qui offrent tous les caractères de la paralysie générale, moins l'aliénation mentale.

M. MAGNAN partage entièrement l'opinion de M. Hallopeau; ce sont, dit-il, des malades qui sont touchés de la même manière, mais chez lesquels les lésions occupent des siéges différents.

Dosage de l'hémoglobine. — M. HAYEM ayant reconnu certaines causes d'erreur dans le dosage de l'hémoglobine par le procédé chromométrique ordinaire, indique certaines modifications qu'il a apportées à ce procédé.

Méthode pour mesurer le champ du regard. — Le tropopérimètre. — M. NICATI fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut).

De l'acide du suc gastrique. M. RICHET fait une communication sur ce sujet.

M. RABUTEAU est très-heureux de voir se confirmer, par les recherches de M. Richet, les opinions qu'il a émises relativement à cette question du suc gastrique ; à savoir qu'indépendamment de l'acide chlorhydrique il pouvait y avoir d'autres acides, des phosphates acides, etc. Il ne faut pas s'étonner, dit-il, qu'il y ait un acide minéral quand on trouve de l'acide sulfurique dans la salive de certains mollusques.

M. LABORDE fait observer que les recherches de M. Richet ne sont pas des recherches physiologiques et qu'il s'est placé dans des conditions artificielles qui ne sont pas celles de la physiologie. La question à résoudre est celle-ci : quel est l'acide qui se trouve, à l'état libre, dans le suc gastrique ? Or, M. Laborde ne pense pas que M. Richet ait résolu cette question.

Excitation de la face interne du cerveau. — M. BOCHEFONTAINE a, chez des chiens, excité les parties du cerveau qui correspondent le mieux à celle qui, chez l'homme, est désignée sous le nom de lobe paracentral ; il n'a pas obtenu les phénomènes qu'on observe chez l'homme quand cette partie est lésée.

De la compression du cerveau comme moyen anesthésique chez les animaux. — M. BOCHEFONTAINE fait une seconde communication. Il a répété les expériences de Dalton qui consistent à ouvrir le crâne d'un animal, et à exercer sur la partie découverte du cerveau une compression qui a pour résultat une anesthésie complète de l'animal. M. Bochefontaine a ainsi obtenu chez un chien, une anesthésie qui a duré un quart d'heure ; chez un autre il a même obtenu une anesthésie grave en ce sens que la respiration s'était subitement arrêtée dans une inspiration forcée ; mais aussitôt qu'on retire le tampon qui comprime le cerveau, l'animal reprend sa respiration et tous les phénomènes de l'anesthésie disparaissent. Enfin, chez un troisième chien, il a pu ainsi obtenir une anesthésie qui n'a pas duré moins de deux heures. M. Bochefontaine se sert pour ces expériences, de tampons d'ouate. Il pense qu'il pourrait y avoir là une ressource précieuse pour la pratique courante des expériences de laboratoire.

M. CL. BERNARD a fait ces expériences ; il se servait soit d'éponges, soit d'un bouchon qu'il introduisait à travers une ouverture du crâne faite avec le trépan. Il a constaté les mêmes phénomènes que M. Bochefontaine et pense comme lui, qu'on pourrait rendre ce moyen pratique pour les expériences de laboratoire.

Optométrie. — M. JAVAL lit une note sur un procédé rapide d'optométrie.

La séance est levée à six heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

84. Bricard. Des kystes spermatiques.
85. Hénouille. De la néphrite interstitielle dans ses rapports avec les lésions athéromateuses des artères.
86. Guillemaut. Des polypes utérins à apparition intermittente.
87. Monier. Des résultats fournis par la médication salicylée en Angleterre dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.
88. Denance. Contribution à l'étude de la septicémie pleurale nouvelle indication de pleurotomie.
89. Brugel. De l'arthrite sacro-iliaque blennorrhagique.
90. Dupas. Essai sur les plaies pénétrantes simples de l'abdomen par instruments contondants.
91. Mary. Étude sur une forme d'adéno-lymphite péri-utérine.
92. Brohon. Contribution à l'étude du traitement des plaies des doigts et des orteils.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 71. — JEUDI 21 JUIN 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 21 JUIN 1877. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce qui ressort surtout du discours dont M. Guéneau de Mussy vient de terminer la lecture, c'est une affirmation très-nette des théories contagionistes pour toute espèce de maladies épidémiques.

La discussion actuelle est donc, sous un autre titre, avec d'autres termes, la continuation de celles qui eurent lieu à propos du choléra et du typhus.

C'est toujours la grande question de savoir si l'intervention d'un principe contagieux est bien absolument indispensable pour la production d'une maladie spécifique, ou bien si quelquefois, quelque part, celle-ci peut naître chez l'individu. sans lui être transmise d'ailleurs toute formée, sans contagion proprement dite.

Il faut bien reconnaître, du reste, que depuis quelques années, le mouvement général des esprits s'est fait très-manifestement dans le sens du contagionisme le plus exclusif.

Ce mouvement a commencé à l'occasion du choléra, maladie exotique, que l'on n'a jamais vu se manifester dans nos contrées sans importation préalable et s'y répandre de manière à constituer une *épidémie*, un fléau frappant sur le peuple.

Après l'épidémie de 1865, le corps médical, dans son ensemble, s'est trouvé devenu presque subitement contagioniste en ce qui touchait le choléra. On avait vu la maladie être transportée par les caravanes, suivre parfois les voies rapides, s'embarquer sur les paquebots, en quelque sorte, s'attacher aux objets tangibles, et se transmettre ainsi comme ayant corps. L'idée d'un germe défini, proliférant et se multipliant comme les germes d'un ferment, quand il trouvait un milieu favorable, devait paraître la plus naturelle pour expliquer toutes ces circonstances de l'invasion du fléau.

On a bientôt voulu appliquer la même hypothèse au scorbut, au typhus des armées, au typhus feber, à notre fièvre typhoïde, à la dysenterie, etc.

Mais, les arguments des contagionistes n'ont plus une égale vigueur, quand il s'agit de ces maladies que nous voyons se développer et grandir dans les lieux même où elles revêtent un caractère épidémique, dans notre pays, sous nos yeux.

Ici, bon gré mal gré, on est bien obligé de chercher quelque autre élément de production pour les épidémies, qu'un germe morbide simplement transmis d'individu en individu. Alors même qu'on n'admettrait pas l'idée d'une genèse complétement spontanée pour les premiers cas par lesquels se prépare l'épidémie, du moins convient-il d'accorder un certain rôle à des conditions de réceptivité, d'activité vitale ou d'influences extérieures, etc., conditions pleinement étrangères au germe-ferment qu'on suppose.

La fièvre typhoïde ne nous vient pas de loin ; journellement elle se rencontre par cas plus ou moins isolés.

C'est pourquoi, cette fois, la doctrine de la spontanéité morbide, exposée par M. Chauffard avec son talent si élevé et si sympathique, a produit une impression généralement plus favorable qu'elle n'eût pu le faire dans le même milieu, s'il se fût agi du choléra, de la fièvre jaune ou de la peste.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

Le psoriasis.

(Leçon recueillie par M. MAGNE, interne de service.)

I

Pour avoir une connaissance complète des affections cutanées, il ne faut pas se contenter de les passer successivement en revue, de les étudier les unes après les autres; il est nécessaire encore de les classer et de rapprocher les unes des autres celles qui ont des caractères communs. Nous savons déjà que, de trois grandes diathèses, la scrofule, la syphilis et l'herpétis, dépendent la plupart des lésions qui sont du domaine de la dermatologie; et cette donnée nous fournit la base d'une classification rationnelle. Aussi nous allons pouvoir élever la connaissance et l'appréciation de l'étiologie des dermatoses à la hauteur d'un principe, et dire : toutes les maladies de la peau peuvent être divisées en deux classes, les affections diathésiques et les affections non diathésiques (professionnelles, parasitaires, artificielles).

Et voyez quelles conséquences de premier ordre au point de vue du traitement; que d'erreurs commises journellement il vous sera possible d'éviter? Car alors vous vous garderez bien d'imiter la conduite de ces médecins ignorants et empiriques qui s'acharnent à combattre la manifestation externe par des applications topiques, onguents, pommades, emplâtres, souvent plus malfaisants les uns que les autres. Thérapeutique toujours irrationnelle quand elle n'est pas incendiaire !

Pour vous, la connaissance des causes de l'affection en pré-

sence de laquelle vous vous trouverez vous permettra d'agir avec certitude et d'instituer un traitement radical et intelligent, en un mot, de faire œuvre de thérapeutiste et non de *guérisseur*.

En jetant un coup d'œil général et d'ensemble sur les affections qui vont nous occuper, nous voyons les unes changer, prendre des caractères différents, une physionomie nouvelle et variable, suivant telle ou telle période de leur évolution ; les autres, au contraire, rester fixes, toujours les mêmes, n'importe à quel moment de leur évolution. C'est que les premières portent en elles un élément qui les rend éminemment variables d'aspect et de physionomie, une puissance de sécrétion, tandis que les autres en étant dépourvues, gardent, sans aucun changement, leur caractère primitif. Aussi, diviserons-nous les affections de la peau en *affections sécrétantes* et en *affections non sécrétantes*. Dans la première classe viennent se ranger : le *psoriasis*, l'*eczéma*, l'*impétigo*, le *rupia*, etc. Dans la seconde, le *prurigo*, l'*érythème*, le *lichen* et les maladies exanthématiques fébriles, *rougeole*, *scarlatine*.

Cette grande division, basée non sur l'origine, mais sur le fait de l'existence ou de la non-existence d'une sécrétion dans les lésions anatomiques qui constituent les affections de la peau, peut être poussée plus loin ; ainsi nous établissons une subdivision dans les affections sécrétantes suivant la nature *sèche* ou *humide de leur sécrétion*.

Lorsque le produit de la sécrétion est humide, il est très-variable : c'est de la sérosité, comme dans le pemphigus, l'eczéma ; c'est du pus comme dans l'ecthyma ; c'est de la matière sébacée comme dans l'acné, etc., etc.

La sécrétion sèche, au contraire, ne nous fournit qu'un seul élément : l'épiderme ; de l'épiderme, il est vrai, plus ou moins vicié, plus ou moins désorganisé dans sa constitution par suite de l'altération morbide qu'a subie le derme, son organe sécréteur, et cet épiderme se présente à nous sous forme de *squames* ou *écailles*, dont nous allons énumérer les différentes variétés.

Ces squames sont tantôt constituées par une seule lamelle épidermique (*squames foliacées*), par plusieurs lamelles (*squames polyfoliacées*). Ces lamelles peuvent se recouvrir les unes les autres à la manière des tuiles d'un toit (*squames imbriquées*).

On appelle squames *furfuracées* ou pulvérulentes, celles qui se détachent d'elles-mêmes et tombent en poussière. D'autres, par leur consistance et leurs rugosités, ont mérité le nom de *squames cornées*, dures, icthyosiques. Mais à quelque variété qu'appartiennent les squames, quelle que soit leur coloration, noire, blanche, jaunâtre, elles sont toujours constituées par de l'épiderme plus ou moins malade.

Ces préliminaires devaient être établis avant d'entreprendre l'étude isolée des différentes maladies de la peau, étude que nous commencerons aujourd'hui en vous parlant du *psoriasis*.

Son nom dérive du mot grec ψώρα, qui signifie dartre ; d'après notre classification, il se range dans les affections sécrétantes à sécrétion sèche. Alibert l'appelait *herpès furfurens*. Willian, Bateman, *dartre furfuracée*. Roger décrivait une de ses formes, la forme circinée, sous le nom de *lèpre vulgaire*, *lepra vulgaris*, mauvaise dénomination qui faisait deux maladies différentes de deux formes de la même affection.

Nous définirons le psoriasis : une affection de la peau caractérisée par des squames blanches, épaisses, très-adhérentes, toujours sèches, se produisant sur des surfaces de peau malade, formant des élevures d'une coloration rouge-brunâtre et séparées les unes des autres par des intervalles de peau restée saine.

D'après cette définition, vous voyez que le psoriasis est constitué par trois lésions différentes : la *squame*, l'*élevure*, la *coloration*. Un mot d'explication sur chacune de ces lésions.

La squame du psoriaris est très-importante à étudier et à connaître, car elle constitue à elle seule le caractère pathognomonique de cette affection. Cette squame, toujours blanche, est tantôt brillante, argentée (*psoriasis nacré*) ; tantôt, d'un blanc mat comme le plâtre (*psoriasis plâtreux*). Quelle que soit leur teinte, les lamelles qui la constituent sont toujours épaisses, adhérentes les unes aux autres, imbriquées ; aussi, par le grattage, vous ne pouvez les faire tomber qu'en particules amorphes et pulvérulentes. Il n'est pas toujours facile de les détacher ; elles adhèrent, en effet, non-seulement les unes aux autres, mais encore au derme sous-jacent qui, lui-même, reste toujours parfaitement sec, ne présente jamais la moindre humidité.

L'élevure dermique sur laquelle ces squames sont placées n'est pas le produit d'une infiltration sanguine ou œdémateuse. Elle est constituée par une véritable hypertrophie du derme. De cette hypertrophie résultent des modifications importantes dans cette couche des téguments ; c'est d'abord une sécheresse complète qui entraîne par conséquent la perte absolue de l'élasticité de la peau. Vous avez ainsi l'explication de ces fissures, de ces rhagades qui surviennent presque invariablement lorsque le psoriasis siége au pourtour des orifices naturels et au voisinage des articulations, en un mot, dans toutes les parties du corps où se produisent des mouvements. Le psoriasis qui, en général, est indolore, donne lieu dans ce cas à des souffrances intolérables.

La coloration de ces élevures est d'un rouge foncé, rappelant la teinte rouge cuivrée des syphilides.

Non-seulement nous retrouvons cette coloration sous la squame enlevée par le grattage ou les applications topiques, mais encore, dans un certain nombre de cas, nous la voyons déborder les squames et les entourer d'une auréole, d'une sorte de collerette.

Telles sont les lésions anatomiques qui constituent le psoriasis. Ces lésions sont donc au nombre de trois : l'une, la *squame*, appartient à l'épiderme ; les deux autres : l'*élevure hypertrophique* et la *coloration rouge brunâtre* appartiennent au derme.

Voyons maintenant quelle est l'évolution du psoriasis. C'est une affection excessivement lente et torpide dans sa marche ; le psoriasis a bien mérité le nom de *dartre morte*, que lui donnaient les anciens dermatologistes, par opposition à l'eczéma, qu'ils nommaient *la dartre vive*. Il modifie, si même il n'abolit pas complétement les fonctions de la peau qui, sous son influence, devient momifiée et en quelque sorte pétrifiée, et se transforme en une sorte de carapace métallique étreignant le corps comme dans une cuirasse inextensible.

La durée est indéfinie, et c'est avec raison que l'on a dit qu'il mène l'homme du berceau à la tombe. Commençant d'abord par des points isolés, il ne tarde pas à s'élargir, à former des plaques de plus en plus étendues, jusqu'à ce que, pour ainsi dire, toute la surface du corps en soit à peu près couverte. Si, par lui-même, il n'est pas douloureux, dans certaines régions il peut, nous avons eu occasion de le dire, causer des souffrances assez vives, interdire la marche aux malades, par exemple, lorsqu'il siége au niveau de l'articulation du genou.

Ne vous attendez pas à trouver chez les malades atteints de psoriasis, cette débilité profonde, cette faiblesse de constitution que vous aurez l'occasion d'observer dans certaines affections cutanées. Au contraire, non-seulement le psoriasis est compatible avec la santé, mais même l'on a pu dire, non

sans apparence de vérité, qu'il existe chez les gens les plus forts et les mieux portants.

Si le psoriasis, en effet, ne constitue pas une affection de nature *maligne* par lui-même, il n'en est pas moins vrai cependant que, lorsqu'il s'est étendu à presque toute la superficie du corps, et qu'il a aboli les fonctions de la peau, il peut conduire les malades à cette cachexie dont nous avons parlé en faisant l'histoire de l'herpétis.

Il ne produit pas d'emblée, mais seulement dans sa période ultime, cet état si grave contre lequel viennent souvent échouer les efforts de la thérapeutique la plus intelligente et la plus rationnelle. Il est d'abord intermittent : pendant sa période intermittente, il paraît et disparaît, à intervalles toujours éloignés, se montrant de préférence à son siége d'élection. Pendant des années, le malade et même le médecin pourront croire à une guérison radicale et complète jusqu'à ce qu'une nouvelle apparition vienne tromper ces espérances de guérison.

Plus tard apparaît la période continue; le psoriasis alors s'installe de manière à ne pouvoir plus être délogé; il s'efface encore, sa disparition amène des répercussions de la plus haute gravité sur les organes intérieurs; ces répercussions présentent dans leur marche une analogie parfaite avec l'affection qui leur a donné naissance; leur marche est lente, chronique et insidieuse. Ce sera un cancer ou une phthisie pulmonaire à marche torpide.

Chaque manifestation du psoriasis prise en elle-même présente à étudier trois périodes : une période d'*apparition*, une période d'*état* et une période de *déclin*.

Rien de plus insidieux, rien de plus bénin en apparence que cette petite tache d'une coloration plus ou moins rouge, qui peut être confondue avec une affection érythémateuse ou même avec une simple roséole. Gardez-vous alors d'un diagnostic précipité; n'allez pas croire, comme on l'a fait tant de fois, à une syphilide. L'évolution de la maladie que vous n'auriez pas su attendre, viendrait vous donner tort et opposer un démenti formel à vos assertions prématurées. La papule, une fois constituée, réservez encore votre diagnostic; vous ne tarderez pas à assister à des transformations qui ne vous laisseront plus aucun doute. Cette papule va se recouvrir d'écailles qui, d'abord minces et tenues, iront en s'épaississant peu à peu, se superposeront les unes sur les autres, et recouvrant des surfaces dermiques de plus en plus étendues. Alors le psoriasis, arrivé à sa période *d'état*, ne pourra plus être méconnu. Une fois à sa période d'état, il peut s'éterniser et durer indéfiniment. Lorsque, spontanément, sous l'influence du traitement, il tend à disparaître; il suit, dans sa période de *déclin*, une marche inverse de celle qu'il avait suivie dans sa période de développement.

Née la dernière, la squame s'atténue, devient de plus en plus mince, de moins en moins adhérente, et, finalement, disparaît la première; l'élevure, ensuite, décroît progressivement, pour disparaître à son tour; et, la coloration qui avait été le phénomène initial, devient et reste le phénomène ultime.

Les trois lésions qui constituent le psoriasis sont donc, dans l'ordre de leur apparition, la *coloration*, l'*élevure* et la *squame*; et, dans l'ordre de leur disparition, la *squame*, l'*élevure* et la *coloration*. Quand celle-ci s'est effacée, quelle qu'ait été la durée du psoriasis, il n'y a plus rien, car le psoriasis ne laisse ni cicatrice ni trace de son existence passée.

La terminaison du psoriasis est variable; elle se fait de quatre manières différentes :

1° Le psoriasis finit avec la vie, sans qu'il paraisse avoir abrégé d'une heure la durée de celle-ci.

2° Il disparaît vers la fin de la vie, et alors, il est remplacé par des accidents viscéraux d'une haute gravité qui emportent le malade.

3° Le psoriasis persiste en dépit de tout traitement, revêt une forme que nous aurons à étudier et que l'on a appelée à juste titre *inveterata*. Alors la peau, complétement dénaturée, a perdu toutes ses qualités physiologiques : le malade est arrivé à cette période ultime de l'herpétis qui en constitue la cachexie.

4° Dans un dernier mode de terminaison, le psoriasis, après plusieurs apparitions et disparitions successives, se transforme en cette affection redoutable déjà connue de vous, l'*herpétide maligne exfoliatrice*.

Tel est le psoriasis; je vous en ai fait un tableau aussi complet que possible, mais vous ne connaissez encore que le psoriasis, type idéal, dans toute sa simplicité.

Malheureusement, la nature ne nous présente pas les maladies avec cette uniforme simplicité, et les différentes manifestations sont loin d'être identiques. Il nous reste donc à étudier actuellement les différentes variétés que peut offrir le psoriasis, suivant les modifications qui résultent soit de son aspect, soit de son siége.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Le malade était un gentleman âgé de trente-trois ans; il consulta d'abord M. Peatson en août 1863, pour un petit anévrysme axillaire de date récente, mais qui s'accrut rapidement dans le mois suivant, du volume d'une noix à celui d'une orange. Il fut décidé, dans une consultation entre M. Jordan et le docteur Peatson, qu'on tenterait la guérison de cette tumeur à accroissement rapide, par la compression digitale. En conséquence, on réunit des aides au nombre de huit d'abord, et pendant toute la durée du traitement onze en tout, qui, à l'exception du docteur Peatson et d'un confrère, étaient des étudiants à ce moment (j'ai ici leurs noms qui seront donnés dans l'observation détaillée); et alors, au domicile du docteur Peatson, sous sa surveillance et avec son aide, la compression fut continuée autant que possible, pendant trois mois à l'expiration desquels le malade fut considéré comme hors de danger et capable de retourner chez lui. Au moment de commencer la compression, le malade fut examiné aussi par M. Lund, qui approuva le traitement proposé et donna ensuite son avis dans le cours du traitement. La compression fut commencée le 18 septembre dans la position assise, un aide comprimant l'artère contre la première côte, pendant qu'un autre tenait le pouls, les deux se chargeant d'une garde de trois heures et huit personnes se partageant la journée entière. Le patient ne pouvait supporter l'arrêt complet du pouls pendant plus de deux à cinq minutes à la fois. Il se plaignit d'abord fortement d'élancements dans le bras, d'endolorissement de la peau, du manque de sommeil et de la lassitude occasionnée par la station assise. Cependant, au bout de peu de jours, du 23 septembre au 26, on remarqua que de temps en temps le pouls manquait pendant quelques minutes et cela encouragea à persévérer; bientôt après, on alterna de temps en temps

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juin.

la compression au-dessous de la tumeur avec la compression au-dessus. Dans la première partie d'octobre, la tumeur avait évidemment diminué de volume. Dans le milieu du mois, on la trouva parfois sans pulsations pendant quelques secondes; vers la fin du mois, il devint manifeste que la partie inférieure du sac se consolidait, quoique la partie supérieure continuât à présenter des pulsations beaucoup plus longtemps. Dans la préparation on peut voir que la cause de ce fait est une grosse artère qui naît de cette partie du sac. L'amélioration augmenta pendant le mois de novembre et l'on constata que le compresseur agissait beaucoup plus efficacement quand l'épaule du patient était déprimée et le cou fléchi, de façon à mettre les parties dans le relâchement. On découvrit alors un nouveau moyen d'arrêter la circulation, en repoussant la tumeur par en haut, de façon probablement, à la presser contre l'artère au-dessus. Vers la fin de novembre, le vaisseau vu à la partie supérieure du sac, devint plus perceptible et ses pulsations purent être senties sur le sac, et se dirigeant par en bas. La tumeur diminua graduellement de volume, de sorte que l'on put faire la compression au-dessous de la clavicule. Enfin, le 6 décembre, le patient put rentrer chez lui; et, comme on pouvait sentir encore quelques légères pulsations à la partie supérieure de la tumeur où elle était plus proéminente, l'application ultérieure de la compression fut confiée à sa femme, qui avait appris à l'appliquer convenablement et avait aidé à l'occasion, pendant les derniers temps que son mari était resté chez M. Peatson.

La tumeur n'avait plus que le tiers de son volume primitif. On pouvait sentir le pouls radial, mais peu distinctement. Le bras était œdématié et il en avait, jusqu'à un certain point, perdu l'usage. Il était fort amaigri, mais sa santé générale était améliorée. La peau avait beaucoup souffert aux points de compression et elle présentait de nombreuses ulcérations. Sa femme exécuta les instructions qu'elle avait reçues en exerçant d'abord la compression d'une manière intermittente; mais on l'abandonna bientôt et la tumeur disparut graduellement, tout bruit cessa, et six mois environ, — le 13 juin 1864, — après la dernière application de la compression, on constata que la maladie était complétement guérie. Au mois de février précédent, il y avait encore quelque pulsation dans la tumeur. Les détails ultérieurs ne demandent qu'une courte mention. Le bras redevint utile, au point qu'il pouvait ramasser un morceau de papier par terre, attiser le feu et porter tout ce que l'autre main pouvait porter. Mais il ne donnait jamais la main de ce côté-là, on remarqua qu'il la tenait souvent suspendue dans son gilet, comme s'il restait une certaine faiblesse, que la main était un peu amincie et les doigts en griffe.

Le patient mourut sept ans après sa première maladie, à la suite d'une bronchite (octobre 1870). La préparation qui est devant vous, montre les restes d'un anévrysme fusiforme oblitéré de deux pouces de long environ; l'artère est perméable au-dessus et au-dessous, mais elle est absolument fermée au niveau de l'anévrysme. Il y a donc un dépôt considérable de caillots dans le tronc brachio-céphalique et même dans la crosse de l'aorte, mais ceci doit être accidentel, je crois, et s'être formé après ou pendant la mort. Les conditions dans lesquelles se fit l'autopsie, ne permirent pas de disséquer les anastomoses; mais on peut très-bien voir sur la préparation le gros volume des collatérales qui naissent au-dessous du sac.

Un autre point curieux qu'on peut constater, est le reploiement de l'artère dans le point où elle croise la première côte, ce qui est dû, sans doute, à la longue application de la compression en cet endroit.

Telle est la rapide esquisse de ce cas remarquable. Il faut voir l'observation détaillée pour plusieurs particularités importantes de la manière d'appliquer la compression, etc, que le temps ne m'a pas permis d'aborder.

Que l'anévrysme axillaire, même de l'aspect le plus formidable, accompagné d'une dégénérescence telle, de la sous-clavière, qu'il ne reste qu'un bien faible espoir de voir réussir la ligature de ce vaisseau, puisse néanmoins être guéri par la compression, c'est ce que le cas fort intéressant que je vais relater, et qui s'est présenté dans la pratique du professeur Rizzoli de Bologne, prouvera clairement. Le malade fut envoyé de Pérouse à l'hôpital; il avait été soumis dans cette ville à la compression digitale pendant environ deux mois, sans amélioration. On espérait que le traitement pourrait avoir plus d'efficacité dans un hôpital où l'on aurait à disposer d'un plus grand nombre d'aides.

C'était un homme âgé de trente-neuf ans; l'anévrysme avait été remarqué pour la première fois, en mai 1872. Il avait 8 centimètres de long sur 4 de large; il était situé dans la région sous-claviculaire droite, s'étendant dans l'aisselle qu'il remplissait presque complétement. On percevait le bruit anévrysmal et le *thrill* dans l'artère sous-clavière au-dessus de la tumeur. On constata que l'artère était athéromateuse et que son volume dépassait celui du tronc brachio-céphalique. La compression appliquée à la sous-clavière dilatée faisait immédiatement cesser le bruit et les pulsations dans la tumeur qui s'affaissait et disparaissait en grande partie, restant ferme et dure seulement en certains points. Au contraire, la compression exercée sur la partie supérieure de la brachiale, augmentait le volume de l'anévrysme et ses pulsations devenaient plus intenses.

Malgré l'insuccès de tentatives antérieures de compression digitale, le danger de lier une artère si volumineuse, manifestement athéromateuse, était si grand, et les exemples précédents si encourageants, que le professeur Rizzoli résolut d'y recourir de nouveau en y mettant plus de soin.

Le malade fut mis au lit et à un régime sévère; on prescrivit l'ergot de seigle; la compression fut exercée par le chirurgien interne et plusieurs étudiants pendant quelques jours, mais sans résultat, et ils se découragèrent.

En conséquence, Rizzoli se détermina à employer son compresseur (compressore a Sigillo) dont il donne une grossière figure, d'après laquelle il semble n'être que la pelote ordinaire pour la compression de la sous-clavière (il n'indique pas les dimensions). Cet instrument fut confié à un convalescent à qui on en avait au préalable appris l'usage, et il fut appliqué de temps en temps aussi longtemps que le malade pouvait le supporter. On ne donne pas d'autres renseignements sur la durée de la compression. Après quelques jours, la sensation d'épingles et d'aiguilles, qui avait été ressentie dans le pouce et l'index, disparut, comme aussi l'anesthésie de la région radiale. A la même époque, on observa que, bien que la tumeur fût plus petite et que ses pulsations eussent diminué, elle n'était pas du tout consolidée; l'auteur remarque très-judicieusement, à ce sujet, que même quand aucun caillot dur ou mou ne s'est formé dans la tumeur, il n'y a pas lieu de désespérer, car la guérison des anévrysmes par la compression (je devrais ajouter, par une méthode quelconque, excepté peut-être l'injection ou la galvanopuncture) ne dépend pas entièrement de la coagulation, mais aussi du retrait du sac. En effet, pendant les périodes de compression, le sac se contracte sur son contenu

et acquiert une solidité suffisante pour résister à l'effort de la circulation dans les intervalles où la compression est suspendue.

Le 26 novembre, le malade ayant été reçu le 10 et la compression ayant été probablement appliquée aussitôt que possible après l'admission, la force musculaire du bras s'était grandement accrue, puisqu'il pouvait porter des aliments à sa bouche, ce qu'il ne pouvait faire auparavant; l'anesthésie avait disparu, la tumeur était moins volumineuse, le *thrill* et le bruit beaucoup moins prononcés.

La compression avait été appliquée jusque-là le jour seulement par un seul convalescent. Le malade apprit alors à exercer la compression pendant la nuit chaque fois qu'il s'éveillait, avec le même compresseur placé dans sa main gauche. Il sentait que la compression était réalisée quand il ne percevait plus les pulsations. Quand la tumeur anévrysmale eut complétement disparu de l'aisselle, on enseigna au malade à s'appliquer un tourniquet à deux branches, dont les pelotes étaient fixées l'une au-dessus de la claviculaire, l'autre à la partie profonde de l'aisselle.

De cette façon la maladie se guérit graduellement. Tous les signes d'anévrysmes disparurent; il ne resta plus qu'un noyau dur et petit, sans aucune pulsation, dans la fosse sus-claviculaire. L'artère resta perméable et l'on sentait, comme auparavant, la sous-clavière au-dessus de la tumeur large, épaissie et athéromateuse.

Le malade fut présenté guéri à la Société médico-chirurgicale de Bologne, le 26 janvier 1873.

L'auteur termine en disant : « J'ai l'espoir que ce cas de guérison par compression pourra servir à calmer l'impatience de ces chirurgiens qui, découragés dès les premiers essais infructueux de compression, ont recours aussitôt, avec une précipitation répréhensible à la ligature de grandes artères, exposant par là leur malade à tous les dangers qui accompagnent de telles opérations, et cela malgré l'habileté du chirurgien et la supériorité de la méthode opératoire. »

Les deux cas de succès indiqués par Rizzoli, sont : 1° un anévrysme traumatique chez un enfant de 10 ans, soigné par Ciniselli (*Bolettino di Soc. med. Bologna*, 1865) et 2° un anévrysme attribué à un accident, sans qu'il y ait eu de plaie directe, soigné par Dutoit (*Giornale di Morgagni*, 1871). Ce dernier est surtout remarquable par la rapidité de la guérison, qui fut effectuée en six jours, la compression n'étant maintenue que six heures par jour.

Ces cas ont une grande valeur, parce qu'ils montrent qu'il y a des exemples de diverses sortes d'anévrysmes de l'aisselle, qui sont susceptibles de guérir par la compression. Le cas de Rizzoli était un cas d'anévrysme spontané dû sans doute à une maladie de l'artère; celui de Ciniselli était un anévrysme vraiment traumatique, l'artère étant certainement saine; celui de Dutoit appartient à cette classe douteuse d'anévrysmes développés après un accident, dans lesquels on ne peut prévoir si l'artère ne sera pas plus ou moins malade; celui de Cooper Forster est en quelque sorte de même nature, c'est-à-dire que la cause en est incertaine, mais le rapide développement de l'anévrysme fait présumer que l'artère devait être malade dans une grande étendue. Enfin celui du docteur Peatson, qui est devant nous, montre un anévrysme cylindrique situé sur une artère qui, aussi bien que les gros vaisseaux et le cœur, paraît être saine. Ces cas montrent également que la guérison peut être obtenue par la compression digitale ou mécanique. Ils montrent qu'il est possible, dans beaucoup de cas, d'appliquer la compression digitale et qu'elle peut être supportée pendant longtemps sans causer de douleurs trop violentes ou sans compromettre les fonctions par suite de la lésion des nerfs. Dans le cas de M. C. Forster, il y eut sans doute un peu de paralysie, mais elle était moindre qu'avant le début de la compression, il n'y a rien non plus dans la description qui puisse porter à croire que les nerfs du plexus aient été contusionnés par la pelote du compresseur. La compression prolongée dans le cas du docteur Peatson, amena de la douleur, de l'œdème et la perte temporaire des mouvements du bras, qui par la suite, cependant, paraît être devenu plus utile et plus fort qu'il ne l'eût été après la ligature.

La facilité avec laquelle la sous-clavière peut être comprimée, et la facilité avec laquelle on peut la séparer des nerfs du plexus brachial, de façon à pouvoir être comprimée sans beaucoup de douleur, varient beaucoup suivant les personnes. Chez les unes, l'artère s'élevant assez haut dans le cou, on peut facilement faire cesser les pulsations du pouls en comprimant légèrement avec un seul doigt sans que le patient se plaigne beaucoup. Chez d'autres, la compression doit être dirigée presque au-dessous de la clavicule, une trop grande force est nécessaire pour qu'elle puisse être maintenue exactement pendant un temps un peu long, il y a alors une douleur si vive que le malade demande vite à ce qu'elle soit suspendue. Si la tumeur soulève beaucoup la clavicule, la difficulté de comprimer exactement l'artère s'accroît proportionnellement au degré de soulèvement.

UN NOUVEAU FORCEPS.

M. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, a imaginé un nouveau forceps auquel il attribue les trois avantages suivants :

1° De permettre à l'opérateur de toujours tirer suivant l'axe du bassin, même au détroit supérieur;

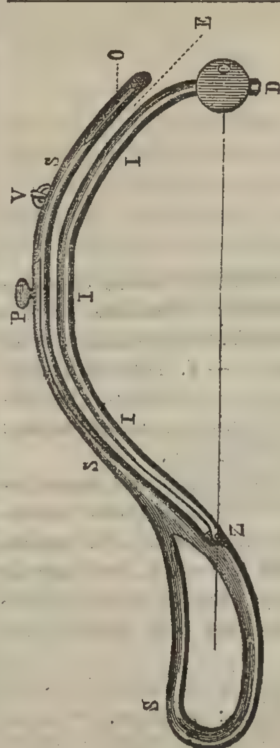


Fig. 1.

SSS. Branches de préhension croisées comme celles du forceps ordinaire.— III. Tiges de traction parallèles entre elles.—C. Coupe d'une poignée transversale dans laquelle s'implantent les tiges de traction et sur laquelle l'opérateur applique les mains. Cette poignée peut être remplacée par celle qui est dessinée dans la figure 2 — D. Extrémité des tiges de traction débordant en bas la poignée. — E. Espace d'un centimètre environ séparant les branches de préhension des tiges de traction. Quand cet espace augmente ou diminue pendant l'opération, les tractions cessent d'être dirigées suivant l'axe du bassin. Pour toujours tirer dans le prolongement de cet axe, l'opérateur doit maintenir entre les branches de préhension et les tiges de traction un espace d'un centimètre. C'est ainsi qu'est constituée l'aiguille indicatrice du forceps de M. Tarnier. — O. Oreille analogue à celle du forceps du professeur Stoltz. — V. Vis de pression allant d'une branche de préhension à l'autre. — P. Pivot de l'articulation des branches de préhension entre elles. — Z. Articulation des tiges de tension sur les cuillers. Ces tiges peuvent être, à volonté, articulées sur les cuillers et désarticulées après l'opération.

2° De laisser à la tête fœtale assez de mobilité pour qu'elle suive librement la courbure du bassin; ce qu'on obtient au moyen des tiges de traction articulées sur les cuillers de l'instrument près du centre de la tête;

3° De présenter une aiguille indicatrice qui montre à l'accoucheur quelle direction il doit donner à ses tractions, pour qu'elles soient irréprochables.

Deux modèles différents du forceps de M. Tarnier sont représentés dans les figures 1 et 2.

La figure 1 représente un forceps dont les branches de préhension sont croisées et les tiges de traction parallèles.

La figure 2 représente un autre modèle du forceps de M. Tarnier. Dans cette figure, les branches de préhension et les tiges de traction sont parallèles entre elles comme dans le forceps de Thenance.

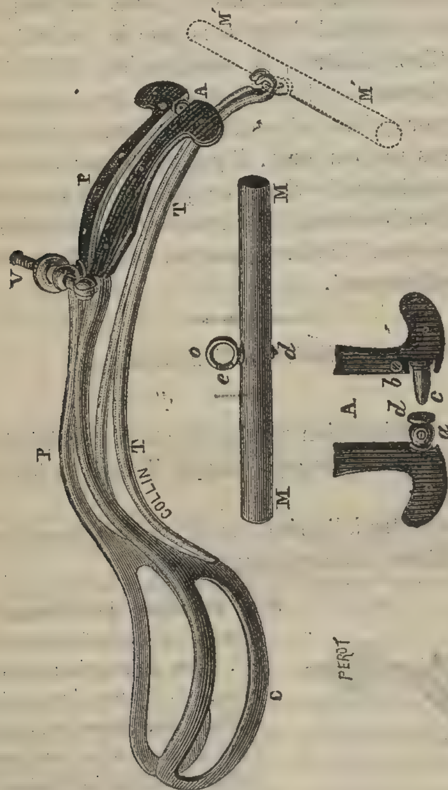


Fig. 2.

A. Articulation des deux branches de préhension entre elles. — C. Cuillers. — P. Branches de préhension terminées par des manches aplatis et garnis de plaques de bois. Ces manches peuvent être adoptés pour le forceps de la figure 1. — T. Tiges de traction s'articulant à l'une de leurs extrémités avec les cuillers, se terminant à l'autre extrémité par un crochet destiné à recevoir l'anneau de la poignée transversale. — V. Vis de pression.

MM. Poignée transversale vue à part. Cette poignée est complétement mobile dans tous les sens et laisse le forceps pivoter autour de l'axe du bassin. — O. Anneau fixé à la poignée. — E. Encoche permettant d'introduire l'anneau dans le crochet des tiges de traction. — D. Tige d'acier faisant corps avec l'anneau et traversant de part en part la poignée transversale dans laquelle elle pivote librement.

Les détails de l'articulation des deux branches de préhension entre elles sont indiqués par les lettres suivantes : *a*. Axe autour duquel pivote la pièce *d*. — *d*. Douille creuse destinée à loger le cône *c*. — *c*. Cône entrant à frottement doux dans la douille. — *b*. Saillie commandant un ressort qui empêche le cône de sortir de la douille. — Pour articuler les branches de préhension entre elles, on fait pénétrer le cône dans la douille; pour désarticuler, on écarte les manches l'un de l'autre, en pressant sur la saillie *b*.

Le lecteur trouvera de plus amples détails dans le mémoire de M. Tarnier (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet deux exemplaires d'une notice sur le choléra, publiée par M. le docteur Rettenkoffer, professeur à l'Université de Munich.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des épidémies pour les départements des Ardennes, du Loir-et-Cher, de Maine-et-Loire, de l'Allier, de la Sarthe, de la Savoie, de la Haute-Savoie et des Deux-Sèvres, pendant l'année 1876 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de M. Moty, aide-major au 2e hussard et de M. le docteur Chabannes, de Vals (Ardèche), récompensés par l'Académie pour les vaccinations qu'ils ont pratiquées.

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Ledoux, de Marseille (accepté.)

3° Un pli cacheté adressé par M. Regnier, étudiant en médecine, relatif à un appareil en caoutchouc destiné à combattre le torticolis et à un autre appareil, également en caoutchouc, destiné à combattre la *syphose juvénile cervico-dorsale* (accepté.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. Guéneau de Mussy reprend la lecture du discours qu'il avait commencé dans la dernière séance.

Il rappelle que M. Chauffard a, depuis quelques années, largement modifié ses opinious en ce qui touche le rôle de la spontanéité dans la production des maladies contagieuses. Autrefois, il semblait admettre que toutes les maladies spécifiques, sans exception, pouvaient être encore actuellement produites par la spontanéité seule, sans qu'il intervînt aucune contagion; aujourd'hui, il distingue, et il reconnaît que les maladies contagieuses à une très-haute puissance ne se transmettent que par contagion. Il eût bien fait d'aller plus loin encore et d'attribuer à la contagion seule la propagation de toutes les maladies vraiment spécifiques, maladies qui sont ainsi nommées, suivant l'expression de M. Bouley, *parce qu'elles font souche*. Rien ne prouve qu'en particulier, la fièvre typhoïde puisse se transmettre autrement que par contagion. Les observations qui sembleraient pouvoir établir le contraire sont incomplètes ou sont susceptibles d'être interprétées autrement. Sait-on toujours d'où vient le contage dans les maladies les plus virulentes, dans celles qui, suivant les plus récentes doctrines de M. Chauffard lui-même, ne pourraient se transmettre sans ce contage, dans la variole, par exemple?

Sur la nature des contages, M. Chauffard n'a pas moins varié que sur leur rôle dans l'étiologie des maladies spécifiques. Autrefois il disait que les virus devaient être absolument liquides, que l'inoculation devait porter sur *des liquides vrais qui, examinés au microscope, n'offraient ni éléments figurés ni caractères propres*. Puis quand ont paru les travaux de M. Chauveau, il a témoigné une joie profonde comme s'il y trouvait la confirmation de ce qu'il avait affirmé. Or M. Chauveau a précisément déclaré que les *vrais liquides*, ceux qui n'offrent pas au microscope d'éléments figurés, sont dépourvus de toute viruleuce. C'était trouver un moyen assuré d'établir un accord parfait entre les opinions de M. Chauveau et les siennes, que d'abandonner les siennes et d'adopter celles de M. Chauveau, ou du moins d'en prendre ce qui lui paraissait con-

(1). *Description de deux nouveaux forceps*. Chez Lauwereyns. Paris, 1877.

ciliable avec sa doctrine de la spontanéité vivante. Mais ce sont là, de la part de M. Chauffard, des transactions qui trahissent une défaillance dans sa foi doctrinale. Il est bien vrai que pour échapper aux déductions qui ressortent de l'admission des éléments figurés granuleux comme agents de la contagion, M. Chauffard se retranche derrière l'autorité de M. Chauveau, pour affirmer qu'ils n'ont rien de commun avec les microphytes ni avec les microzymas ou ferments, qu'ils sont *identiques* aux éléments communs, aux produits d'une simple inflammation. Mais tel n'est pas le sens exact du texte même dont il se sert.

M. Chauveau prétend seulement qu'à un grossissement de 1,500 diamètres on ne constate pas dans les éléments figurés des liquides virulents, des caractères qui permettent de les distinguer des éléments granuleux inflammatoires ou normaux. Mais de cette similitude de forme, il se garde bien de conclure à l'identité de matière: « *Peut-être un jour*, dit-il, *on trouvera dans les différents protoplasmas virulents, des caractères spécifiques qui les différencieront aussi bien les uns des autres que de la matière non virulente.* » Qui oserait dire, en effet, que nos instruments actuels représentent le dernier perfectionnement qu'il soit donné à l'homme d'atteindre?

D'ailleurs, si la nature intime, les caractères propres de ces principes spécifiques, qui se révèlent à nous par leurs effets, ont échappé jusqu'ici à nos déterminations, si dans quelques circonstances leur origine même se dérobe à notre observation, on n'est pas autorisé à affirmer que les maladies spécifiques se puissent développer sans leur intervention.

Comment admettre qu'une même cause banale, encombrement, émanations putrides, etc., puisse produire indifféremment des maladies aussi essentiellement distinctes que le typhus, la fièvre typhoïde et la dysenterie, maladies qui, une fois produites, se reproduiront par elles-mêmes sans jamais se confondre, sans jamais mêler leurs produits, et cela indéfiniment. De quelque côté que l'on scrute cette théorie du développement spontané des maladies spécifiques, sous l'influence des causes banales non spécifiques, on se heurte à des contradictions et à des invraisemblances.

Quant à ce qui touche le rôle des égouts dans la propagation de la fièvre typhoïde, M. Guéneau de Mussy rappelle que M. Chauffard, peu conséquent en cela avec lui-même, n'a pas hésité à conseiller certaines améliorations dans la disposition de ces égouts. Il y a donc là un danger réel, puisqu'il faut prendre des précautions contre ce danger.

M. Guéneau de Mussy ne se flatte pas de l'espoir qu'on puisse anéantir la fièvre typhoïde; trop de circonstances assurent sa reproduction. Mais, est-il défendu de croire avec Budd et Murchison, qu'on peut, dans une très-grande proportion, en restreindre les ravages? Les faits déjà observés ne témoignent-ils pas en faveur de cette croyance? M. Chauffard la condamne de haut comme utopique. Mais il ne faut pas oublier que, plus d'une fois, l'utopie de la veille est devenue la vérité du lendemain.

RAPPORT

M. **DEVILLIERS** lit le rapport annuel sur les travaux adressés à la commission permanente de l'hygiène de l'enfance et sur les récompenses à accorder aux auteurs de ces travaux.

DISCUSSION

M. **DEPAUL** dit qu'il écoute chaque année avec attention les rapports de M. Devilliers, mais qu'il ne voit pas les résultats obtenus par la commission de l'hygiène de l'enfance. Les rapports, très-méritoires d'ailleurs, ne renferment guère que l'analyse des travaux adressés par les médecins à cette commission. Quant aux avantages qui en résultent pour les enfants nouveau-nés, on les cherche en vain. Les petits livres, les imprimés, que la commission fait répandre dans les campagnes, peuvent avoir leur mérite; mais il faut bien peu connaître l'esprit des gens de la campagne, pour croire qu'ils les liront et surtout qu'ils en profiteront.

Pour diminuer la mortalité des nourrissons, dit M. Depaul, il faut des nourrices; et pour avoir de bonnes nourrices, il faut de l'argent. Donnez de l'argent et gardez vos petits livres.

M. **JULES GUÉRIN** pense qu'en outre des conseils très-judicieux, donnés par M. Depaul, il faudrait appeler l'attention sérieuse de la commission de l'hygiène de l'enfance sur les ressources que pourrait procurer l'allaitement artificiel soumis à une étude complète et à des règles pratiques sérieusement déduites de l'observation scientifique.

M. **DEVILLIERS** répond que la commission n'a pas seulement borné son rôle à l'analyse des mémoires qui lui sont adressés; les récompenses qu'elle a distribuées aux médecins ont stimulé le zèle de ces derniers et les ont encouragés dans l'œuvre de propagande qu'ils ont entreprise en faveur de l'allaitement maternel. Cet allaitement est partout en progrès, grâce aux efforts de ces médecins.

M. **FAUVEL** fait observer que la commission de l'hygiène de l'enfance n'a pas de fonctions administratives à exercer. Elle doit se borner à la rédaction d'un programme qu'elle fait appliquer par les médecins avec lesquels elle correspond, et qui se chargent de répandre dans les campagnes les notions de l'hygiène de l'enfance. Son principal rôle est de recueillir des renseignements sur les causes de la mortalité des enfants en bas âge. Quand on aura recueilli, pendant un certain nombre d'années, des renseignements en nombre suffisant, on pourra en tirer des conclusions générales relatives à l'hygiène des nourrissons.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les conclusions du rapport de M. Devilliers, au point de vue des récompenses à accorder.

M. le professeur Trélat étant indisposé, le cours de pathologie externe est provisoirement suspendu.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 24 juin, aux environs de Vélizy-Versailles. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à sept heures un quart, pour le train partant de Paris à sept heures et demie pour la station de Chaville.

— Un poste médical est vacant à Ris, canton de Chateldon (Puy-de-Dôme). S'adresser pour les renseignements au maire de la localité.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Spécificité, spontanéité dans le scorbut.

Tout ce qui touche à l'étiologie de maladies épidémiques ou spécifiques reçoit un surcroît d'intérêt de la discussion académique actuelle.

Le scorbut est certainement épidémique, en ce sens qu'il sévit sur des réunions d'hommes; il est peut-être contagieux, du moins plusieurs observations rendent cette opinion probable.

S'il est contagieux, il est spécifique, puisque, suivant l'heureuse définition de M. Bouley, que M. Guéneau de Mussy a invoquée dans la dernière séance de l'Académie de médecine, *on peut dire d'une maladie qu'elle est spécifique alors qu'elle fait souche.*

A ces divers points de vue, il se trouverait être dans des conditions très-analogues à celles de la fièvre typhoïde. Contagieux à peu près comme elle, spécifique par conséquent, épidémique d'une façon semblable : on ne saurait nier qu'il le soit; en effet, nul de nous ne peut avoir oublié qu'à la fin du siége de Paris, nous avons eu à traverser une épidémie de scorbut, dont les effets se sont fait sentir, plus ou moins marqués, sur une partie notable de la population.

Il serait donc intéressant de déterminer avec précision dans le scorbut quelle part de rôle il faut laisser à des influences non-spécifiques, conditions de milieu, de régime alimentaire, de constitution première, de débilitation, de réaction vitale, bref, à ce qu'on est convenu de nommer *causes banales* et *spontanéité*, lorsqu'il s'agit d'une maladie.

Pour les épidémies de scorbut, il est bien difficile de ne pas tenir compte des causes banales. Le froid, l'humidité, la mauvaise nourriture, l'abus de salaisons, l'absence d'aliments frais, surtout de végétaux frais, l'encombrement, le surmenage, telles sont celles qui ont été principalement signalées.

Le nombre en est peut-être un peu considérable. On comprend qu'on soit embarrassé pour choisir entre elles.

Mais il est du moins incontestable que pour voir se développer une épidémie de scorbut, il faut se trouver au milieu de circonstances particulières, dans des conditions d'existence anormales par quelques points.

Ce sera par exemple, sur un navire, dans une traversée déjà longue, quand on aura vécu durant des mois de la vie du marin, avec les quarts de nuit, le sommeil court et interrompu, les heures de veille sous la pluie ou dans le brouillard, l'encombrement dans les dortoirs, les fatigues parfois extrêmes, l'alimentation peu substantielle, peu variée, par des provisions renouvelées très-rarement.

Ce sera dans une ville assiégée, alors qu'on aura dû renoncer depuis longtemps à la nourriture ordinaire, quand le mouton, le bœuf, les végétaux frais auront manqué, quand par la passion du patriotisme, par une excitation factice suppléant à ce qui faisait défaut pour l'entretien régulier des forces, on sera parvenu à supporter des fatigues exceptionnelles et des émotions épuisantes.

Voilà quand le scorbut fait son apparition.

La vraie maladie de famine, la fièvre d'Irlande, offre bien aussi une étiologie un peu semblable par quelque côté, mais avec cette différence qu'elle se développe surtout chez ceux qui se nourrissant mal, n'ayant pas de quoi manger à leur faim, travaillent peu et usent peu.

Le scorbut, lui, paraît exiger un certain degré de surmenage.

C'était déjà mon opinion d'après ce que j'avais vu pendant l'année du siége, et j'en deviens encore plus convaincu d'après ce que j'observe occasionnellement, de temps en temps, dans les hôpitaux.

Ainsi chez une femme couchée dans le service de M. Empis, à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 3, il me paraît difficile de trouver d'autres causes pour le scorbut que le surmenage et la nutrition insuffisante.

Cette femme, âgée de cinquante-deux ans, vivait du placement de menus objets de piété, d'un prix très-modique, sur chacun desquels elle touchait un faible droit de commission. Pour arriver à se faire ainsi un revenu qui pût suffire à son entretien, elle était obligée à de très-longues courses. Elle avait toujours été, du reste, de petit appétit. Quand le soir elle rentrait chez elle, après huit ou dix heures de marche, elle ne mangeait guère que du laitage, des œufs, des légumes de la saison : non, dit-elle, par économie, la viande ne lui aurait pas coûté plus cher, mais par goût; elle aimait surtout les végétaux accommodés avec du vinaigre, les salades de toutes sortes.

Comme antécédents pathologiques, elle avait eu, vers l'âge

de dix-huit ans, un rhumatisme articulaire; vers l'âge de quarante-cinq ans, en 1870, la variole, et en 1873, quelques douleurs tant dans les muscles que dans les articulations, principalement vers l'épaule. Depuis 1868, elle était sujette aux palpitations. Lorsqu'elle adopta la profession, assez fatigante, de placeuse (jusqu'alors elle avait été domestique), elle s'établit d'abord au centre du quartier où habitaient la plupart de ceux auxquels elle allait avoir affaire. Mais bientôt, par économie, elle chercha un logement dans un quartier plus excentrique, ce qui lui faisait ajouter, à chacune de ses tournées journalières, deux heures de marche, tant pour aller que pour revenir. Ses repas se firent à des intervalles encore plus irréguliers: l'appétit, déjà faible, alla en se perdant.

Sur ses entrefaites, vers le commencement d'avril, cette femme, qui se sentait de plus en plus fatiguée, ce qu'elle attribuait au mauvais temps et à la longueur de ses courses, s'aperçut que ses jambes enflaient et qu'il s'y faisait des taches noirâtres, dues à de petites hémorrhagies sous-cutanées; en même temps elle se sentait si frisonnante qu'en rentrant, elle *couvait* le feu, suivant son expression, et fit ainsi brunir la peau de ses cuisses par des brûlures au premier degré. Les forces se perdaient; l'appétit devint nul; les gencives, jusque-là saines, devinrent molles, spongieuses, saignant facilement. Enfin le sentiment de fatigue et de faiblesse s'accrut à un tel point que la marche devint totalement impossible. Ce fut alors, le 14 mai, que la malade se fit transporter à l'hôpital de la Charité.

Le diagnostic n'était pas douteux; tous les symptômes caractéristiques du scorbut étaient réunis. Le traitement fut des plus simples: bonne alimentation, vin de Bagnols, limonade, etc.

La guérison fut assez rapide. Aujourd'hui, c'est à peine si l'on voit sur les jambes les traces des larges pétéchies dont elles étaient récemment couvertes. Les dents, encore blanches et belles, se raffermissent, bien que déchaussées définitivement sur une certaine hauteur par la résorption interstitielle du bord gingival ramolli. L'appétit et les forces ont reparu simultanément.

Voilà donc un cas de scorbut, qui s'est développé, sans contagion probable, chez une femme se nourrissant presque exclusivement de végétaux et de laitage, vivant à Paris, dans un logement qui n'était pas humide et qu'elle avait soin de chauffer. Elle ne faisait point usage de salaisons; elle ne souffrait pas de la faim; elle gagnait assez pour pouvoir manger ce qui lui eût fait envie.

Que reste-t-il donc, en définitive, comme cause possible du scorbut, dans ce cas? On ne voit guère que le surmenage chez quelqu'un qui s'alimentait d'une manière insuffisante. Ici l'absence intentionnelle d'aliments gras, de viandes fraîches, paraît avoir été aussi préjudiciable que l'absence de légumes frais sur les navires où paraît le scorbut.

Je crois qu'on a fort exagéré le rôle des végétaux dans la prophylaxie et la thérapeutique de cette maladie.

J'ai vu, pour ma part, à la suite du siége de Paris, le scorbut faire encore des progrès évidents après la capitulation, alors que l'on recommençait à manger des légumes et surtout des salades. En outre, dans des ambulances où l'on s'était approvisionné exceptionnellement de végétaux, choux, pommes de terre, accumulés au moment du siége, dans celles notamment des missions étrangères, il n'a pas paru que l'usage très-libéral de ces végétaux eût pour effet la guérison plus prompte des scorbutiques, qui s'y trouvaient en assez grand nombre.

Je sais bien que, sur les vaisseaux, le meilleur moyen de guérir les scorbutiques est de les déposer à terre, dans quelque île où ils trouvent des végétaux, des fruits,

Mais le changement de milieu, de conditions de vie, le long sommeil au grand air, l'absence de tout encombrement, peuvent au moins autant influer en pareil cas sur la santé du matelot, que les herbes ou les racines qu'il peut recueillir et manger.

Ainsi tout conduit à attribuer dans l'étiologie du scorbut un rôle important au surmenage et à la débilitation, suite de mauvaise nourriture, etc.

Mais surmenage et débilitation ce sont bien là des conditions aussi étrangères que possible aux interprétations germinatives, parasitaires, ou du moins quasi-parasitaires du *spécificisme*. La *spontanéité*, comprise comme la comprend M. Chauffard, donnerait bien mieux leur formule.

Si donc il était démontré que, comme je tends à le croire, le scorbut généralisé, frappant sur des réunions d'hommes, prenant le caractère épidémique, put finir par être vraiment contagieux et transmissible, ce serait là un argument et un exemple d'un grand poids dans la discussion qui se poursuit à l'Académie de médecine.

Thyréoïdite aiguë rhumatismale.— Déformation hippocratique des dernières phalanges et des ongles survenue d'une manière aiguë. — Sulfate d'atropine contre les sueurs nocturnes. — Atrophie de l'enfance traitée tardivement avec succès. — Innocuité des applications d'un mélange réfrigérant sur un genou affecté de rhumatisme blennorrhagique.

De tous les services hospitaliers que j'ai visités, le plus riche de beaucoup en cas pathologiques dignes d'être notés est actuellement celui de M. le professeur Vulpian, à la Charité. Quelques-uns de ces cas ne sauraient se passer de longs développements et de commentaires. D'autres, bien que rares, sont assez simples et peuvent être racontés en quelques mots.

Par exemple, il n'est pas commun de voir survenir une thyréoïdite aiguë rhumatismale dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. C'est ce qui vient de se produire chez un jeune homme de vingt-trois ans, compositeur, entré dans le service le 7 juin dernier, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 17. Quand on l'apporta à l'hôpital, il était malade depuis dix mois. Le rhumatisme avait commencé par les pieds, avait atteint les genoux, puis s'était généralisé. Dans les derniers temps, il portait surtout sur les genoux, les mains, les épaules. A l'auscultation, on constata que le cœur avait été touché et qu'il existait de l'endocardite.

Deux jours après, le samedi 9 juin, le malade éprouvait un violent mal de tête, il avait une fièvre vive, et commençait à se plaindre d'une gêne douloureuse, siégeant à la région antérieure du cou, et qui rendait déjà pénibles les mouvements de déglutition et de rotation de la tête.

Dans la nuit suivante, le cou enfla: la glande thyréoïde, dans son ensemble, avait acquis en quelques heures un développement tel, qu'à la visite du matin on trouva ce jeune homme oppressé, pouvant à peine avaler sa salive et n'osant plus remuer la tête, tant toute pression, soit musculaire, soit extérieure, sur le devant du cou, lui causait une douleur vive.

On lui prescrivit un vomitif, et dès le lendemain, la douleur avait disparu. Les lobes latéraux de la glande thyréoïde conservaient bien peut-être encore un peu plus de volume qu'ils n'en avaient eu précédemment; mais il n'y avait plus ni rougeur ni chaleur, ni sensibilité anormales; tous ces signes de la phlegmasie rhumatismale s'étaient dissipés.

Il avait suffi de quarante-huit heures pour terminer l'évolution de cette affection, aussi fugace que le sont souvent les autres formes de rhumatisme.

— Un cas presque aussi rare est celui d'un malade, couché salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 25, entré le 31 mars pour une phthisie pulmonaire dont les lésions étaient encore fort peu accusées et chez lequel, en quelques jours, vers le milieu du mois d'avril, les ongles et le bout des doigts prirent la forme hippocratique d'une manière aiguë. Il y eut à la fois les quatre caractères classiques de l'inflammation : tumeur, chaleur, douleur, occupant les premières phalanges dans leur ensemble. Le malade ne pouvait plus tenir ses mains sous les couvertures, tant la chaleur du lit lui faisait mal au bout des doigts. Cet état aigu se dissipa en quelques semaines. Mais les doigts restèrent définitivement déformés, suivant le type bien connu que nous n'avons pas à décrire.

Puis ce fut le tour des gros orteils, qui commencèrent à être affectés d'une manière également aiguë, il y a quinze jours environ. Le malade en souffrait encore quand, sur sa demande, il est sorti de l'hôpital, le 18 juin. Les lésions pulmonaires avaient pris, d'ailleurs, une grande extension dans ces derniers mois. Cependant, et c'est là un détail important, il avait toujours été possible de mettre obstacle aux sueurs nocturnes à l'aide des pilules de sulfate d'atropine.

Nous devons insister ici sur l'efficacité vraiment très-remarquable de ce moyen, préconisé, depuis plusieurs années déjà, par M. Vulpian.

Pour combattre les sueurs nocturnes, non-seulement chez les phthisiques, mais dans beaucoup d'autres circonstances, M. Vulpian se sert de pilules qui renferment chacune un demi-milligramme de sulfate d'atropine. Il prescrit généralement une ou deux, rarement trois ou quatre de ces pilules, à prendre le soir. Sauf la suppression de la sueur, quand on l'obtient, ce qui est la règle, elles ne produisent aucun phénomène particulier. Les bons effets que j'ai vu résulter de ce moyen, dans le service de M. Vulpian, m'ont encouragé à en faire usage chez quelques malades de ma clientèle ; et je m'en suis fort bien trouvé, au point de vue des sueurs nocturnes. Je puis donc le recommander d'après ma propre expérience. Mais malheureusement, les tubercules ne s'en développent pas moins vite. C'est le traitement d'un symptôme, sans effet sur la maladie ; et c'est pourquoi ce traitement peut être également appliqué dans des maladies très-différentes, avec quelque espoir de succès.

— Au point de vue thérapeutique, nous devons dire quelques mots d'une autre malade du même service, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 14. C'est une jeune fille de quinze ans qui, vers l'âge de deux ans, avait été atteinte d'une atrophie musculaire de l'enfance et était restée impotente depuis ce moment.

Malgré la date si ancienne de cette affection, l'électrisation des masses musculaires atrophiées et l'emploi de l'iodure de fer à l'intérieur ont déjà produit une très-notable amélioration dans l'état de cette jeune fille. Le mouvement commence à revenir dans les jambes, naguère inertes. C'est bon à savoir; car on comprendrait qu'on pût hésiter à entreprendre un traitement aussi tardif dans des circonstances pareilles.

— Dans le même service, salle Sainte-Madeleine, n° 5, le traitement suivi chez une autre malade offre certaines particularités qui pourraient étonner d'abord. En effet, ne croirait-on pas qu'il pourrait résulter des inconvénients graves de l'application très-momentanée d'un froid intense autour d'une articulation affectée chroniquement d'une arthrite ou d'un rhumatisme, même blennorrhagique? Eh bien, M. Vulpian n'a pas craint l'emploi d'un mélange réfrigérant sur un genou ankylosé par cette cause, toutes les fois qu'il y pratique des cautérisations, ponctuées ou linéaires, superficielles, à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.

L'anesthésie ainsi obtenue est suffisante pour que le malade ne sente rien, ou à peu près rien au moment des opérations, ce qui permet de les répéter beaucoup plus souvent, à courts intervalles. Quant aux résultats, ils sont très-favorables. Aucune complication n'est venue entraver l'amélioration progressive. Sous l'influence des cautérisations, l'articulation reprend sa forme et recouvre graduellement le mouvement qui semblait aboli.

On peut donc employer le froid comme anesthésique dans des cas semblables. Mais ce ne doit pas être sans certaines précautions, sur lesquelles M. Vulpian insiste beaucoup. Il faut une grande surveillance pour ne pas amener d'escharres. Après l'anesthésie, viendrait la mortification du derme. On peut juger qu'une action suffisante est sur le point de se produire, alors que le malade accuse une sensation pénible, comparable à celle de l'onglée. Comme réfrigérant, M. Vulpian emploie le mélange ordinaire de sel et de glace concassée, placé dans une vessie qu'on soulève souvent afin de s'assurer de l'état de la peau. Dr Victor REVILLOUT.

PELLAGRE SPORADIQUE (1)

Par M. le docteur J. MARTY
Lauréat de la Faculté de Paris, médecin aide-major.

II

Avons-nous eu affaire à une pellagre? Telle est la première question qui se pose à nous.

La pellagre, dit Bazin (2), se caractérise par l'apparition d'accidents très-nombreux qui se disséminent à la fois ou successivement sur trois grands systèmes de l'économie : les systèmes cutané, digestif et nerveux.

Déjà, dans cette définition provenant d'un maître dont les sympathies sont pour l'origine toxique, nous trouvons trois grandes divisions qui représentent autant de paragraphes de notre observation.

Descendons plus bas dans l'analyse des faits, passons en revue le plus rapidement possible les symptômes de la pellagre, et voyons si nous les retrouvons décrits ici.

Et d'abord, remarquons deux choses :

Malgré l'état mental de la maladie et malgré les difficultés de son interrogatoire, il est évident que les malheurs et la misère au dernier degré ont, depuis longtemps, occupé son existence. Le vague de son récit laisse entrevoir les privations et le dénument qui l'ont amenée à la cachexie qu'elle présente.

Remarquons aussi que l'aspect spécial de ses mains doit remonter à plus de deux mois. Leur état en fait foi, et, de plus, s'il n'en était ainsi, elle n'eût pas remarqué les améliorations de chaque hiver.

Nous ne hasarderons aucune hypothèse sur les prodromes, faute d'avoir rien de certain, mais cela a peu d'importance, puisqu'ils ne peuvent suffire au diagnostic.

Un des symptômes les plus sérieux est celui fourni par l'éruption, et c'est pour cela que, rejetant les expressions vagues de spéciale, caractéristique, etc., nous avons tenu à en

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juin.
(2) *Affections cutanées artificielles.*

donner les caractères. Nous avons vu que le dessèchement et l'exfoliation épidermique (1) s'y retrouvent parfaitement. Leur limitation est exacte; rien sur les parties non découvertes.

Du côté des organes digestifs, nous avons la diarrhée, tenace, arrivant au moment où l'organisme souffre dans tous les systèmes qui le constituent. Elle est séreuse et concourt au dépérissement et à la mort.

Les vomissements n'ont pas été accusés, mais souvenons-nous que ce n'est nullement un phénomène constant.

Du côté du système nerveux, nous trouvons tout d'abord le vertige, et, chez elle, il présente deux variétés : c'est d'abord le vertige simple lié à la faiblesse ou aux troubles de l'économie; c'est ensuite le vertige spasmodique, avec sensation de rotation et chute sur le côté. Chose remarquable, c'est toujours vers la gauche que cela se produit.

Du côté des organes des sens, nous retrouvons les bourdonnements d'oreille, signalés par divers auteurs.

Chez elle, nous avons le délire avec idée prédominante, mais sans tendance au suicide: l'hydromanie n'existe pas. Il est mélancolique. Strambio admet quatre variétés pour les cas analogues : religieux, stupide, vagabond, triste. Ce serait surtout à l'avant-dernier qu'il paraîtrait se rapporter.

La débilité générale, paralysie spéciale à la pellagre, n'a pu être très-bien estimée, puisque la malade ne s'est pas levée. Cependant, son existence résultait du peu de forces avec laquelle elle serrait la main présentée, de ses chutes, de l'impossibilité de rester debout, aussi bien que de son propre récit.

Notons, enfin, l'œdème des membres inférieurs, commun à toutes les cachexies, mais que nous ne sommes pas les premiers à signaler dans celle qui nous occupe. Notons encore cette paralysie antibrachiale, avec diminution de la sensibilité, limitée d'une si étrange façon. L'affaiblissement paralytique des pellagreux s'accompagne d'une diminution de la sensibilité, mais l'exacte circonscription du symptôme, ne nous permet pas ici de bien apprécier sa valeur.

Tous les phénomènes décrits dans la pellagre se retrouvent donc dans la nôtre, quelques-uns n'ont pas tout à fait la physionomie classique, mais ce cachet, qui se retrouve dans la plupart, nous fait maintenir notre diagnostic.

Les caractères de l'éruption et la précision des mouvements suffisent pour tracer la limite entre l'état que nous venons de décrire et l'alcoolisme chronique. Le faciès spécial du paralytique général, son amnésie, la trémulation de la langue et l'hésitation de sa parole, ne permettent pas de le confondre avec le pellagreux, en sus des symptômes propres à cette dernière affection. Les troubles digestifs et les altérations cutanées écartent encore l'idée que le ramollissement cérébral ait joué le principal rôle chez notre malade.

L'ensemble de tous ces symptômes, croyons-nous, peut écarter l'action de pseudo-pellagre. Tous les groupes signalés s'y retrouvent. Le moins marqué parmi les phénomènes est celui de stomatite. Encore l'odeur fétide de l'haleine tend-elle à prouver que la malade n'était pas complétement indemne.

Enfin, comme dans une foule de cas semblables, de même que tous les systèmes de l'économie se montrent atteints sans qu'aucun d'eux présente de lésion prédominante, de même l'anatomie pathologique ne nous présente rien de spécial. Le ramollissement cérébral et l'athérome généralisé ne sont que des témoins de la détérioration organique, et, ce qui emporte le malade, c'est une thrombose dont l'état des artères et celui du sang expliquent suffisamment la formation. On a retrouvé ces thromboses dans d'autres organes; elles avaient gardé le silence; elles se forment dans le cerveau, et le sujet meurt. Dans tout cela, rien de spécifique, rien qui puisse caractériser un processus spécial.

(1) Mémoires de Ganzago.

(2) *Traité de la pellagre*, de Roussel.

Ces remarques sont celles qui ont été faites avant nous. Dans notre cas, comme dans ceux qui les ont déjà inspirés, le maïs n'était jamais entré dans l'alimentation des malades. Il nous semble donc logique de conclure, avec Béhier, que le maïs altéré n'a pas, relativement à la pellagre, toute l'importance étiologique qu'on a voulu lui attribuer. En un mot, il ne semble pas qu'il soit la condition *sine quâ non* de la maladie; on ne saurait dire avec M. Costallat : le verdet est l'unique cause de la pellagre ; en dehors du maïs, il n'y a pas de pellagre.

S'il nous était permis, avant de terminer cet article, de faire une courte digression, nous verrions que la pathologie comparée apporte un nouveau fait à cette manière de voir.

Dans un des pays de prédilection de la pellagre, un de ceux où elle a été le plus étudiée, dans les Landes, côte à côte avec cette maladie connue sous le nom d'*ensec de l'homme*, se développe sur les animaux domestiques une affection présentant avec elle d'étroits liens. Le langage du pays la désigne du même nom. En pathologie vétérinaire, on l'appelle le *Pica pellagreux* (1).

L'assimilation des deux maladies, basée sur l'identité des symptômes, est admise par l'auteur du mémoire cité ici comme par les gens du pays.

Dans la première période, il signale le dégoût d'aliments et l'amaigrissement progressif. Les digestions s'altèrent, des aberrations de goût se présentent. La peau commence à s'altérer; elle sent mauvais. La sensibilité du derme diminue par degrés.

Dans la seconde, la peau se ride, se dépèle et s'exfolie. La muqueuse de la bouche s'altère; l'œil se cave; l'hébétisme se prononce. Bientôt surviennent l'impossibilité de la locomotion et des tremblements fibrillaires sur les membres et la périphérie du corps.

Dans la troisième, se trouvent la surexcitation nerveuse, les accès de fureur, les mouvements désordonnés, l'anéantissement de l'instinct et de la sensibilité. Ces accès sont séparés par des périodes de profonde prostration.

La diarrhée, l'aggravation des symptômes cutanés et muqueux accompagnent cette dernière période, qui conduit infailliblement à la mort.

Nous n'avons pas besoin, sans doute, d'insister sur l'analogie des deux tableaux. En outre de celle des symptômes, le même cachet les domine : lésions et atteintes généralisées, sans prédominance marquée d'aucun organe. Déchéance organique. Et le cultivateur ne s'y trompe pas. L'émigration hors de la lande, vers des plaines plus fertiles, est le seul remède à l'*ensec*.

Comme causes reconnues de cette affection, nous trouvons signalés l'infécondité des Landes, leur sol sableux avec sous-sol imperméable, formant un vaste marais pendant les pluies, la mauvaise qualité des eaux, la qualité inférieure des aliments récoltés et leur quantité insuffisante, la mauvaise aération et la saleté des étables.

Dans tout cela, quel est le rôle du maïs? A l'étude des aliments, M. Dupont en parle : « On donne dans quelques saisons aux animaux, dit-il, les dépouilles de maïs. » Mais le tout ne comprend que la panicule formée par les fleurs mâles, re-

(1) *Pica pellagreux*, par Dupont, *Journal des vétérinaires du Midi*, décembre 1859. *Pathologie* de Lafosse, tome III.

cueillie à l'état vert, et la tige et les feuilles de la plante après la récolte des épis.

Dans cela, que devient le verdet, qui attaque la graine?

Nous le voyons donc, que l'on étudie sur l'homme ou sur l'animal les altérations de la pellagre, l'étiologie semble la même. Partout et toujours, c'est le défaut de nourriture, les fatigues, les mauvaises conditions de l'hygiène, qui semblent en assumer la responsabilité. Le maïs y prend un rôle essentiellement secondaire, si même il en a un. Ce n'est qu'un adjuvant de la misère.

Notre expérience trop faible ne nous permet pas l'appréciation comparée des idées de Landouzy et de Béhier. Pour nous, le seul point que nous ayons désiré atteindre était celui-ci : présenter un nouvel exemple pouvant servir à démontrer que le syndrôme complexe connu sous le nom de pellagre peut se développer en dehors de toute alimentation par le maïs.

THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés digestives de la pancréatine

Par le docteur C. Girard.

L'intégrité des fonctions digestives est une des conditions les plus impérieuses du maintien de la santé. « Toute l'économie digère par l'estomac », a écrit un physiologiste de Montpellier. Dans les conditions d'existence actuelle, cette intégrité est rare. Mais les troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinal, qui jouent un rôle étiologique si important dans un grand nombre de maladies, ne sont pas toujours évidents; souvent, il faut beaucoup de sagacité de la part de l'observateur et du praticien pour en reconnaître l'existence, en apprécier la nature, et choisir le médicament approprié. Les faits suivants viennent à l'appui des considérations qui précèdent, et ils jettent un jour nouveau sur l'intervention des ferments physiologiques comme agents thérapeutiques. Nous voulons parler d'une application heureuse de la pancréatine dans les affections qui ont pour origine une altération de la nutrition.

Obs. I. — Mme ***, âgée de cinquante-sept ans, bien que d'une bonne constitution, était sujette depuis un grand nombre d'années à des attaques d'érysipèle extrêmement fréquentes. La moindre cause faisait naître cette maladie. Parfois, à l'érysipèle succédait une éruption eczémateuse et alors la guérison se faisait attendre longtemps. Mme *** avait été soumise à un régime très-rationnel et très-sévère; elle avait suivi des traitements très-variés. Entre autres médications, elle avait fait usage des préparations arsenicales pendant plus d'une année. Tous les traitements prophylactiques et curatifs étaient restés sans résultats. La situation de la malade était très-pénible, car elle n'était jamais certaine, en se couchant le soir, de ne pas se réveiller, le lendemain matin, avec un visage rouge, brûlant et gonflé.

Nous remarquâmes, à plusieurs reprises, que l'invasion érysipélateuse, traitée énergiquement au début par les vomitifs et les purgatifs était généralement enrayée et de durée moins longue; et de plus, qu'entre les attaques d'érysipèle, la malade éprouvait des aigreurs à la gorge, une sorte de pyrosis. Il nous parut évident, d'après ces faits, que l'état morbide si rebelle de Mme *** était sous la dépendance d'un trouble des fonctions digestives et d'une assimilation viciée. On sait, du reste, quelles relations étroites existent entre les conditions fonctionnelles de l'estomac et les manifestations cutanées du visage.

Cette considération nous donna l'idée de recourir à la pancréatine comme agent thérapeuthique capable de modifier avantageusement le travail imparfait de la digestion stomacale, et nous prescrivîmes à Mme *** les pilules de Defresne, à la dose de quatre pilules à chacun des principaux repas, d'ailleurs sans aucun changement dans le régime. Depuis cinq mois que cette prescription est scrupuleusement exécutée, on n'observe plus la moindre apparence d'érysipèle. Il y a bien des années que notre cliente n'avait joui d'une aussi bonne santé. Récemment, un accident, qui n'a pas eu de suites, est venu confirmer d'une manière remarquable la solidité de la guérison. Sous l'influence d'une sorte d'indigestion, Mme *** a été prise de vomissements et de garde-robes nombreuses. Avant le traitement par la pancréatine, une pareille indisposition ne pouvait se produire sans devenir une cause déterminante d'érysipèle au visage. Or, cette fois-ci, la peau de cette région n'a pas présenté même une rougeur.

Cette observation, qui nous est communiquée par M. le docteur Festraerts, de Liége, présente beaucoup d'intérêt. En attribuant les souffrances de notre malade à un désordre gastrique, à une altération morbide de la sécrétion et de la composition des humeurs de l'estomac, phénomènes qui étaient restés longtemps inaperçus, notre confrère était dans le vrai; il a été ainsi conduit à prescrire un médicament propre à compléter le travail de la digestion et à ramener dans des conditions normales l'assimilation et la nutrition générale. Encouragé par ce succès, il a eu recours à la même médication dans des cas plus ou moins analogues, et généralement avec des résultats aussi heureux.

Le fait suivant est plus caractéristique encore, et mérite d'être médité aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique.

Obs. II. — M. G..., célibataire, quarante-trois ans, professeur, est le sujet de notre deuxième observation. Notre distingué confrère, M. le docteur Proust, consulté par le malade à l'hôpital Lariboisière, a formulé le diagnostic suivant : diathèse rhumatismale, avec dyspepsie par ataxie et absence de suc gastrique, eczéma, etc... Soumis pendant plus d'une année à des médications qui paraissaient le mieux appropriées à son état morbide, M. G... était arrivé à un véritable état d'épuisement; il ne digérait plus aucun aliment, et ne vivait plus que de sucre.

Dams ces conditions très-graves, le malade se confia à M. le docteur Potain. L'éminent professeur eut l'ingénieuse idée de le faire bénéficier d'une digestion artificielle, *extra-corporelle*, et institua le régime suivant, très-digne d'attention :

1° Viande crue, 250 grammes, hachée menu, digérée à l'aide de 10 grammes de pancréatine et de 10 à 15 grammes d'acide hydrochlorique. Après une heure et demie de digestion à 40 degrés, et plusieurs agitations prolongées, le mélange demi-liquide était passé à un tamis très-fin, et le produit qui en résultait, assaisonné de sel et de poivre, était avalé par le malade.

2° Bouillie Liébig : malt pulvérisé, 250 grammes, fécule, 250 grammes, eau 1,500 grammes; sucre à volonté.

3° Huile de foie de morue pancréatique, 50 grammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, le malade accusa un mieux de plus en plus sensible. L'embonpoint revint peu à peu; les maux de tête et les vomissements disparurent. Néanmoins, l'estomac ne pouvait pas encore reprendre ses fonctions d'une manière complète, car alors le pouls, de 60 montait à 80, et les céphalalgies reparaissaient.

Tels sont les derniers renseignements fournis sur M. G..., qui, par ce qu'il a obtenu, est à même de juger de ce qu'il peut espérer pour l'avenir.

Dans cette seconde observation, il n'est guère possible de mettre en doute que le retour de la faculté digestive ait été dû à l'action de la pancréatine s'exerçant, soit artificiellement sur les matières alimentaires en dehors des organes avant leur ingestion, soit physiologiquement après son introduction dans l'estomac.

Ces faits sont parfaitement en harmonie avec ce qu'on sait des fonctions du pancréas. Voici comment les auteurs du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* résument les notions acquises sur ce sujet : « M. Claude Bernard avait démontré, dès 1846, que le suc pancréatique jouit de la propriété d'émulsionner les corps gras, et les met par conséquent dans des conditions éminemment favorables à l'absorption. Bouchardat et Sandras sont venus montrer ensuite que ce même suc pancréatique agit sur les matières féculentes à la manière de la salive. Corvisart, en 1857, a complété ces découvertes en montrant que les matières albuminoïdes sont

transformées en peptones par le suc pancréatique, comme par le suc gastrique. Et enfin Schiff a constaté que la pancréatine digère les substances albuminoïdes avec autant d'énergie que le suc gastrique. Il résulte de cet examen physiologique que le suc pancréatique peut suppléer en partie, soit la salive, soit le suc gastrique. » (Trousseau et Pidoux, t. I, p. 80.)

On peut donc considérer la pancréatine comme un médicament rationnellement indiqué dans tous les cas où la digestion gastro-intestinale est défectueuse par insuffisance ou altération du suc gastrique. Cette manière de voir est, du reste, corroborée par les faits très-remarquables que le docteur Langdon Down a communiqués à la *Clinical Society* de Londres, en 1869, et par une communication intéressante du docteur Van Den Corput, de Bruxelles (*Union médicale*, 1869, p. 780).

On voit, d'après les faits et les considérations qui précèdent, quel parti l'on peut tirer de l'emploi de la pancréatine en thérapeutique, et quels services elle peut rendre dans une foule de cas qu'il appartient aux praticiens de reconnaître par un diagnostic étiologique éclairé. En effet, la pepsine, insuffisante à digérer le bol alimentaire, n'attaque ni les fécules, ni les graisses, et ne suffit pas à la digestion des aliments azotés. Le suc pancréatique, plus actif, saccharifie les fécules, rend les graisses assimilables, digère les matières albuminoïdes sur lesquelles la pepsine s'est épuisée. D'où l'action de la pancréatine comme complémentaire ou régulatrice de l'action digestive dans certains états morbides.

D'après M. Defresne, avec 1 gramme de pancréatine on peut faire digérer simultanément : 24 grammes d'axonge, 30 grammes d'albumine ou de viande, ou 150 grammes de fibrine et 8 grammes d'amidon, — soit 212 fois son poids. Tandis que la pepsine du Codex ne désagrège que 40 fois son poids, et la pepsine amylacée 10 fois son poids de fibrine. (*Mémoire sur la pancréatine*; J.-B. Baillière, 1872.)

La propriété du suc pancréatique d'émulsionner les corps gras et de les rendre assimilables conduit naturellement à l'idée de l'associer à l'huile de foie de morue. Cette idée ne pouvait échapper à M. Defresne, et il a introduit dans la matière médicale l'*Huile de foie de morue pancréatique*, qui se présente sous forme de crême blanche, et dans laquelle la saveur particulière du médicament est masquée ou peut même être modifiée d'une manière agréable. C'est encore un mode d'emploi utile de la pancréatine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un envoi fait par M. le docteur Pereira (de Rio-Janeiro d'une brochure sur une maladie rare, le *hano*, qui n'est connu en France que par les travaux des médecins de la marine; d'une autre brochure intitulée : *des opérations nécessitées par la rétention d'urine*, thèse pour l'agrégation; et de trois notes manuscrites relatives à *trois observations d'anévrysmes traités par différents moyens* (Rapporteur; M. Delens);

2° Une note adressée par M. Roux (de Brignoles) fils, sur les *kystes séreux du cou au point de vue opératoire* (rapporteur, M. Gillette).

M. DUPLAY dépose de la part de M. Caury (d'Agde), chirurgien de l'hôpital de Béziers, une observation sur *un cas de dystocie* (rapporteur : M. Guéniot).

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. PAULET donne l'indication du travail auquel il faisait allusion dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Tillaux. C'est la thèse de M. Auguste Mire, soutenue à Strasbourg en 1863, et intitulée : *Des procédés de névrotomie relatifs aux névralgies sus-orbitaires.*

COMMUNICATION

Ligature d'une artère dans une plaie datant d'un mois. — M. GUYON fait la communication suivante : un homme de cinquante-quatre ans, blessé au pli du coude droit par la chute d'une pièce de tôle qui avait broyé les téguments et en partie ses muscles, et mis à nu l'artère radiale, entre dans son service le 14 avril dernier. L'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, M. Guyon applique la bande d'Esmarck et fait la ligature de l'artère humérale et de l'artère cubitale. Tout va bien jusqu'au 1er mai, mais à cette date une hémorrhagie se produit. La compression est faite et suffit à l'arrêter; mais le lendemain elle recommence. M. Delens fait la ligature de l'humérale au lieu d'élection. Pendant quelques jours, la plaie marche vers la guérison. Mais le 12 mai nouvelle hémorrhagie dans la plaie primitive. M. Guyon se trouvait dans l'alternative de lier l'axillaire ou de rechercher dans la plaie le bout inférieur de l'artère coupée par lequel devaient se faire les hémorrhagies. Malgré l'ancienneté de la plaie c'est à ce dernier moyen qu'il se décida. Après avoir enlevé, par un grattage fait avec une spatule, la couche des bourgeons charnus, M. Guyon mit à nu un cordon dur, blanchâtre, qui n'était autre que le bout inférieur de l'artère atteint de périartérite et le lia; les hémorrhagies cessèrent; le fil ne tomba que le dix-neuvième jour et la plaie se cicatrisa rapidement. Les trois premières ligatures ont été faites avec le cat-gut; est-ce à cette substance que l'on peut attribuer la récidive des hémorrhagies qui cessèrent après une ligature faite avec un fil de soie?

DISCUSSION

M. DELENS a lié une artère fémorale athéromateuse dans un cas d'anévrysme. Les fils sont tombés les onzième et quinzième jours, sans que l'hémorrhagie ait reparu.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait l'an dernier la ligature de l'arcade palmaire dans une plaie datant de vingt-trois jours, qui donnait lieu à des hémorrhagies incessantes. Malgré l'état phlegmoneux de la main, l'opération a pu être faite avec une grande facilité, grâce à l'appareil d'Esmarck, et le malade a guéri sans autre accident. Le fil employé était en cat-gut, et M. Lucas n'a jamais vu d'hémorrhagie secondaire se produire après l'emploi de cette substance.

M. FORGET a vu Michon faire avec succès une ligature au vingt-septième jour.

M. PANAS a vu Nélaton faire la même opération.

M. HOUEL en a observé un cas dans le service de Velpeau.

M. GUYON fait observer que la grande difficulté qu'offrait la recherche des deux bouts d'une artère aux chirurgiens de cette époque n'existe plus depuis qu'on se sert de l'appareil d'Esmarck.

M. SÉE. Lorsque, dans une plaie ancienne, on a enlevé les bourgeons charnus avec un grattoir, on retrouve les parties sous-jacentes à peu près avec leur aspect primitif.

PRÉSENTATION DE MALADE

Anévrysme cirsoïde de la main. — M. TILLAUX présente une jeune femme de trente ans atteinte d'un anévrysme cirsoïde de la main gauche, avec dilatation considérable des artères de la main, et demande à ses collègues leur avis sur la conduite qu'il doit tenir en présence de ce cas. La main de cette malade ressemble beaucoup à une pièce du musée Dupuytren déposée par Bréchet. Les deux artères sont dilatées jusqu'au niveau du coude. L'artère humérale elle-même est sinueuse. La dilatation de la main est congénitale ; mais, depuis sept mois, il s'est produit une sorte de momification de l'extrémité du médius, accompagnée de douleur. Le souffle est manifeste dans les artères dilatées. M. Tillaux a essayé de remédier à cet état par différents moyens de compression qui ont d'abord soulagé la malade, mais qu'au bout de peu de temps la douleur a tous rendus impossibles à supporter. Doit-il faire la ligature des artères radiale et cubitale, et cette ligature suffira-t-elle? Peut-on tenter les injections de perchlorure de fer, ou faut-il faire l'amputation du bras ?

DISCUSSION

M. NICAISE a vu dernièrement une malade du même âge, affectée

d'un anévrysme cirsoïde de la jambe et qui a été très-soulagée par la compression à l'aide d'un bas élastique.

M. DUPLAY ne pense pas qu'il y ait chance de réussite si l'on tente d'obtenir la coagulation du sang à l'aide du perchlorure de fer. Il serait bien plus difficile dans ce cas que lorsqu'il s'agit d'un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, de limites le champ d'action de l'injection. La ligature de l'humérale ne donnerait que des résultats déplorables. L'amputation elle-même serait une ressource insuffisante, la dilatation humérale allant jusqu'à l'aisselle et sans doute encore plus loin. M. Duplay considère ce cas comme incurable et conseille l'abstention.

M. TRÉLAT a vu, à l'hôpital Saint-Louis, un cas analogue qui a été publié dans la thèse de M. Terrier, et qui a guéri par l'amputation après avoir résisté à la ligature. Dans le cas présent, il essaierait de la compression à l'aide d'un gant de caoutchouc, et n'en viendrait à l'amputation que si des hémorrhagies inquiétantes l'y forçaient. Les injections lui semblent irréalisables.

M. LARREY conseille d'essayer de faire la compression digitale, en tenant le bras aussi élevé que possible.

M. TERRIER conseille de ne rien faire à moins que des accidents graves n'y obligent.

M. ANGER a vu réussir des injections faites avec la liqueur de Piazza, qui n'est autre qu'une solution très-faible de perchlorure de fer. On pourrait limiter son champ d'action par la compression.

M. DESPRÈS est opposé aux injections de perchlorure de fer qui peuvent être causes d'embolies mortelles. Il conseillerait les ligatures multiples.

M. DEPLAY connaît le malade dont a parlé M. Nicaise; le cas n'est pas le même, ce malade n'ayant jamais eu qu'une dilatation de l'artère tibiale antérieure.

PRÉSENTATION DE MALADE

Urano-staphylorrhaphie. — M. TRÉLAT présente un nouvel opéré d'urano-staphylorrhaphie. C'est un garçon qui présentait depuis sa naissance une division de la soute et du voile du palais et un bec-de-lièvre. La restauration a été faite en plusieurs temps. Le premier a consisté à reconstituer le bord alvéolaire; dans le deuxième temps, M. Trélat a fait l'urano-staphylorrhaphie; le troisième a été nécessité par la réussite incomplète du premier : il existait encore une petite brèche au niveau du bord alvéolaire; le quatrième enfin, a été l'opération du bec-de-lièvre. Ce malade ne sait pas encore prononcer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. PORRACK donne lecture d'un mémoire, avec pièces à l'appui, intitulé : *Syphilis osseuse héréditaire; fractures multiples spontanées; pseudo-paralysie des membres supérieurs liée à ces fractures.* Ces lésions ont été déjà décrites par M. Parrot qui en a fait, l'an dernier, l'objet d'une communication à la Société. (Rapporteur : M. Polaillon).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Avis. Volontariat d'un an. Sursis d'appel. — MM. les étudiants qui ont contracté l'engagement conditionnel d'un an et qui désirent obtenir un sursis d'appel, sont invités à demander au doyen de la Faculté le certificat exigé par l'autorité militaire.

Les certificats de cette nature seront délivrés au secrétariat à partir de ce jour jusqu'au 11 août inclusivement, de dix heures à quatre heures.

MM. les étudiants qui négligeraient de demander cette pièce d'ici à cette époque, ne pourraient l'obtenir ensuite qu'à partir du 1er novembre.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin 1877 à Bellevue. Rendez-vous à la gare Montparnasse. Départ à dix heures et demie.

— M. Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin 1877, dans la forêt de Saint-Germain. Rendez-vous à la gare de Saint-Germain, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare), à onze heures trente-cinq minutes.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique, le dimanche 24 juin 1877, à Jaigne, Tanerou et Ferté-sous-Jouarre. On se réunira a la gare de l'Est, où l'on prendra, à sept heures du matin, le train pour Changis.

— M. Stanislas Meunier, chargé de traiter la seconde partie du cours de géologie du Muséum, commencera samedi 23 juin, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de minéralogie, une série de leçons sur la géologie de la France à l'époque tertiaire. Le cours se continuera à la même heure, les mardi et samedi de chaque semaine.

— On demande un médecin civil pour être affecté à l'hospice colonial, au dispensaire et à la prison de Saint-Louis (Sénégal).

Un traitement de 6,000 francs, garanti par la colonie, est attribué à cet emploi.

Il serait à désirer que le candidat fût déjà d'un certain âge.

S'adresser au 1er bureau de la direction des colonies, au ministère de la marine.

Guide complet du promeneur au Mont-Dore et à la Bourboule, par le docteur Léon CHABORY, suivi du Guide du baigneur aux eaux du Mont-Dore, par le docteur CHABORY-BERTRAND. — 1 vol. in-12 de 220 pages. — Mont-Dore, 1877. Prix : 2 francs. — Librairie Armet.

Du Danger des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales, par le docteur CHAUVET. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Les Habitations humides, par le docteur BOILLET. — In-8°. Prix : 75 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. Rigal.

Pronostic des maladies organiques du cœur.

Pendant ces dernières semaines, il est entré dans nos salles un assez grand nombre de malades atteints d'affections organiques du cœur à des degrés de gravité fort divers; quelques-uns ont retiré un très-grand bénéfice du traitement qui a été institué, d'autres ont été peu ou point soulagés; je crois utile de vous donner les raisons de ces différences et de faire, avec vous, une étude rapide du pronostic et du traitement des maladies du cœur en général. Il est bien entendu que nous nous occuperons seulement des cardiopathies à marche chronique qui résultent d'altérations d'orifice permanentes et de lésions du myocarde.

En principe, toute maladie du cœur est grave, parce que tout individu dont le cœur est lésé est susceptible de tomber avec une grande facilité, dans une syncope dont la mort subite peut être la conséquence. Celle-ci est, en effet, possible dans toutes les maladies organiques du cœur, sans exception, et je dois vous signaler ce fait qu'un malade affecté d'une lésion d'orifice, en apparence parfaitement compensée, peut mourir tout à coup par suite d'un arrêt sub des contractions cardiaques.

D'autre part, tous les cardiopathes sont sujets à un certain nombre de complications. C'est ainsi que, dans les maladies du cœur, même les plus légères, vous avez à redouter les phénomènes de l'embolie cérébrale; c'est ainsi encore que toute cardiopathie pourra prendre rapidement un caractère de gravité exceptionnelle sous l'influence du développement d'une phlegmasie de l'appareil respiratoire : bronchite, pneumonie ou pleurésie.

Ces considérations sont vraies; mais, si l'on se place sur le terrain de l'observation journalière, on ne tarde pas à voir que le pronostic n'est pas toujours très-fâcheux : il est, au contraire, éminemment variable. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer une affection cardiaque qui évolue avec une lenteur telle que le malade peut vivre de longues années, sans même cesser de prendre part à la vie commune.

Essayons donc de déterminer comment vous devez envisager le pronostic, quelles sont les conditions qui peuvent en faire varier la gravité et sur quels éléments vous devez vous appuyer pour le formuler.

En thèse générale, les jeunes médecins, et surtout les élèves en médecine, sont très-disposés à juger de la gravité d'une maladie du cœur d'après l'intensité des bruits du souffle. Or, je ne crois pas qu'il y ait une erreur plus fâcheuse et qui mérite plus d'être redressée. Les bruits de souffle n'offrent, en effet, qu'une importance tout à fait relative dans le pronostic, quelle que soit leur intensité ou leur nature, qu'ils soient simples ou doubles, faibles ou forts, qu'ils aient lieu à la pointe ou à la base.

Les bruits les plus intenses correspondent le plus souvent à des lésions moyennes qui peuvent être parfaitement compensées. Il est des lésions d'orifice considérables, des insuffisances tricuspides ou mitrales, par exemple, qui peuvent exister sans qu'elles se traduisent par un bruit de souffle; je vous rappellerai encore que la force d'un bruit de souffle est, en partie, proportionnelle à l'énergie de la contraction de la cavité située en arrière de l'obstacle, or, si les parois de cette cavité sont altérées, le bruit de souffle sera faible et cependant cette faiblesse dépendra directement d'une lésion du myocarde, chose toujours sérieuse. Je vous engage donc à n'accorder aux bruits de souffle d'autre valeur pronostique que celle qui dépend de la lésion qu'ils indiquent.

Les seuls éléments sur lesquels le pronostic doive reposer, sont : 1° la manière dont se fait la contraction cardiaque et le degré d'excitabilité du cœur; 2° l'état des circulations viscérales; 3° l'état des fonctions digestives et de la nutrition générale. Quelques développements sur ces différents points ne vous seront pas inutiles.

1° *État de la contraction cardiaque et degré d'excitabilité du cœur.* — D'une manière générale, on peut dire que la force et la régularité des systoles sont en raison directe du degré d'intégrité du myocarde : si donc vous constatez que le choc de la pointe et le pouls sont bien frappés, réguliers et de fréquence moyenne, vous devez admettre que la substance musculaire du cœur est saine ou très-légèrement altérée. Des caractères opposés, la faiblesse de la pulsation cardiaque, celle du pouls, l'inégalité, l'irrégularité, les fausses intermittences constituent autant de raisons de croire que le myocarde est sérieusement lésé. Mais il faut ici faire une réserve importante, sur laquelle j'appelle toute votre attention, pour éviter des erreurs de pronostic; il est des malades qui, par le fait d'une excitabilité excessive du cœur, présentent d'une manière plus ou moins temporaire des désordres très-accentués dans la contraction cardiaque, une arythmie complète avec faiblesse du pouls, sans qu'il soit possible d'invoquer une autre cause qu'un trouble de l'innervation, attendu que ces phénomènes sont transitoires et ne donnent lieu à aucune aggravation durable. Il est donc né-

cessaire que vous fassiez des examens multiples et que vous ayez constaté la permanence ou l'état passager de ces troubles cardiaques pour formuler un jugement. J'ajoute que les altérations notables du myocarde coïncident, en général, avec une augmentation de volume du cœur, qui contraste avec la faiblesse des battements, avec une diminution dans l'intensité des bruits de souffle et avec tous les phénomènes de l'asystolie.

Le *degré d'excitabilité du cœur* varie beaucoup, suivant les malades, il en résulte que les diverses causes d'excitation : le mouvement, les émotions morales, les boissons stimulantes, les quintes de toux, etc., détermineront chez les uns, avec une grande facilité, des palpitations, de l'arythmie ; tandis que chez les autres, ces mêmes causes demeureront sans effet. Vous comprenez combien ces conditions d'excitabilité différentes influeront sur la marche et le pronostic d'une maladie du cœur ; toutes choses étant égales d'ailleurs, chez le cardiopathe excitable, la compensation sera rompue avec une grande facilité, les syncopes seront menaçantes ; tandis que tout restera dans l'ordre chez le malade qui ne présente pas une excitabilité excessive.

2° *Etat des circulations viscérales.* — La manière dont se fait la circulation dans les différents viscères, fournit un élément de pronostic des plus importants. Vous pouvez dire avec certitude que la gravité du pronostic est en raison directe du degré de stase sanguine et du nombre d'organes atteints. Le malade qui présente des signes certains de congestion cérébrale, pulmonaire, hépatique et rénale dans le même moment et à un degré notable, est un homme dont la vie est menacée à bref délai : des phénomènes congestifs très-accentués et étendus, portant sur un organe important tel que le cerveau, le poumon ou le rein, peuvent suffire pour mettre la vie en péril. Attachez-vous donc, quand vous aurez à examiner un cardiopathe, à déterminer exactement le degré de congestion des viscères, interrogez les fonctions cérébrales, sachez si votre malade présente des périodes de *subdelirium*, de somnolence ou de coma ; explorez l'appareil respiratoire et voyez jusqu'à quel point les congestions et les œdèmes pulmonaires entravent l'hématose ; examinez la quantité et les qualités de l'urine rendue : l'anurie constitue toujours un fait important ; quand elle persiste malgré un traitement rationnel, la situation est des plus graves ; on ne tarde pas à voir survenir des phénomènes comateux et du subdelirium qui s'accentuent de plus en plus jusqu'à la mort.

Il ne faut cependant rien exagérer et il est nécessaire que je vous prévienne qu'il peut exister un certain degré d'état congestif dans la plupart des viscères sans que votre pronostic soit très-fâcheux. Pour juger de l'importance que vous devez lui attribuer, il faut rechercher s'il est de date ancienne ou de date récente, s'il est passif ou s'il présente quelques caractères d'activité, s'il peut être rattaché à une attaque d'asystolie, et enfin dans quelle mesure il paraît être influencé par l'état de cachexie, de dégradation de l'ensemble de l'organisme. Vos craintes doivent être d'autant plus sérieuses que vous vous trouvez en présence d'états congestifs permanents, purement passifs, pouvant être considérés comme étant tout à la fois le résultat de la lésion cardiaque, des altérations vasculaires consécutives et des troubles de la nutrition générale. J'ajoute encore qu'il n'est pas rare de rencontrer des congestions considérables du foie qui sont susceptibles d'une grande mobilité et qui, par suite, ne sont pas d'un pronostic très-défavorable.

3° *Etat des fonctions digestives et de la nutrition générale.* — Comme toutes les maladies chroniques affectant un organe important, les maladies du cœur subissent dans leur évolution et leur durée, des modifications qui sont en rapport avec le plus ou moins d'énergie des fonctions digestives et du mouvement nutritif. Tout cardiopathe qui perd l'appétit, qui s'alimente mal, qui est sujet à des troubles digestifs variés, se trouve placé dans de mauvaises conditions de résistance. Il en est de même *a fortiori* de celui qui, malgré tous les soins apportés à l'alimentation, est tombé peu à peu dans cet état de déchéance générale de l'organisme qu'on a désigné sous le nom de cachexie cardiaque, et qui est caractérisé principalement par la coloration jaunâtre du masque, contrastant avec la coloration violacée des pommettes et des lèvres, par l'amaigrissement progressif, la perte des forces, les œdèmes mous, les congestions viscérales permanentes. Quand l'état cachectique est bien accentué, tout espoir d'amélioration est perdu, le mal est sans remède. Prenez garde seulement, messieurs, de porter trop vite le diagnostic de cachexie cardiaque et de vous laisser induire en erreur par l'état anémique marqué de certains cardiopathes qui viennent de supporter une maladie intercurrente ou de subir une hémorrhagie et qui présentent la paleur des tissus, des congestions viscérales de moyenne intensité et des œdèmes peu résistants. Souvenez-vous que dans des conditions hygiéniques moyennes, la cachexie est toujours lente à s'établir et qu'elle a été presque toujours précédée par des attaques d'asystolie ou par des troubles respiratoires et circulatoires accentués.

Telles sont les principales considérations à l'aide desquelles vous devez porter un pronostic, mais il faut encore que je vous en présente quelques autres qui ont une assez grande importance dans l'appréciation de l'avenir réservé au patient ; elles sont tirées de *l'âge* du malade et des *conditions hygiéniques* au milieu desquelles il doit vivre.

En thèse générale, les maladies du cœur sont d'autant moins graves que les sujets affectés sont plus jeunes, et il est hors de doute que l'âge joue un rôle considérable dans le pronostic. Tous les médecins qui ont l'habitude de donner leurs soins aux enfants, vous diront qu'ils ont vu des individus de sept ou huit ans, présenter une hypertrophie du cœur considérable, avec un souffle mitral intense, un embarras circulatoire énorme et chez lesquels vers l'âge de dix-huit à vingt et un ans, tous ces phénomènes avaient disparu. Avec le temps, sous l'influence du développement général de l'individu et de l'augmentation parallèle du cœur, cette hypertrophie devient inappréciable ; en même temps, les lésions valvulaires semblent s'effacer. Du reste, le système circulatoire périphérique de l'enfant, est doué d'une force de résistance extraordinaire. Vous rencontrerez de jeunes malades chez lesquels, malgré une grosse lésion valvulaire déterminant un excès de tension veineuse et une cyanose très-prononcée, il n'existe que des œdèmes insignifiants et des congestions viscérales si légères qu'on ne peut constater pendant la vie, ni modifications anatomiques, ni troubles fonctionnels appréciables. Dans ces cas, toute la symptomatologie consiste dans les phénomènes fournis par l'examen direct du cœur, dans des palpitations, de l'essouflement et de la cyanose à des degrés très-divers.

Chez les adultes, le pronostic offre de grandes variétés individuelles ; tandis que quelques sujets sont atteints à courte échéance des accidents les plus graves, d'autres présentent cette résistance des organes et cette énergie nutritive que je vous ai signalées chez les enfants.

Ces variations dépendent des lois de l'individualité et des influences nocives ou favorables accumulées par l'hérédité et le milieu où le malade a vécu ou est appelé à vivre.

Plus le malade avance en âge, plus les complications deviennent fréquentes, plus le myocarde s'altère facilement, plus enfin les congestions viscérales et l'œdème ont de la tendance à se manifester. Mais ici encore, à titre exceptionnel et malgré des lésions d'orifices assez considérables, la vie peut se prolonger pendant des années sans que l'on voie se produire les phénomènes qui indiquent qu'il y a rupture de la compensation et sans que l'on voie apparaître l'engorgement des viscères. Certains sujets, en effet, quoique assez avancés en âge, sont restés jeunes par leurs vaisseaux et conservent pendant très-longtemps une souplesse remarquable des artères et un système capillaire très-résistant.

Le pronostic varie encore d'une façon notable suivant les *habitudes hygiéniques* des malades. Si vous avez affaire à un individu aisé, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène physique et morale et pouvant se donner une alimentation substantielle; si cet individu évite avec soin les refroidissements; s'il ne se livre à aucun travail musculaire exagéré; s'il est sobre en toutes choses : soyez assurés qu'il pourra vivre très-longtemps. Qu'il s'agisse, au contraire, d'un sujet appartenant à la classe laborieuse, obligé à faire un travail manuel considérable, soumis à une mauvaise hygiène, se livrant à l'abus des boissons alcooliques et vous verrez bientôt la maladie cardiaque acquérir un très-haut degré de gravité.

Je reviendrai sur cette question des conditions hygiéniques à propos du traitement, mais laissez-moi vous dire ici que tout cardiopathe qui ne pourra pas faire de la modération en toutes choses la règle de sa vie, rendra le pronostic de sa maladie beaucoup plus fâcheux.

Afin de vous faciliter la compréhension de ce sujet difficile, je veux vous décrire brièvement quelques-uns des types les plus habituels des cardiopathes, vous aurez ainsi un tableau plus saisissant qui restera mieux gravé dans votre mémoire que des généralités.

Le type le plus favorable que l'on puisse rencontrer est le suivant : vous êtes consulté par un sujet qui n'a conscience de sa maladie, que dans les circonstances où l'activité du cœur est modifiée soit par la marche rapide ou ascensionnelle, soit par l'ingestion des boissons stimulantes, soit par des fatigues ou des influences morales quelconques; dans ces conditions, il survient une sensation de dyspnée, d'étouffement, de palpitations, sur laquelle on appelle votre attention. L'examen vous démontre l'existence d'une lésion d'orifice avec hypertrophie plus ou moins notable; la circulation se fait bien, le choc de la pointe est bien perçu, le pouls est régulier ou ne présente que de légères irrégularités; il n'existe ni œdèmes, ni congestions viscérales appréciables; les urines sont excrétées en quantité normale ou un peu exagérée; l'alimentation est abondante; la nutrition n'a pas souffert.

En présence d'un pareil ensemble symptomatique, messieurs, soyez rassurants, quelle que soit la lésion d'orifice, l'intensité des bruits de souffle et le degré d'hypertrophie; cette situation peut rester la même pendant un grand nombre d'années, pourvu que les conditions hygiéniquess oient bonnes et qu'il ne survienne ni maladie intercurrente de l'appareil respiratoire, ni complications.

Un second type moins bon, mais encore relativement favorable, est constitué par les cardiopathes qui se présentent à votre examen dans les conditions suivantes : essouflement et palpitations fréquents et faciles à provoquer; pouls habituellement un peu inégal et irrégulier; œdème péri-malléolaire; état congestif permanent du poumon et du foie, mais à un degré faible ou moyen, se traduisant, pour le poumon, par des plaques de râles sous-crépitants et de la submatité aux deux bases et, pour le foie, par une augmentation de volume de un à deux travers de doigt; fonctions digestives s'accomplissant avec énergie et régularité; forces assez bien conservées et nutrition peu défectueuse. Ces malades peuvent avoir eu une ou deux attaques d'asystolie, de courte durée, ils peuvent aussi présenter une tuméfaction notable du foie, mais sans ascite.

En présence de tels sujets, votre pronostic doit être réservé, mais sachez bien que la vie est possible pendant des années, j'en connais pour ma part plusieurs exemples. J'appelle toute votre attention sur ce second type qui est fréquent, et qui est souvent apprécié trop sévèrement.

Dans un troisième type, toujours mauvais, mais à des degrés divers, vous pouvez ranger les cardiopathes qui sont sous le coup de la cachexie cardiaque; ceux qui présentent des congestions et des hydropisies notables et permanentes, qui sont albuminuriques et qui ont une tuméfaction dure du foie avec ascite à répétition; ceux qui offrent tous les signes d'une altération graisseuse importante du myocarde; ceux enfin qui s'alimentent d'une manière insuffisante et qui ont eu de fréquentes attaques d'asystolie. La vie de tous ces malades est menacée, souvent à bref délai, mais sans que vous puissiez préciser l'époque de l'échéance finale.

En résumé, quand vous serez appelés à vous prononcer sur l'avenir réservé à un individu atteint d'une maladie organique du cœur, portez toute votre attention sur l'état de la contraction cardiaque, sur le degré et la permanence des congestions viscérales et des œdèmes, sur la manière dont se fait l'alimentation et sur l'état de la nutrition générale. Jugez sur l'ensemble des troubles morbides, et non sur un seul; n'oubliez pas cependant que chacune des conditions de pronostic que je vous ai signalées, portée à un degré élevé, constitue un danger. Faites des explorations multipliées; suivez le malade pendant quelques jours avant de vous prononcer; le pronostic des maladies du cœur constitue une des parties les plus délicates de la médecine clinique, il faut que vous en soyez bien prévenus pour que vos investigations soient minutieuses et que vous évitiez tout aussi bien de jeter l'alarme dans les familles que de leur inspirer une sécurité trompeuse. Avec beaucoup de prudence et de sagacité, vous arriverez plus souvent à voir juste; mais, dans des cas encore assez nombreux, vos prévisions seront trompées, vous assisterez à des améliorations difficiles à espérer, comme aussi vous verrez succomber des malades avec une rapidité imprévue, par le fait d'une altération du myocarde ou d'un trouble d'innervation cardiaque que vous pouviez à peine soupçonner. Autant qu'il vous sera possible, je vous engage donc à vous tenir dans une sage réserve vis-à-vis de l'entourage du malade.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Proust.

Athétose.

Cette maladie a été décrite pour la première fois en 1871 par un médecin de New-York, Hammond. Pour cet auteur, l'athétose (ἄθετος, sans position fixe) est caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime, et par leur mouvement continuel. Cette affection a été également étudiée par Martin Bernhardt. Suivant M. Charcot, l'athétose est une variété de l'hémichorée post-hémiplégique. Enfin M. Proust cite également un article de M. Cornil et une thèse de M. Raymond sur ce sujet.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un jeune

homme de vingt et un ans, marchand de journaux, qui est placé en ce moment à Lariboisière, dans le service de M. Proust. On est frappé, lorsqu'on l'approche, des mouvements continuels dont est animée la moitié droite de son corps, mouvements irréguliers, involontaires. Tout le côté gauche est à l'état normal.

Sur le côté droit de la face, on observe des contractions incessantes, manifestes surtout sur les muscles élévateurs de la lèvre supérieure et sur le muscle sourcilier, contractions qui s'exagèrent lorsque le malade parle ou rit. Parfois le sourcilier gauche se contracte en même temps que le sourcilier droit, obéissant ainsi à la loi de la synergie musculaire.

Le membre inférieur est le siége de mouvements aujourd'hui moins marqués qu'il y a quelque temps. Ce membre présente un certain degré de flexion de la jambe sur la cuisse par suite de la contraction permanente des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux dont les tendons forment au niveau du creux poplité une corde dure et résistante. On observe de plus une contracture du jambier antérieur et des muscles du tendon d'Achille, qui ont pour résultat de placer le pied dans une flexion et dans une adduction forcées. La contracture de ces divers muscles n'est pas invincible; mais, indépendamment de l'attitude vicieuse permanente qui en résulte pour le malade, on observe encore, dans ce membre inférieur, des contractions involontaires. Quand il est couché, ce sont de légers mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, d'extension du gros orteil, ou bien un mouvement d'abduction du pied en totalité. La nuit, il se produit fréquemment des mouvements de rétraction du membre, et le malade éprouve de la difficulté à le ramener dans la position normale. Dans la station verticale, le membre inférieur présente des mouvements successifs d'élévation et d'abaissement. Ces mouvements étaient plus prononcés autrefois qu'ils ne le sont actuellement. Si l'on dit au malade d'arrêter les mouvements du genou, il y parvient assez facilement, mais ceux du pied sont absolument soustraits à l'influence de la volonté. Ces phénomènes sont surtout évidents lorsque le malade, s'appuyant sur son pied gauche et sur une canne, le pied droit reste en l'air.

Au membre supérieur, ces mouvements involontaires présentent des caractères beaucoup plus nets et qui donnent à l'affection son caractère spécial. Ce membre est appuyé contre le thorax. Cette attitude du bras est due à la contracture du grand pectoral, du grand rond et du grand dorsal. En même temps, le bras éprouve un mouvement alternatif de rotation en dedans et de rotation en dehors, souvent il est porté dans l'extension et l'abduction forcée et se place derrière le dos. L'avant-bras est parfois fléchi sur le bras, il reste étendu et éprouve un mouvement de torsion dû à une pronation exagérée. La main est fortement fléchie sur l'avant-bras et portée en même temps dans l'abduction. C'est là une attitude presque permanente. Les doigts sont agités de mouvements continuels. Ce sont tantôt une extension forcée, puis une flexion exagérée. Ces mouvements ne se font pas simultanément pour tous les doigts, mais se suivent pour chacun d'eux dans un ordre irrégulier. Quelquefois ils sont lents; on a pu les comparer aux mouvements de progression de la pieuvre. D'autres fois, ils sont plus violents et les ongles viennent s'implanter, soit dans la paume de la main, soit sur la paroi antérieure de la poitrine, quelquefois même sur sa paroi postérieure. On arrive assez facilement à placer la main dans une position déterminée, mais elle en reprend bientôt une différente. Il n'y a pas, en effet, une contracture permanente semblable aux contractures et aux rétractions qui s'observent dans les hémiplégies de longue durée, et on ne voit pas, comme dans ces cas, des troubles de nutrition de la peau de la main, des doigts, ni ces écorchures qui sont le résultat de l'enfoncement permanent des ongles dans les chairs. Il est facile, au contraire, d'obtenir l'extension de la main sur le poignet, sans douleur pour le malade, mais celui-ci reprend bientôt de nouvelles convulsions cloniques. Les mouvements volontaires sont à peu près impossibles, et lorsqu'on dit au malade de porter sa main dans une direction déterminée, il ne le peut presque jamais ou n'y parvient qu'après une série de mouvements grotesques. Il ne peut saisir un objet; si on le lui place dans la main, quelquefois il ne peut le conserver; le plus souvent, au contraire, il le serre convulsivement et ne peut plus le lâcher. C'est ainsi qu'il lui arrive parfois de saisir le pan de l'habit d'un de ses voisins et de ne plus pouvoir l'abandonner.

Ces mouvements sont exagérés par l'attention qu'on prête au malade; ils cessent généralement la nuit. Ces troubles moteurs ne s'accompagnent d'aucune altération de la sensibilité. Les muscles répondent parfaitement aux actions électriques, soit faradiques, soit galvaniques. Les organes des sens ne présentent aucune atteinte. En revanche, on observe des troubles trophiques assez accusés, portant aussi bien sur les parties molles que sur les os. Le côté droit de la face est moins développé que le côté gauche; le bras droit et la jambe droite sont atrophiés ainsi que la partie correspondante du thorax.

En résumé, on constate chez ce malade les mouvements irréguliers, involontaires, caractérisés par une tendance à la distorsion, s'aggravant par l'attention, et n'étant nullement influencés par la vue; choréiformes, en un mot. Ces mouvements absolument localisés au côté droit du corps, qui est en même temps atrophié, ne s'accompagnent d'aucun trouble de la sensibilité.

A l'âge de quatre ans, ce jeune homme fut pris assez subitement de crampes et de pesanteur dans le côté droit du corps, avec lourdeur des membres. A une époque qu'il ne peut déterminer, se sont produits les mouvements qu'on observe aujourd'hui et qui n'ont subi de modifications sérieuses qu'au mois d'octobre dernier. Il fut pris, à ce moment, d'une fièvre assez vive, de délire, de sueurs profuses et d'une éruption qui fut presque exclusivement limitée à la partie gauche du corps. Il y eut alors des convulsions violentes; sa jambe droite, fléchie sur sa cuisse, vint s'appliquer sur sa fesse; l'avant-bras était collé sur le bras et le membre supérieur était agité de violents mouvements extrêmement douloureux. Il entra alors à l'hôpital dans le service de M. Gérin-Roze, qui prescrivit des ventouses scarifiées à la nuque. Quand le vit M. Proust pour la première fois, ces phénomènes aigus avaient disparu; il fut alors soumis à l'action du bromure de potassium (2 à 4 grammes par jour); sous l'influence de ce médicament, les mouvements ont sensiblement diminué.

En somme, on voit, dans ce cas, succéder à une affection cérébrale de l'enfance, des mouvements siégeant dans tout le côté droit du corps et présentant les caractères suivants: ils sont involontaires, rhytmiques, s'exagérent pendant les mouvements intentionnels; ils sont grotesques, donnent lieu à des attitudes forcées et présentent une tendance à la distorsion; la vue n'exerce sur eux aucune influence. Ces mouvements constituent l'athétose, qui n'est point une maladie, mais un syndrome succédant à des lésions cérébrales multiples, aujourd'hui à peu près inconnues.

Ces lésions, pour M. Charcot, paraissent être des hémorrhagies, des ramollissements, des atrophies succédant à une maladie cérébrale de l'enfance. Ces lésions sembleraient avoir pour siége la partie postérieure de la couche optique, du noyau caudé, du pied de la couronne rayonnante, mais cette anatomie pathologique n'est pas encore nettement établie.

L'athétose ne peut être confondue ni avec la sclérose en plaques, ni avec la paralysie agitante, ni avec l'ataxie locomotrice; elle ne peut être non plus confondue avec les contractures vulgaires qui succèdent à l'hémiplégie. Il suffit de distinguer l'athétose de l'hémichorée ordinaire et de la trémulation qui se montre chez certains hémiplégiques lorsque le mouvement commence à revenir. Cette trémulation ou cette trépidation est caractérisée par de petites secousses convulsives qui ne ressemblent en rien aux mouvements grotesques de l'athétose. En outre, ces mouvements n'existent pas lorsque le membre est au repos.

Quant à la chorée vulgaire, elle se distingue de l'athétose en ce qu'elle siége rarement sur une moitié du corps, en ce qu'elle ne succède point ordinairement à une apoplexie; enfin la longue durée de l'athétose, l'âge des sujets, la marche de la maladie permettent toujours d'établir le diagnostic.

Le malade que présente M. Proust offre avec ceux de Hammond, de Bernhardt et de M. Charcot, des caractères communs et des caractères différents. Dans chacun des cas, les mouvements sont semblables. Les caractères différents sont les suivants : chez le malade de M. Proust, il y a de l'atrophie, chez celui de Hammond, il y avait

hypertrophie. Enfin le malade de M. Proust n'a pas offert l'hémianesthésie qu'a constatée M. Charcot trois fois sur cinq et qui a été également signalée par Hammond.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1877. Présidence de M. Labric.

Athétose. — M. Proust présente un malade atteint d'athétose (voir plus haut).

M. Besnier. Comment est survenue l'éruption dont a été atteint ce malade au moins de novembre?

M. Proust. Spontanément, à la suite de sueurs profuses.

M. Besnier. Cette éruption, comme toutes les éruptions spontanées, dans ces cas, est survenue sur le côté sain, tandis que l'acné bromique, que présente actuellement ce malade, est répandue sur tout le corps, aussi bien sur les parties athétosées que sur les autres.

M. Luys insiste, au point de vue étiologique, sur l'importance de l'affection cérébrale de l'enfance, dans ce cas, affection constituée probablement par une hémorrhagie. Deux choses frappent particulièrement l'attention chez ce malade : il y a d'abord une action automatique qui s'exerce pour ainsi dire à son insu, et qui donne lieu à un trouble de l'équilibration dans les contractions musculaires; il y a, en outre, une atrophie très-nette du côté malade. M. Luys a eu l'occasion d'observer quelques faits analogues dans lesquels la lésion était une sclérose localisée dans certains points de l'axe spinal, sclérose consécutive à une hémorrhagie cérébrale. Tel est le diagnostic anatomique qui, selon toutes probabilités, doit être admis dans ce cas. Quant au pronostic, M. Luys le croit très-grave.

Rhumatisme cérébral, guérison rapide par les bains froids. — M. Vallin rappelle les communications faites il y a deux ans, sur le même sujet, par MM. Raynaud, Blachez, Féréol, Dujardin-Beaumetz et l'émoi qu'elles avaient causé dans le milieu médical; il rappelle qu'a cette occasion, un des membres de la Société demandait s'il n'y avait pas quelque danger à donner à de telles hardiesses thérapeutiques la notoriété qui s'attache aux travaux de la Société. Pensant qu'à deux ans d'intervalle il peut être utile de savoir si les craintes exprimées alors étaient fondées ou si de nombreux succès sont venus confirmer les expériences de ses collègues, M. Vallin vient, après M. Féréol, soumettre à la Société un cas d'encéphalopathie rhumatismale grave où il a obtenu, par les bains froids, une guérison rapide. Voici le résumé de cette observation :

L..., cinquante-deux ans, d'une constitution primitivement forte, mais un peu épuisée, d'une santé habituellement bonne, à partir du 18 juillet 1875 présente successivement tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu. Les articulations des épaules, des genoux et des pieds, les jointures devinrent rouges, tuméfiées, extrêmement douloureuses à la pression et les moindres mouvements arrachaient des cris au malade. Malgré l'emploi du sulfate de quinine, la fièvre persista. Le 2 août, M. le docteur Léger, qui soignait le malade, constata les signes d'une endocardite commençante; il fit appliquer un vésicatoire sur la région précordiale. Le 3, les articulations tibio-tarsiennes, tarso-métatarsiennes des deux côtés se prirent; la fièvre était encore intense, mais le malade avait sa connaissance; il n'y avait pas d'agitation, ni de rêvasseries nocturnes.

Le lendemain, 4 août, un changement brusque s'opère dans l'état du malade, la fièvre a beaucoup augmenté, la peau est brûlante, les articulations ont cessé d'être rouges, gonflées et douloureuses; en même temps apparait un délire qui a commencé brusquement à la fin de la nuit, et qui prend, dans la journée, un caractère très-violent; malgré l'emploi du bromure de potassium et l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes, le délire et l'agitation continuent. Le 6 août, M. Vallin est appelé pour la première fois auprès du malade, et le trouve dans l'état suivant : la face est animée, anxieuse, un peu livide; les yeux sont injectés, égarés; les pupilles ne sont pas notablement contractées, mais elles sont insensibles aux changements d'éclairage; les lèvres et la langue sont agitées de palpitations musculaires; les mains sont tremblantes; le malade parle avec une grande violence, tient des propos incohérents, ne répond pas aux questions qu'on lui fait, ne reconnaît personne; il s'agite violemment dans son lit et remue sans peine les articulations qui, il y a trois jours, étaient si douloureuses. La peau est brûlante, couverte de sueurs, avec une éruption miliaire très-confluente. La température axillaire marque 41°,4; le pouls est irrégulier, large, mais mou et peu résistant; il marque de 108 à 112; on perçoit des soubresauts de tendons; bruit de souffle systolique, rude à la pointe du cœur; aucune complication du côté des poumons, ni des fonctions digestives; l'urine est rare, très-chargée, non albumineuse.

Au premier abord, l'aspect général du malade fait penser à la possibilité d'habitudes alcooliques antérieures, favorisant le développement d'accidents nerveux au cours d'une affection fébrile; mais la femme et les commensaux habituels du malade affirment qu'il ne faisait jamais aucun excès de boisson; d'ailleurs, en poursuivant l'examen, il ne reste aucun doute sur le diagnostic, ni sur la gravité du pronostic. Le danger était imminent; le bromure de potassium et les émissions sanguines locales étaient restés sans résultat; la somme principale du danger était dans l'excès de la température fébrile. M. Vallin se décida donc, non sans hésiter, à recourir aux bains froids. M. Léger se rangea à son avis. Il fut convenu qu'on les renouvellerait de quatre en quatre heures.

Le malade est immédiatement plongé dans un bain à 24 degrés centigrades; après vingt minutes, l'eau est refroidie à 20 degrés et le malade y reste en tout trente minutes; ensuite, enveloppé dans un drap étendu sur le lit, sans autre couverture, puis au bout d'un quart d'heure, ce drap mouillé est remplacé par un drap sec et une couverture très-légère. A ce moment la température tombe à 38 degrés, le délire a cessé momentanement, le malade reste immobile et abattu. A quatre heures, la température s'est notablement élevée, le delire a reparu et le malade est replongé dans le bain dont la température est amenée à 23°. Le délire se calme, la température axillaire, au sortir de ce bain, est de 37°,6. On donne un troisième bain à huit heures du soir, et un quatrième à minuit.

Le lendemain, 7 août, M. Vallin constate une amélioration évidente; le malade répond aux questions qu'on lui adresse; la température axillaire est de 38°,4; le pouls à 84; le souffle systolique du cœur persiste; les articulations sont libres et non douloureuses, mais le malade est encore immobile, prostré et ne répond qu'avec répugnance aux questions qu'on lui adresse. La persistance de cet état cérébral engage à continuer les bains froids. Un cinquième boin est donné à midi, un sixième à six heures du soir; au bout d'un quart d'heure le malade y ressent pour la première fois un violent frisson avec claquements de dent, mais il a toute sa connaissance et ne demande pas à être retiré du bain; aussitôt après il tombe dans un sommeil tranquille qui dure au moins une heure; le soir, les articulations des pieds sont devenues gonflées et douloureuses; le peau est chaude, quoique la température axillaire ne dépasse pas 38°,5; le malade est calme. Pendant la nuit, l'agitation reparaît très-violente, la peau est brûlante, inondée de sueurs.

Le 8 au matin, il est plus calme, mais la sueur est profuse, le pouls à 92, la température à 38°,8, les articulations des pieds n'ont plus de traces de gonflement. Un septième bain à 22 degrés est administré; au bout d'un quart d'heure, frisson violent qui persiste au moins un quart d'heure; la température à ce moment et prise 20 minutes après ne dépasse pas 35°,6. La céphalalgie cesse, l'appétit reparaît, à partir de ce moment, les accidents graves disparaissent. Quinze jours après, la guérison était complète.

M. Vallin ne croit pas avoir à justifier l'emploi, dans ce cas, d'un moyen aussi énergique, il dirait presque aussi révolutionnaire que les bains froids contre le rhumatisme cérébral. L'accident le plus redoutable de l'encéphalopathie rhumatismale, le coma n'existait pas, il est vrai, mais on peut croire qu'il était imminent en raison de l'élévation extrême de la température. *A priori*, ajoute M. Vallin, quel que puisse être le danger d'un refroidissement violent, brusque et prolongé du corps dans une affection fébrile, jamais ce danger ne pourra être comparé à celui qu'entraîne une température de + 41°. Dans les expériences nombreuses d'insolation et de caléfaction artificielle qu'a faites M. Vallin sur les animaux, en 1870-71, il a vu presque toujours le refroidissement mécanique, les aspersions froides arrêter les accidents et empêcher la mort quand il y recourait

dans la période d'agitation violente; au contraire, dès que la respiration avait commencé à perdre de son extrême fréquence, quand l'animal cessait de se débattre et semblait se calmer, c'est-à-dire dans une période assez comparable au coma, toutes les tentatives de refrigération étaient vaines et la mort inévitable. Nous avons la conviction, ajoute M. Vallin, que si nous avions retardé de vingt-quatre heures l'administration des bains froids, le délire et la fièvre, au lieu de s'apaiser après le premier bain, auraient résisté bien au-delà, comme dans la remarquable observation de M. Blachez, où l'intelligence ne reparut que le quatrième jour après le onzième bain.

Toutefois, ce traitement paraît devoir être réservé pour les cas exceptionnels. Si l'on y a recours seulement lorsque la température dépasse 41°, il n'y a pas à craindre qu'on en fasse abus; dans ces cas d'accidents cérébraux avec hyperthermie, quelle autre ressource peut-on opposer à un danger de mort imminent? C'est sous ces réserves que, suivant M. Vallin, les bains froids sont appelés à rendre de grands services.

M. DUMONTPALLIER. Suivant l'heureuse expression de Trousseau, nous ne connaissons pas les jeux du rhumatisme. J'ai vu des malades atteints de rhumatisme cérébral en être débarrassés du jour au lendemain, sans qu'on ait eu recours à aucune médication; c'est ce qui me fait dire à mes collègues que leurs malades ont peut-être guéri malgré les bains froids.

M. VALLIN. Fallait-il donc attendre que le malade fût mort pour savoir ce qu'il aurait fallu faire?

M. DUMONTPALLIER. On ne pourra se faire une opinion sérieuse sur la valeur de ce traitement, qu'à partir du jour où on ne se contentera pas seulement de publier les succès, mais où on connaîtra également les insuccès et où on pourra établir des statistiques comparatives entre ce mode de traitement, les autres moyens et l'expectation pure et simple.

M. VALLIN. A quel traitement aurait eu recours M. Dumontpallier, dans le cas actuel?

M. DUMONTPALLIER. Je n'aurais pas donné de bains froids.

M. VALLIN. Mais qu'auriez vous fait?

M. DUMONTPALLIER. Rien.

M. VALLIN. Et si le malade était mort?

M. DUMONTPALLIER. Je ne m'en serais pas accusé.

M. VALLIN. Moi je m'en serais accusé.

M. BLACHEZ. Etant chef de clinique dans le service de M. Bouillaud, et pendant que je le remplaçais comme agrégé, à une époque où on ne connaissait pas encore l'emploi des bains froids, j'ai eu l'occasion d'observer un très-grand nombre de rhumatismes; les cas de rhumatismes compliqués d'accidents cérébraux se terminaient tous par la mort, si bien, qu'aussitôt qu'apparaissaient ces accidents, on considérait le malade comme perdu et on ne faisait plus rien. Toutefois, je comprends parfaitement l'observation de M. Dumontpallier et partage entièrement son opinion quand il dit, qu'il faudrait établir des statistiques sur les diverses méthodes de traitement du rhumatisme cérébral. Mais nous avons aujourd'hui un facteur que nous ne connaissions pas autrefois, c'est la température qui, suivant moi, doit exercer une influence considérable sur le traitement.

Quoi qu'il en soit, je déclare à M. Dumontpallier que, quand on a vu un malade dans des conditions telles que celles où se trouvait la malade dont j'ai rapporté l'observation, c'est-à-dire aussi près que possible de la mort, revenir à la vie après un traitement par les bains froids, alors qu'il était de la dernière évidence pour tous, qu'elle serait morte si on n'avait rien fait, quand on a eu sous les yeux un seul de ces faits, on est fortement convaincu et imbu de cette opinion que, devant un cas semblable, on ne doit pas hésiter à recourir aux bains froids. M. Blachez rappelle, en effet, en quelques mots, l'intéressante observation qu'il a publiée il y a deux ans et dont nous avons donné le résumé dans nos comptes rendus de la société médicale (*voy. Gaz. des hôp.*, 1875, p. 158).

M. DUMONTPALLIER. C'est dans le rhumatisme cérébral qu'on est exposé à avoir le plus de surprises, et bien souvent c'est à la nature seule qu'il faut rapporter les succès qu'on attribue à tel ou tel traitement. Il me souvient d'une malade, entre autres, qui cinq ou six fois a été prise des accidents les plus graves du rhumatisme cérébral y compris le coma, qui, chaque fois à la suite de ces accidents, a été atteinte de paraplégie pendant un certain temps, et qui chaque que fois cependant, malgré la gravité de ces accidents, a très-bien guéri. Il faut donc se tenir sur la plus grande réserve, relativement à la valeur qu'il faut accorder à telle ou telle indication. D'où tirez-vous aujourd'hui les indications du traitement par les bains froids? D'un seul phénomène purement physique, de l'élévation de la température. Or, je ne crois pas que ce soit là une indication médicale en rapport avec la saine tradition.

M. VALLIN. Ne tenons-nous donc aucun compte des autres symptômes? Je crois qu'ici tout le monde est d'accord pour admettre que c'est de l'ensemble des symptômes qu'il faut tirer les indications.

M. DUMONTPALLIER. Si vous voulez ma profession de foi sur le rhumatisme, je vais vous la dire. On sait bien comment commence le rhumatisme, mais on ne sait pas comment il finit. Moi aussi, j'ai tout essayé; j'ai employé successivement les purgatifs à hautes doses, la digitale, le sulfate de quinine, etc., et avec chacun de ces médicaments je me suis cru, tour à tour, en possession d'un véritable spécifique; puis j'ai bientôt changé d'avis. Je m'en tiens aujourd'hui au sulfate de quinine, et si vous demandez aux vieux médecins leur opinion, il est plus que probable qu'ils vous répondront comme moi.

M. LÉPINE. Ce n'est pas du rhumatisme cérébral que je veux parler; mais, à cette occasion, je demanderai à dire incidemment quelques mots du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acide salycilique. J'ai obtenu, pour ma part, des effets merveilleux de l'emploi de ce médicament, mais à la condition d'en prescrire des doses suffisantes, c'est-à-dire de 8 à 12 grammes. J'affirme que, depuis un an, j'ai vu tous les cas de rhumatisme articulaire aigu guérir en trois jours par cette médication. Je dois ajouter toutefois que ce sont plutôt des cas de rhumatisme subaigus que des cas véritablement aigus que j'ai eu l'occasion d'observer depuis un an. Or je me rappelle, pendant mon internat chez M. Lorain qui ne traitait pas les rhumatismes, avoir constaté que les rhumatisants ne restaient jamais dans son service moins de trois mois. J'ai également obtenu des résultats très-remarquables de l'emploi de l'acide salycilique dans le traitement de la goutte saturnine et du rhumatisme blennorrhagique.

M. DUMONTPALLIER. Devant les succès extraordinaires obtenus par M. Lépine, je n'insisterai pas sur la valeur d'un pareil traitement et me contenterai de lui dire au sujet de ce médicament comme de beaucoup d'autres : hâtez-vous de vous en servir pendant qu'il guérit. Moi aussi je me rappelle avoir obtenu de merveilleux succès en donnant 45 grammes de sulfate de soude; j'ai guéri ainsi cinq malades, puis ce médicament n'agissait plus. Nous avons, en France, trop de tendance à nous enthousiasmer pour ce qui est nouveau; un peu de plus de mesure dans nos essais thérapeutiques conviendrait mieux au véritable caractère scientifique.

M. FERRANT. J'ai employé, non pas l'acide salycilique, mais le salycilate de soude dans le traitement du rhumatisme et sans être aussi heureux que M. Lépine, j'ai cependant obtenu des résultats assez satisfaisants. J'ai donné de 2 à 4 grammes de salycilate de soude dans des cas de rhumatisme articulaire subaigu et j'ai constaté de sensibles modifications dans l'état des malades. Les accidents se sont trouvés assez facilement enrayés; deux fois je les ai même vus à peu près complétement disparaître.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Dumontpallier nous reproche de montrer en France trop d'enthousiasme pour les nouveautés. Nous sommes, au contraire, extrêmement en retard sur l'étranger au point de vue de l'expérimentation des médicaments. En voulez-vous une preuve? Voilà dix ans qu'on emploie l'acide salycilique en Allemagne, et nous n'en sommes encore qu'à la période d'expérimentation relativement à ce médicament. Je l'ai employé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; j'ai toujours obtenu une diminution de la douleur, mais jamais je n'ai obtenu la guérison complète du rhumatisme. Je pourrais même citer l'exemple d'un malade qui en a pris des doses considérables, et qui n'en est pas moins resté deux mois malade. Mais il faut reconnaître que ce médicament exerce une action évidente, non douteuse. Pourquoi M. Dumontpallier ne veut-il pas expérimenter comme nous l'acide salycilique avant de le condamner, puisqu'il est reconnu qu'il n'y a pas de

dangers dans son emploi ? M. Dumontpallier, en agissant ainsi, ne me paraît pas suivre le mouvement scientifique dont il devrait être un des représentants les plus autorisés, en sa qualité de secrétaire général de la Société de biologie. Si tous les médecins raisonnaient comme lui, on ne ferait plus rien et on se fermerait à jamais les voies du progrès.

M. BESNIER. J'ai expérimenté l'acide salycilique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il est bien certain qu'il agit comme le sulfate de quinine, comme vingt autres médicaments. Mais si l'on parcourait les hôpitaux de Londres, où ce médicament est employé sur une grande échelle, on n'en verrait pas moins des rhumatisants qui restent six semaines et deux mois au lit. Mes recherches et mes expérimentations m'ont conduit à cette conclusion, qu'on ne guérit pas mieux ni plus vite le rhumatisme articulaire aigu aujourd'hui que du temps de Chomel. Jamais je n'ai vu, ni ne verrai, je pense, de guérison en trois jours. Il faut que M. Lépine ait eu affaire à des cas de rhumatisme abortif, aussi lui demanderai-je de nous faire connaître ultérieurement avec quelques détails les observations qu'il a pu prendre, car M. Lépine ne nous a seulement pas parlé des cardiopathies. Que deviennent-elles à la suite de ce traitement?

M. LÉPINE. Personne n'a plus de déférence que moi pour la haute compétence de M. Besnier, en matière de rhumatisme, mais je crois cependant qu'il exagère quand il dit que depuis Chomel, le traitement du rhumatisme n'a fait aucun progrès. Quant aux cardiopathies, je reconnais que l'acide salycilique n'exerce sur elles aucune action; mais je maintiens qu'il agit merveilleusement sur les arthropathies. J'ai commencé, comme tous mes collègues, par des doses de deux à quatre grammes; j'obtenais déjà quelque chose, mais peu de chose. Dans un voyage que je fis en Allemagne, je vis des médecins, à Heidelberg, qui donnaient jusqu'à dix-huit grammes d'acide salycilique. De retour de ce voyage, sans aller jusqu'à ces doses excessives, je ne craignis pas de monter jusqu'à huit et même jusqu'à douze grammes, et c'est alors que j'obtins les résultats dont j'ai parlé et que j'affirme avoir obtenus. Je ne suis pas suspect d'enthousiasme en thérapeutique, et l'on sait que je n'ai pas de parti pris.

M. Beaumetz a dit qu'il n'y avait pas de danger à expérimenter l'acide salycilique; il fait pourtant bien prendre garde que ce médicament, administré à hautes doses à des phthisiques, peut être dangereux et plonger ces malades dans un collapsus qui peut même se terminer par la mort.

M. DUMONTPALLIER. M. Besnier a répondu pour moi. J'ajouterai cependant quelques mots relativement à l'efficacité du salycilate de soude, et je citerai l'exemple d'un rhumatisant, plus soucieux de ses plaisirs que de sa santé, qui, malgré quelques douleurs rhumatismales, se fit transporter à l'Opéra. Comme il continuait à souffrir, il fit appeler l'un des médecins de l'Opéra qui lui fit aussitôt prendre 5 centigrammes de salycilate de soude, et cela suffit, paraît-il, pour le guérir immédiatement. Direz-vous que c'est le salycilate de soude à cette dose, qui l'a guéri ?

M. LACASSAGNE. Un élève du service de M. Sée, à l'Hôtel-Dieu, m'a affirmé que dans ce service se trouvaient beaucoup de rhumatisants, et que la règle était de les voir guérir en trois jours sous l'influence du salycilate de soude, à la dose de 8 à 12 grammes. Il m'a même cité le fait d'un malade qui, ne prenant pas le médicament qui lui était ordonné, ne guérissait pas; on s'aperçut qu'il trompait; on lui fit prendre l'acide salycilique en présence des élèves, et trois jours après, ce malade était guéri. Ce serait, en un mot, un véritable spécifique du rhumatisme.

M. DESNOS. J'ai employé le salycilate de soude à la dose de 4 à 6 grammes; j'en ai obtenu de bons effets dans certains cas; mais, dans d'autres cas, il est resté sans effet. Dans les cas de rhumatisme articulaire subaigu, il m'a paru procurer la cessation des douleurs, de la fluxion et même de la fièvre, mais si les malades se lèvent prématurément, ils s'exposent à une récidive. A côté d'un certain nombre de succès, j'ai eu des insuccès; les malades étaient soulagés, mais ils restaient dix jours, quinze jours, trois semaines au lit, malgré l'emploi de l'acide salycilique. Quant aux affections cardiaques, elles ne m'on pas paru moins fréquentes à la suite de l'emploi de ce médicament. Je sais qu'on me reprochera d'avoir employé de trop faibles doses, mais je n'en suis pas moins convaincu qu'il y a des cas réfractaires à l'acide salycilique aussi bien qu'à toute autre médication.

M. MOUTARD-MARTIN. Pour en revenir au point de départ de cette discussion, c'est-à-dire à l'intéressante observation de M. Vallin, je dirai que je suis partisan des bains froids dans le rhumatisme cérébral; toutefois on n'a guère rapporté jusqu'ici que les succès et il y a eu cependant un certain nombre d'insuccès; j'en ai vu pour ma part; je citerai entre autres faits, celui d'une jeune fille que nous vîmes avec M. Hérard, qui fut heureusement guérie d'un rhumatisme cérébral par les bains froids, mais qui fut prise d'une pneumonie à laquelle elle finit par succomber. Je citerai l'exemple d'une autre jeune fille que nous vîmes avec MM. Gallard et Landrieux; elle avait 160 pulsations, une température de près de 42 degrés. On hésitait à lui faire prendre des bains froids; je finis par décider mes confrères; après cinq ou six bains elle fut guérie; elle eut une nouvelle attaque dont elle guérit également par les bains froids; une troisième attaque fut traitée de la même façon et avec le même succès, mais depuis sont survenus des accidents pulmonaires et, en particulier, une bronchite qui m'inspire les plus vives inquiétudes. Tout en admettant l'énergique efficacité des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral, il faut tenir compte des accidents qui peuvent se produire et dont on n'a pas assez parlé.

ÉLECTION

MM. Legroux, Rendu et Gouraud sont élus à l'unanimité membres titulaires de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de chirurgien du bureau central, s'est terminé par la nomination de MM. Berger, Monod et Pozzi.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux.....................		
Chlorure de sodium.....................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Consevration parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Produits à l'acide phénique

DU DOCTEUR DÉCLAT

Sirops et injections sous-cutanées d'ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*), de PHÉNATE D'AMMONIAQUE, de SULFO-PHÉNIQUE, D'ACIDE PHÉNIQUE et GLYCO-PHÉNIQUE, 6, av. Victoria.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Pourtalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.)*, des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Cauterets (Hautes-Pyrénées),

Sulfureuses, silicatées sodiques.

SOURCES DE LA RAILLÈRE, CÉSAR, MAUHOURAT.

L'efficacité de ces eaux en boisson et en gargarismes, leur action tonique et reconstituante ont donné à la station de Cauterets une réputation hors ligne.

Se vendent en bouteilles, demies et quarts.

Chez tous les marchands d'eaux minérales et les principaux pharmaciens, ou écrire à Cauterets, au Directeur des Eaux.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes et Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET
(Chlorate de potasse)

CONTRE LES MALADIES DE LA GORGE, DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE, LE SCORBUT ET LA SALIVATION MERCURIELLE.

Pharmacie DETHAN, faub. St-Denis, 90, à Paris, et toutes les pr. pharm. de France et de l'étranger.

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Épidémique et certainement contagieuse, la diphthérie est une des maladies au sujet desquelles se pose la question, si débattue actuellement, du développement spontané.

M. Briquet tient pour l'affirmative : il s'en est nettement expliqué dans la longue partie de son rapport général sur les épidémies qu'il a consacrée à la diphthérie, et dont il vient de donner lecture.

Suivant lui, la contagion ne jouerait d'abord aucun rôle, ou presque aucun rôle. Les épidémies prendraient naissance sous l'influence de certaines circonstances, atmosphériques, climatologiques et autres, qu'on pourrait faire rentrer dans les causes banales. Puis la contagiosité se développerait de plus en plus, à mesure que le nombre des cas se serait multiplié ; et à la fin, l'épidémie pourrait encore se maintenir quelque temps par la contagion seule, alors que toutes les autres causes qui l'avaient produite auraient disparu.

Les conditions individuelles de réceptivité morbide, l'influence du sexe, de la débilité naturelle ou acquise, viendraient alors puissamment en aide à l'élément contagieux.

On le voit, c'est exactement la théorie de M. Chauffard : spontanéité à l'origine; spécificité s'accentuant de plus en plus et se manifestant bientôt par une franche contagiosité; intervention des forces vitales plus ou moins active et efficace chez l'individu envahi.

N'oublions pas que la diphthérie a également son interprétation dans les théories parasitaires. La pseudo-membrane y est expliquée par le développement d'un germe de quelque spore, sorte de champignon éminemment toxique, et le traitement y est institué uniquement en vue de détruire ce parasite où il s'est fixé.

Cette partie, très-importante, du rapport officiel de la commission des épidémies, rentre donc pleinement dans la discussion, qui se continue depuis quatre mois à l'Académie, sur l'étiologie de la fièvre typhoïde en particulier et des maladies spécifiques en général. Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

Le psoriasis (1).

(Leçon recueillie par M. Magne, interne de service.)

II

L'aspect du psoriasis varie suivant son intensité, sa manière d'être extérieure et les formes géométriques qu'il représente.

La forme la plus légère, la forme du début est le *psoriasis punctata*, alors *qu'un seul point* présente les caractères qui constituent le psoriasis : la rougeur, l'élevure et la squame. Elargissez ce *point*, faites-en une surface ronde, comme le serait l'empreinte du doigt; vous aurez le *psoriasis guttata*, ainsi nommé parce qu'il offre l'aspect d'une goutte de cire que l'on aurait laissée tomber sur la peau. Élargissez maintenant cette goutte de cire, augmentez son étendue, tout en lui conservant la forme circulaire, vous aurez alors le *psoriasis nummularia*, représentation suffisamment exacte d'une pièce de monnaie.

Ces trois formes, qui sont le développement les unes des autres, aboutissent au *psoriasis diffusa*.

Dans cette variété, les plaques ont une étendue inégale, plus large, et leurs contours sont plus ou moins irréguliers. Le *psoriasis inveterata*, forme terminale et la plus grave, par laquelle ne débute jamais le psoriasis, n'est qu'une extension de la forme précédente; si les plaques envahissent le tronc, elles lui forment une complète et véritable cuirasse; elles forment autour des membres de véritables gaînes, elles les enveloppent comme de bottes, de cuissards et de brassards, durs, épais et rigides, qui en gênent les mouvements.

La forme circulaire n'est pas la seule qu'affecte le psoriasis; ses manifestations sont quelquefois disposées en lignes droites ou courbes, régulièrement ou irrégulièrement distribuées sur la surface du corps : c'est alors le *psoriasis gyrata*, une des formes les plus insidieuses et les plus difficiles, une des plus importantes à connaître, vu les erreurs de diagnostic dont elle est si fréquemment l'objet. Que des surfaces de peau restent saines et soient comprises entre des productions psoriasiques, qui leur constituent parfois une sorte de couronne ou de guirlande complète, c'est alors le *psoriasis circinnata*, forme bizarre, festonnée, à laquelle Roger avait donné à tort un nom spécial en l'appelant *lèpre vulgaire, lepra vulgaris*.

Au point de vue de la configuration, il existe donc sept formes parfaitement distinctes de psoriasis, que l'on trouve isolées ou réunies en nombre variable sur le même sujet.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin.

Le psoriasis est loin d'être toujours pur ; il peut se présenter avec des caractères empruntés à d'autres maladies. Vous connaissez tous la desquamation spéciale consécutive à la scarlatine, eh bien ! que pour une raison ou pour une autre, les squames du psoriasis soient unifoliacées, translucides, et en même temps, d'une étendue assez considérable, vous aurez le *psoriasis scarlatiniforme*, décrit par M. Bazin, comme un des attributs de l'arthritis. Quoi de plus opposé que le psoriasis, *dartre morte*, et que l'eczéma *dartre vive?* quelle différence d'aspect ! quelle différence de physionomie et d'évolution, entre ces deux affections ; et, cependant, il existe entre l'eczéma et le psoriasis, une sorte d'alliance, d'alliage ou de fusion qui produit une affection mixte, tenant à la fois du psoriasis et de l'eczéma, et que l'on a appelé *un psoriasis eczémateux :* il existe de préférence, dans les régions où la peau est fine, humide, et en contact avec elle-même. Ce sont bien les squames épaisses et imbriquées du psoriasis, mais elles se détachent des surfaces de peau humides et rubrifères qui appartiennent à l'eczéma. Cette fusion n'est pas un fait rare en dermatologie, le lichen et l'eczéma nous en offrent un autre exemple. Le psoriasis peut encore rappeler les caractères d'autres affections squameuses, du pityriasis, ou de l'icthyôse, et par des squames moins épaisses, moins imbriquées que les siennes propres, mais toujours sèches, constituer un *psoriasis, pityriasiforme ou icthyosiforme.* La teinte des squames nous fournira encore deux variétés nouvelles : nous avons dit en effet, au début de cette leçon, que la squame toujours blanche, pouvait être brillante, nacrée et même argentée : *psoriasis nacré*, ou bien d'une blancheur mate, analogue à celle du plâtre, *psoriasis plâtreux.*

Dans une leçon précédente, je vous disais, qu'il en est des maladies de la peau comme des essences végétales au point de vue de leur développement ; elles ont, les unes et les autres, leur terrain propre et de prédilection ; ainsi les affections humides de la peau, siégent de préférence dans les endroits où la peau est humide et mince. Le psoriasis, au contraire, qui est le type des affections séches, a son siége de prédilection sur les endroits où la peau est épaisse et sèche, ainsi sur la région postérieure du tronc, et sur les membres, du côté de l'extension ; c'est là que nous le trouvons dans tout son épanouissement, et dans tout son développement le plus complet, parce que c'est le terrain qui lui est le plus favorable. Mais, de même que les essences végétales ne se confinent pas dans le terrain qui se prête le mieux à leur développement, de même aussi, le psoriasis peut se développer là, où l'on ne devait pas s'attendre à le trouver.

Or, de ces différences de siége, résultent des différences d'aspect et de manière d'être qui nous restent à étudier.

Nous savez que le cuir chevelu est riche en glandes sébacées et sudoripares, qui versent à la surface le produit de leur sécrétion abondante. Aussi dans le psoriasis capitis, les squames ont perdu leur brillant et leur sécheresse, elles sont devenues comme graisseuses, molles, et s'écrasant sous le doigt ; elles sont traversées par les cheveux. Si l'on ne s'oppose pas à leur développement par un traitement approprié, elles finissent par désorganiser le cheveu, provoquer sa chute et déterminer la calvitie.

Le *psoriasis auriculaire* a des caractères spéciaux résultant de son siége ; à cette région, en effet, l'épiderme est ténu, le derme est mince, adhérent par un tissu conjonctif non graisseux au cartilage de la conque : aussi, le psoriasis rend-il le pavillon de l'oreille, cassant, dur, rigide, inflexible et comme métallique : la moindre compression, la moindre irritation, les moindres mouvements y déterminent une inflammation très-douloureuse.

Les paupières sont des voiles mobiles membraneux ; elles sont destinées à opérer ce mouvement physiologique, connu sous le nom de clignement : que le psoriasis vienne à se fixer sur elles, alors elles deviennent immobiles et cessent de fonctionner ; de là l'épiphora, de là ces difformités si désagréables et si tenaces, connues sous le nom de *Ectropion* qui amènent si souvent comme conséquence des conjonctivites et même des lésions plus profondes du globe de l'œil. Cette forme du psoriasis, si grave par les lésions qu'elle peut entraîner du côté de l'organe de la vision, constitue le *psoriasis palpebralis*, qui est remarquable par la minceur et la ténuité de ses squames, développées aux dépens d'une des couches épidermiques les moins épaisses et les plus délicates de l'économie.

Que le psoriasis atteigne les lèvres il abolira les fonctions de ces organes, si importants au point de vue de la phonation, de la préhension des aliments et du jeu de la physionomie ; car pour remplir leur but, les lèvres doivent conserver leur souplesse et leur élasticité normales, et, le psoriasis, en les rendant moins extensibles, moins mobiles, y occasionne la production de rhagades et de fissures des plus douloureuses.

Les herpétides, vous ai-je dit, ne se limitent pas exclusivement à la peau, elles attaquent encore les muqueuses : aussi voyons-nous le psoriasis, l'une des manifestations les plus communes de l'herpétis, pénétrer dans la bouche et choisir la langue comme un de ses siéges d'élection. Cet organe, sans contredit le plus mobile du corps humain et dont les fonctions physiologiques vous sont connues, se recouvre alors d'une véritable carapace métallique qui le rend rigide, cassant, lui fait perdre sa souplesse et sa mobilité. La déglutition, la mastication, la phonation, deviennent difficiles, douloureuses, et, si le malade veut surmonter cette difficulté, la langue se gerce, se fendille, et le moindre mouvement est cause de douleurs souvent intolérables.

Le psoriasis existe aussi sur la face muqueuse, ou interne des lèvres et des joues ; là, il n'est caractérisé que par une même lamelle, translucide, d'une coloration blanchâtre.

A la partie antérieure du tronc, le psoriasis est loin de présenter les squames aussi épaisses qu'à la partie postérieure où il atteint son plus grand développement.

Mais, c'est surtout au pourtour des articulations, que le psoriasis offre des particularités importantes à connaître. Là, en effet, la peau a besoin de toute son extensibilité, et de toute son élasticité, pour que les mouvements puissent s'y produire librement. Le psoriasis lui enlevant ces propriétés la rend cassante, et alors surviennent des gerçures très-douloureuses, qui condamnent le malade à l'immobilité.

Il y a quelques années, je voyais un malade atteint d'un psoriasis, siégeant au niveau de l'articulation du genou, et qui par suite, se trouvait empêché de s'asseoir, la jambe devant rester toujours dans une extension forcée.

A la paume de la main, à la plante des pieds, le psoriasis forme des squames très-épaisses, en raison de l'épaisseur de l'épiderme lui-même, et, vous devez comprendre que cet épiderme ainsi transformé en cuirasse écailleuse ne puisse plus servir au sens du toucher.

Le psoriasis, nous l'avons vu, peut s'étendre de la tête au tronc et aux pieds et s'attaquer même aux ongles ; il y détermine des stries, des raies transversales, de véritables pertes de substance qui, à la longue, amènent la disparition complète de l'ongle; l'eczéma lui aussi, attaque les ongles, mais d'une

façon bien différente, il les détruit, en altérant la matrice onguéale, toujours épargnée par le psoriasis.

Telles sont, les différentes modifications qu'impriment au psoriasis ses variétés de siége. Ces modifications sont importantes, et cependant elles ne sont pas assez considérables pour rendre impossible son diagnostic.

Diagnostic. — Le diagnostic du psoriasis, un des points les plus importants de son histoire, nous reste à faire ; nous allons essayer de l'établir sur des bases solides et, d'abord, nous pouvons dire que le psoriasis, *à sa période d'état*, ne ressemble à aucune autre maladie de la peau : ses trois caractères que nous avons étudiés (squames, élevure et coloration du derme) sont véritablement pathognomoniques, ils n'appartient qu'à lui seul. Les deux formes du pityriasis s'en distinguent facilement ; voyons à quels caractères ?

Le *pityriasis rubra* a bien des squames, reposant sur un derme rubéfié et érythémateux, mais ces squames sont à peine indiquées tant elles sont ténues, de plus, elles manquent d'adhérence et se détachent d'elles-mêmes. Le derme, sur lequel elles se sont développées, n'est jamais ni épaissi ni hypertrophié. Le *pityriasis alba* dont vous avez un exemple dans ces pellicules que nous avons presque tous dans les cheveux, n'offre aucun des caractères du psoriasis et ne peut être confondu avec lui.

L'icthyose est plutôt une difformité qu'une maladie. Apparaissant quelques jours après la naissance, elle ne disparaît jamais complètement, et n'offre pas ces alternatives d'apparition et de disparition successives, si communes dans le psoriasis, de plus dans l'icthyose, la peau est indurée en masse, et au-dessous, des squames cornées, ou foliacées, qui n'offrent aucune analogie avec celles du psoriasis, vous ne trouverez jamais ni hypertrophie ni coloration rouge du derme.

A sa quatrième période, l'eczéma n'a plus assez de force morbide, passez-moi l'expression, pour produire la secrétion humide qui le caractérise ; il se présente à nous avec des squames qu'il nous faut distinguer de celles du psoriasis. Cette distinction est facile d'ailleurs. Les squames de l'eczéma sont minces, et, si vous les grattez, vous voyez qu'elles se détachent en une seule feuille, elles sont foliacées ; au lieu d'être blanches, sèches et brillantes, elles sont d'un jaune grisâtre, car il entre souvent dans leur composition, en outre d'un feuillet épidermique, un reste de secrétion humide, désséchée, qui leur donne leur coloration et leur opacité spéciales.

Un dernier signe diagnostique, d'une très-haute valeur, se tire de l'état de la peau environnante. Vous savez que la coloration rougeâtre de la plaque psoriasique, s'étend quelquefois autour des squames ; mais il n'y a aucune ressemblance entre cette peau épaissie, desséchée, et la peau lisse, amincie, luisante, humide, toujours prête à se déchirer sous l'influence la plus insignifiante, qui entoure les pseudo-squames de l'eczéma.

Le diagnostic n'est pas toujours aussi facile. Le psoriasis peut se présenter à vous ayant perdu son élément pathognomonique par excellence, la squame. Or, il ne lui reste que l'élevure papuleuse du derme, et la coloration rouge-brun de cette élevure ; là est la difficulté, car la syphilis, elle aussi, se présente avec une teinte semblable, et la confusion est souvent très difficile à éviter.

Permettez-moi de vous en citer un fait. Il y a quelques années, j'avais ici, dans la salle Saint-Charles, un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans ; il présentait sur tout le corps une dissémination de papules arrondies, et d'un rouge cuivre, était-ce la syphilis ? était-ce un psoriasis ? C'était difficile de trancher la question. Nous avions encore le bonheur à cette époque de posséder parmi nous notre savant maître, M. Hardy : en présence de ce cas douteux, nous eûmes recours à ses lumières. M. Hardy, après avoir examiné soigneusement ce malade, ne put se prononcer entre la syphilis et le psoriasis, et nous conseilla, dans le doute, d'avoir recours au traitement mercuriel, suivant cet adage : — « *naturam morborum curationes ostendunt.* » — Nous avons suivi ce conseil, et, après six semaines d'un traitement soutenu, les papules étaient restées avec leur caractère du premier jour. — Ce n'était donc pas une syphilis papuleuse, mais bien un psoriasis qui avait perdu ses squames, sous l'influence du temps, et des frictions.

Ce n'est pas seulement le *psoriasis punctata* et le *psoriasis guttatà* dépouillés de leurs squames qui ressemblent à des lésions syphilitiques, c'est encore le *psoriasis gyrata*, qui rappelle la syphilis serpigineuse, squameuse, et qui peut être confondu avec elle. Voici un exemple de cette confusion toujours si regrettable.

Une dame de province, appartenant à l'une des meilleures familles du pays, avait, depuis deux ou trois ans, reçu successivement les soins de trois médecins qui, tous l'avaient cru atteinte d'une syphilide tardive et l'avaient par conséquent soumise à un traitement anti-syphilitique. L'infortuné mari, homme des plus honorables d'ailleurs, n'ayant jamais eu la syphilis, avait été accusé d'avoir contagionné sa femme. Lorsque je vis cette dame, la médication anti-syphilitique avait été poursuivie sans relâche pendant plus de deux années, sans amener aucune amélioration. Je reconnus l'erreur, j'avais sous les yeux la forme gyrata du psoriasis.

Ces cas, dans lesquels le diagnostic ne peut être établi positivement, pourront être tranchés par le traitement, qui vous prouvera quelle est la nature de la lésion à laquelle vous avez affaire. Toutes les lésions syphilitiques cèdent en effet à un traitement potassique ou mercuriel, sagement conduit, pendant une période de deux, trois, ou quatre mois. Mais il est possible le plus souvent d'établir un diagnostic, dès le début ; pour cela, il faut profiter de toutes les ressources que vous offre un examen complet et détaillé du malade. Faites-le déshabiller complétement, scrutez attentivement toutes les parties du corps, et, si vous avez affaire, à la syphilis vous en trouverez, la plupart du temps, quelque trace ; vous trouverez surtout cet engorgement polyganglionnaire indolore, inguinal, et cervical, véritablement pathognomonique. Vous trouverez quelques débris de squames siégeant aux lieux d'élection du psoriasis, et vous permettant de rattacher à sa véritable cause la lésion dont vous ignoriez la nature. Dans le psoriasis, les squames sont épaisses, imbriquées, adhérentes ; dans la syphilis elles sont unifoliacées : quand on les détache c'est un petit feuillet, c'est une lamelle mince, qui laisse, audessous d'elle la papule syphilitique parfaitement nue. Dans la syphilis la desquamation se fait du centre à la périphérie, et alors que le centre de la papule est à nu on trouve encore la base entourée d'une sorte de collerette épidermique décrite par Biett, et que l'on appelle *la collerette de Biett*, signe pathognomonique pour le diagnostic des lésions syphilitiques. Dans le psoriasis, au contraire, les squames conservent d'autant plus d'épaisseur qu'elles sont plus rapprochées du centre de l'élevure. Depuis longtemps déjà, le pourtour en est dénudé, mais le centre en reste couvert.

Si j'ai tant insisté sur cette question de diagnostic, c'est qu'elle est de la plus haute importance. Est-il, en effet, deux affections plus différentes que le psoriasis et la syphilis, tant au point de vue médical qu'au point de vue social ? Aussi, dans la clientèle, quelle soin, quelle attention, faut-il apporter

avant de formuler son diagnostic! Ne vous pressez pas de vous prononcer sur ce point délicat, difficile; une erreur de diagnostic pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses pour vous et vos malades.

Pour vos malades, en semant la désunion dans les familles; pour vous, en vous déconsidérant d'une façon irréparable.

Il ne nous reste plus, pour achever l'histoire du psoriasis, qu'à parler de son étiologie, de son pronostic et de son traitement.

D'après ce que nous avons dit au commencement de cette leçon, vous devez admettre que le psoriasis peut se développer sous l'influence de deux sortes de causes : causes locales; causes générales. Le psoriasis de la première espèce est, de beaucoup, le moins important et le moins grave; on le trouve chez les personnes qui ont l'habitude de faire, à genoux, des stations prolongées. Aussi bien chez les religieux et les personnes dévotes, que chez les ouvriers dont la profession exige cette situation particulière du corps (parqueteurs, menuisiers). La région du genou n'est pas la seule, où le psoriasis de cause locale puisse se développer. Vous le trouverez encore dans les endroits du corps, soumis par suite des exigences professionnelles, à une compression répétée et longtemps prolongée : (région sternale chez les cordonniers; bord interne du pied chez les frotteurs), c'est le psoriasis idiopathique qui, comme toutes les affections professionnelles, disparaît avec la cause qui l'a produit. *Sublata causa, tollitur effectus.*

Le psoriasis de la seconde espèce, de cause générale, *psoriasis symptômatique* doit surtout fixer notre attention. Nous lui reconnaissons une double nature : le *psoriasis herpétique* et le *psoriasis syphilitique.*

Le psoriasis est d'abord et surtout le symptôme de *l'herpétis*; revenons en arrière pour examiner s'il offre bien tous les caractères que nous avons attribués aux manifestations *herpétiques*. — Les *herpétides*, avons-nous dit, se distinguent par leur durée, leur ténacité, leur tendance à se généraliser, la symétrie qu'elles affectent dans leur développement, leur puissance de sécrétion, et enfin, par la fréquence des complications viscérales qui les accompagnent, où qui signalent leur disparition. Vous avez vu, dans le courant de cette étude, le psoriasis présenter tous ces caractères, aussi nous avons le droit de dire, que le psoriasis est incontestablement *la manifestation de la diathèse herpétique.*

Si, maintenant, nous consultons nos savants maîtres, MM. Bazin et Hardy, ils nous diront que le psoriasis *n'est pas syphilitique* à moins toutefois qu'il ne soit *palmaire* ou *plantaire.* Mais la lésion ainsi dénommée n'est point un psoriasis, elle n'en a pas les caractères anatomiques; elle manque de l'élevure hyperthrophique du derme; ses squames sont foliacées, et non pas imbriquées, ce n'est donc point un psoriasis, c'est une *syphilis squameuse.* Aussi ces auteurs rejettent-ils absolument l'opinion que le psoriasis peut être syphilitique. Quant à moi, j'ose m'élever contre cette doctrine et vous rappeler les faits que j'ai cités et qui sont tellement probants qu'ils me paraissent indéniables. Et d'abord, pourquoi la syphilis qui manifeste son action sur la peau de tant de manières différentes, en y produisant des lésions si variées, n'y apparaîtrait-elle pas sous la forme du psoriasis? Mais, il ne s'agit pas de raisonner spéculativement, les faits seuls doivent parler, voyons donc ceux que j'ai recueillis.

Il s'agit d'abord d'une jeune femme couchée à la salle Henri IV. Cette malade vit se développer, au milieu de lésions syphilitiques tertiaires, des plaques de psoriasis bien caractésées; psoriasis qui céda à un traitement mercuriel comme les autres manifestations syphilitiques. Ajoutons que l'examen le plus minutieux, l'interrogatoire le plus complet ne nous fit découvrir aucun antécédent herpétique ou héréditaire.

Le second cas est l'observation d'un jeune homme soigné à la salle Saint-Charles, qui, six semaines après un chancre infectant, fut constellé simultanément de papules manifestement syphilitiques et d'élevures recouvertes des squames du psoriasis. Je fis voir ce malade à M. le professeur Hardy qui reconnut parfaitement la coïncidence d'un psoriasis manifeste à côté d'une syphilide papuleuse. Ces deux lésions dépendaient-elles de la même diathèse syphilitique, ou n'avions-nous affaire qu'à la coïncidence des deux diathèses, herpétique et syphilitique? C'est cette dernière opinion qu'adopta M. Hardy qui crut pouvoir affirmer que le traitement antisyphilitique ferait disparaître les papules syphilitiques, et laisserait intactes les squames psoriasiques. Malgré l'autorité de ce maître éminent, j'adoptai l'opinion contraire, l'observation fut prise, par mon interne d'alors, M. Muselier, avec ce soin qu'il apportait à toutes choses. Or, voici ce qui arriva : sous l'influence du traitement mercuriel, papules syphilitiques et élevures psoriasiques, squameuses, disparurent en même temps; donc elles avaient bien les unes et les autres la même nature syphilitique, puisque le même traitement en a fait justice, et cela dans l'espace de six semaines environ, c'est-à-dire, dans une durée beaucoup trop courte pour la guérison du psoriasis herpétique.

Il y a donc un psoriasis *syphilitique* qui apparaît dans le cours de l'évolution de la syphilis, tantôt comme *accident précoce,* et tantôt comme accident tardif.

DRAINAGE DE L'ŒIL PAR LE CAT-GUT.

Par M. le docteur Nicati.

M. de Wecker, qui a introduit la méthode du drainage dans la thérapeutique oculaire, vient d'employer avec succès le drainage au cat-gut. Voici en quels termes il s'exprime sur ce sujet dans la note présentée en son nom à la Société de Biologie :

« Le drainage de l'œil a été exécuté jusqu'à présent par trois méthodes différentes : au moyen de fils métalliques (de Wecker et Martin), à l'aide de substances végétales (chanvre écru employé par le docteur Gauran), enfin avec une matière animale, le cat-gut. Je me suis servi, dans ces derniers temps, de cette substance en introduisant à travers les yeux glaucomateux ou atteints de décollement rétinien, ou encore à travers des staphylomes cornéens et scléroticaux, une anse, simple ou double, de cat-gut conservé dans de l'huile phéniquée, dégraissée ensuite dans de l'éther et enfin séchée avec soin. L'introduction du cat-gut au moyen des aiguilles creuses est d'une extrême simplicité. On en coupe les bouts très-près du nœud destiné à fermer l'anse, qui doit être assez large et ne pas serrer les membranes qu'elle comprend. Le cat-gut, gonflé par les liquides, tombe extérieurement, chez les enfants au bout de trois ou quatre jours, et chez les adultes après six à sept jours. Il se produit aux points d'entrée et de sortie de l'anse des cicatrices plus ou moins distendues qui permettent une filtration tellement active que, sans phénomènes d'irritation, il se développe une hypotonie ayant les caractères de la phthisie essentielle, mais qui, à ce degré, est passagère. »

« Le drainage qu'on peut obtenir par les anses de cat-gut, séjournant passagèrement dans les yeux, et dont l'élimination s'opère spontanément, me paraît susceptible de fournir un précieux moyen thérapeutique en permettant de réduire la tension intra-oculaire bien plus efficacement que ne le fait l'iridectomie et en nous donnant la possibilité d'établir, en des points déterminés, une puissante filtration des liquides. »

En même temps que M. de Wecker faisait l'étude thérapeutique qu'on vient de lire, j'ai expérimenté le drainage au cat-gut sur des

animaux, au laboratoire d'histologie du Collége de France. Voic quelques expériences avec les conclusions que j'ai pu en tirer.

Drainage de la région équatoriale. Le fil traversant toutes les membranes et le corps vitré (lapin adulte, œil droit). — Ce fil est passé sous la paupière supérieure, dans une direction horizontale et le plus en arrière possible, afin de le rendre visible à l'ophthalmoscope. A cet effet, pour y arriver, il faut porter la cornée en bas à l'aide d'une pince à fixation.

Immédiatement après l'introduction du fil, la tension de l'œil est très-diminuée. Le lendemain, forte ecchymose sanguine sur la conjonctive, papille optique rouge, injectée. Une opacité membraniforme occupe la région supérieure du corps vitré, elle provient sans doute de quelque peu de sang extravasé. Dès le troisième jour le nerf optique a perdu toute injection et repris son apparence normale. Au fond de l'œil on trouve le fil sous forme d'une traînée blanche parallèle au nerf optique. A ses extrémités, sont de petites taches sanguines. Aujourd'hui, vingtième jour, il se produit un phénomène important : les points d'entrée et de sortie du fil partent des vaisseaux de nouvelle formation qui viennent le tapisser sur une certaine étendue. — La tension de l'œil reste presque la même qu'au premier jour, elle est notablement inférieure à la tension normale, l'œil est mou. — Comme pour l'homme, la portion du fil restée au dehors a été promptement dissoute dans le liquide de la conjonctive; après le huitième jour, elle avait disparu.

Drainage de la chambre antérieure à travers la cornée (Même lapin, œil gauche). — Le fil est passé dans la cornée à 3 millimètres du bord, les points d'entrée et de sortie sont distants aussi d'environ 3 millimètres. On coupe les deux bouts de fil au niveau de l'épithélium. La chambre antérieure est presque complétement vidée peu après l'opération.

Le lendemain, la chambre antérieure est rétablie. Pas trace d'inflammation. Il y a gonflement du fil dans la cornée et dans la chambre antérieure. Bientôt il se développa des vaisseaux de nouvelle formation, si bien, qu'au cinquième jour, l'espace compris entre le fil et le bord de la cornée se couvre de vaisseaux. Les jours suivants, cette vascularisation devient de plus en plus serrée et comprend toutes les couches de la membrane. Vers le seizième jour, les vaisseaux commencent à disparaître pour faire place à une opacité blanche, quelques vaisseaux seulement subsistent encore. En même temps, le volume du fil a diminué, la résorption s'effectue. — La tension de l'œil a été fortement diminuée les premiers jours, mais cela n'a pas duré ; elle est promptement devenue supérieure à celle de l'autre œil opéré comme il a été dit. Comparée à la tension normale elle en diffère à peine.

En présence des faits observés, on peut, dès maintenant, proposer les *conclusions* suivantes.

1° Le drainage au cat-gut à travers la région équatoriale diminue considérablement et pour un temps non encore déterminé la tension d'un œil sain. Le drainage de la chambre antérieure a une influence durable beaucoup moins prononcée sur la tension oculaire.

2° Le cat-gut, qui est dissous en peu de jours dans le liquide du sac conjonctival, met longtemps à disparaître dans l'humeur vitrée, l'humeur aqueuse et la cornée.

3° La résorption du cat-gut est précédée d'une néoformation vasculaire dans l'humeur vitrée et dans la cornée.

Je suis disposé à croire que c'est une sclérose consécutive à la vascularisation énergique de la cornée, sclérose se produisant pendant que la tension de l'œil est faible, qui produit l'heureux effet thérapeutique obtenu par M. J. de Wecker pour la guérison des staphylômes antérieurs.

Je communiquerai plus tard l'étude histologique des yeux opérés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet par l'intermédiaire du ministre des affaires étrangères, une lettre circulaire par laquelle le conseil fédéral suisse invite les principales puissances à se faire représenter au Congrès international des sciences médicales qui se tiendra à Genève au moins de septembre prochain.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un exemplaire du sixième volume du recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

2° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Camho, de Challes, de Pougues, pour l'année 1875 (commission des eaux minérales.)

3° Les comptes rendus des épidémics pour les départements de l'Hérault, de la Haute-Saône, de Saône-et-Loire, de Vaucluse et de la Vendée, en 1876 (commission des épidémies).

4° Un mémoire de M. Berthiot, pharmacien à Paris, sur la fabrication des granules pharmaceutiques.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une note de M. le docteur Portefaix, relative à un appareil auquel il donne le nom de *thermo-pulvérisateur*.

M. le Président communique une observation de M. le docteur Rochas, de Pau, relative à un cas de rage, chez une femme mordue par une chatte qui, dans la période du rut, avait été enfermée pendant vingt-quatre heures et privée, pendant cet intervalle de temps, d'aliments et de boisson. Trente jours après, la malheureuse femme fut prise des symptômes de la maladie, à laquelle elle succomba.

L'enfant qu'elle n'avait cessé de nourrir jusqu'au moment où les accidents se déclarèrent, continue à se bien porter.

RAPPORTS

M. Devilliers lit une note additionnelle à son rapport sur les travaux adressés à la commission d'hygiène de l'enfance.

M. Briquet continue la lecture de son rapport général sur les épidémies. Il donne le résumé suivant des documents adressés à l'Académie, relativement à la diphthérie.

1° Durant l'année 1875, la diphthérie a existé, soit à l'état sporadique, par petits groupes de malades, soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, dans environ cent-soixante communes, appartenant à trente-cinq arrondissements, dépendant de vingt-neuf départements.

2° Ces localités dans lesquelles cette maladie a apparu, étaient pour la plupart situées dans des vallées parcourues par des cours d'eau importants, auxquels se rendaient de nombreux affluents. Cependant, des pays très-salubres ont été atteints par la diphthérie, et l'on a vu dans le cours d'une épidémie, deux communes voisines, placées dans les mêmes conditions hygiéniques, l'une épidémiée et l'autre indemne. Enfin, dans les contrées où règnent fréquemment des épidémies de diphthérie, des communes qui étaient restées indemnes pendant une première épidémie de diphthérie, ont été très-maltraitées dans l'épidémie suivante. Ce fait, qui paraît extraordinaire, n'est que le résultat de cette loi des épidémies, qui veut que les localités et les sujets prédisposés à subir l'influence épidémique la subissent tôt ou tard, et que lorsqu'on lui a payé un large tribut on est quitte avec elle, tous les prédisposés ayant été atteints.

3° La diphthéric attaque les campagnes infiniment plus souvent que les villes, circonstance qui prouve combien est puissante l'influence de l'hygiène. Mais dans les grandes villes, dans celles ou existe une population ouvrière nombreuse, telle que Abbeville, le Havre, Rouen et Paris, et où il n'y a plus d'hygiène pour certaines classes, la diphthérie règne en permanence.

Il existe pourtant, pour faire exception à la règle, et par conséquent pour la confirmer, une ville très-grande, très-populeuse, très-ouvrière, située dans une profonde vallée, parcourue par un grand fleuve et par une grande rivière, Lyon, où nous ne trouvons, dans les renseignements qui nous sont transmis, aucun indice de la présence de la diphthérie. En serait-il, dans cette ville, de la diphthérie comme du choléra.

4° Les épidémies ont sévi le plus ordinairement dans les trois derniers mois de l'année, après des pluies abondantes, ou après des

vents d'ouest, de nord-ouest et de sud-ouest, et une température basse.

5° Elles ont sévi plus spécialement sur les classes pauvres, sur les sujets faibles, sur ceux dout la constitution était lymphatique.

6° Les enfants au-dessous de l'âge de douze ans ont été les victimes les plus ordinaires de cette maladie; mais néanmoins, dans chaque épidémie, des adultes et même des vieillards ont été atteints.

7° Partout les sujets du sexe féminin ont fourni un nombre de malades bien plus considérable que ceux du sexe macuslin, et, d'après les données de MM. Ragaine et Beaupoil, la proportion était comme dix à six (cette proportion a été trop forte pour la rapporter à la petite différence qui existe entre les deux populations) elle doit tenir à la constitution plus faible et plus lymphatique des personnes du sexe féminin, et aussi à ce que les uns se trouvent beaucoup hors de la maison, tandis que les autres, infiniment plus sédentaires, sont plus en rapport avec les malades. Aussi M. Sainton a-t-il pu constater, que dans l'épidémie qu'il a observée, les mères avaient été, plus que toutes autres personnes, les victimes de la contagion.

8° Dans l'épidémie de Bar, sur 833 enfants il y eut 66 décès; dans d'autres, sur une population générale de 6,203 personnes il y eut 68 décès; dans d'autres, sur 569 malades il y eut 137 décès; et dans les hôpitaux de Paris 573 malades et 406 décès.

9° Enfin M, Beaupoil et M. Ragaine ont constaté que les enfants l'avaient gagnée de la même manière vers la fin qu'au début du fléau, d'où ils sont portés à conclure que le miasme spécial ne perd pas de sa force, même au bout d'une année, et de là ne pourrait-on pas tirer cette conclusion, que les épidémies de diphthérie ne cessent que parce qu'il n'existe plus de sujets prédisposés?

COMMUNICATION

M. GERMAIN SÉE communique un travail intitulé ; *Études sur l'acide salicylique et les salicylates; traitement du rhumatisme aigu et chronique, de la goutte et diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates.*

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 juin 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des virus. — M. BERT continue ses expériences sur les virus, en particulier sur le virus charbonneux. Il rappelle que du sang charbonneux soumis successivement à l'action de l'oxygène comprimé et à l'alcool, conserve des propriétés virulentes, bien que débarrassé des bactéridies qui ont été tuées par l'oxygène comprimé à l'alcool. Il y a donc là deux ordres de faits juxtaposés, deux espèces de causes toxiques, deux maladies, en un mot, un virus qui résiste à l'action des hautes pressions et de l'alcool et une maladie parasitaire, caractérisée par la présence de bactéridies. Il n'est pas impossible que ces deux maladies coexistent dans certaines conditions données. Il y a donc deux choses confondues sous un même nom. La maladie virulente, celle dont le virus résiste à l'action de l'oxygène comprimé et de l'alcool, tue un cochon d'Inde avec une très-grande rapidité, en douze heures; la maladie bactéridienne, au contraire, ne les tue qu'après vingt-quatre heures. Il faudrait, pour éclairer la question, pratiquer des inoculations sur des animaux de grande taille.

M. LABORDE demande à M. Bert ce qu'il pense de l'opinion de M. Davaine sur ce sujet. Il s'agit de savoir si du sang charbonneux débarrassé des bactéridies, donne le charbon. Pour M. Davaine, c'est non pas le charbon, mais la septicémie qu'on produit dans ces cas. M. Laborde a vu, en effet, des animaux mourir en six heures de cette septicémie. Que pense M. Bert de cette distinction

M. BERT dit que c'est là une question de mots ; qui sait au juste ce que c'est que la septicémie ? Tant qu'on ne sera pas fixé sur ce point, M. Bert s'en tiendra à la simple constatation des faits. Or, il voit, d'une part, des êtres vivants qui, introduits dans l'économie, y déterminent un ensemble de phénomènes particuliers se terminant par la mort ; il voit d'autre part une maladie dont la cause résiste à l'oxygène comprimé, à l'alcool, et qui détermine également un ensemble de phénomènes graves introduits dans l'économie. Il se contente de constater les faits sans chercher à les expliquer.

M. TRASBOT dit, que depuis longtemps, les vétérinaires distinguent le charbon de la septicémie, même sur le vivant. Delafond, longtemps avant M. Davaine, avait signalé l'existence des bactéridies dans le sang charbonneux. Enfin, il semble admis aujourd'hui, que la maladie charbonneuse peut se transmettre alors même qu'il n'y a plus de bactéridies dans le sang.

M. BERT, à cette occasion, fait observer combien il est difficile d'affirmer qu'il n'y a plus de bactéridies dans le sang.

Du cuivre. — M. GALIPPE a fait de nouvelles expériences dans le but de rechercher si les conclusions qu'il avait tirées de ses premiers travaux devaient être modifiées, lorsque les sels de cuivre sont dissous dans un liquide alcoolique ; les résultats auxquels il est arrivé ne diffèrent en rien de ceux qu'il avait antérieurement obtenus. En effet, les sels de cuivre dissous dans l'alcool sont vomitifs à très-petites doses ; à dose plus élevée, ils causent, outre les vomissements, des coliques plus ou moins violentes, suivant qu'ils sont administrés quand le tube digestif est vide ou rempli d'aliments. Enfin les sels de cuivre communiquent aux liquides alcooliques une coloration et une saveur caractéristiques dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de cuivre dissous.

Si on administre à un chien, à l'aide d'une sonde œsophagienne, dans 50 centimètes cubes d'alcool à 32°, 0gr,06 centigrammes d'acétate neutre de cuivre, l'animal étant à jeun, après une courte période de malaise, il est pris de violents vomissements, ordinairement bilieux, spumeux, montrant ainsi l'action irritante locale exercée, grâce à la diffusibilité de l'alcool sur la muqueuse stomacale et sur le foie. Cette action s'étendant jusqu'à l'intestin, l'animal a une selle demi-liquide. Les vomissements se reproduisent à plusieurs reprises avec une extrême énergie ; on constate même quelques stries sanguinolentes au milieu des matières blanches, spumeuses, des vomissements. Les phénomènes d'ivresse n'avaient pas présenté de gravité. Le lendemain, l'animal est laissé en repos ; il est en apparence bien portant.

Le jour suivant, la même dose d'alcool cuprique est administrée à ce même chien ayant, cette fois, fait un repas copieux ; les phénomènes d'ivresse se manifestent très-rapidement ; l'animal urine abondamment, il a une selle qui semble s'accompagner de ténesme ; il n'a un vomissement alimentaire qu'une demi-heure après. Ce vomissement est suivi d'un autre formé exclusivement de ces matières blanches spumeuses, qui sont l'indice de l'irritation locale exercée sur la muqueuse stomacale. Dans la nuit, ni vomissements, ni diarrhée ; le lendemain, ce chien ne paraît ressentir aucune souffrance.

Il est hors de doute, qu'à l'action caustique du sel de cuivre, s'ajoute celle de l'alcool. C'est ce qui explique qu'à dose moindre un sel de cuivre en solution alcoolique produira une action caustique plus énergique qu'en solution aqueuse. En effet, à ce même chien, qui a servi aux deux expériences précédentes, M. Galippe fait prendre 50 cent. cub. d'alcool à 32° après un repas copieux, le phénomène d'ivresse se produit comme d'habitude, mais, en outre, comme le tube digestif de ce chien a déjà été soumis à de dures épreuves, l'alcool seul agit comme avait agi l'alcool cuprique. Après les vomissements, il tombe dans un abattement profond, cependant il se rétablit rapidement.

Voulant savoir ce qui se passerait dans le cas où la dose d'alcool cuprique ingérée serait massive, M. Galippe a injecté directement dans l'estomac d'un chien à jeun, 125 centimètres cubes d'alcool à 32° contenant 0,145 d'acétate de cuivre ; il y a eu de violents vomissements suivis d'un coma profond dont l'animal n'est sorti que le lendemain ; puis il s'est rapidement rétabli.

Chez un autre animal venant de manger, M. Galippe injecta, en deux fois, 150 centimètres cubes du même alcool; l'animal n'eut pas de vomissements; il tomba dans un coma profond qui dura un jour et deux nuits; il était complétement insensible; la température s'était considérablement abaissée; la respiration se faisait mal; cependant ce chien ne mourut pas, il s'est complétement rétabli et a pu servir à d'autres expériences.

Suivant M. Laborde, qui a assisté à cette expérience, il se produirait dans ces cas des phénomènes d'excitation qui marqueraient la période hallucinatoire de l'alcoolisme aigu. Mais, comme l'a fait justement observer M. Magnan, ces phénomènes ne se manifestent que dans l'alcoolisme chronique et quand, au contraire, on administre à un chien de fortes doses d'alcool, ce chien tombe dans un coma profond et reste comme mort. L'expérience suivante donne raison à M. Magnan :

M. Galippe administre à un chien, ayant déjà été soumis à l'action de l'alcool cuprique, après son repas, 100 centimètres cubes d'alcool pur à 32°. Peu d'instants après, ce chien tombait dans un sommeil profond, qui ne fut interrompu par aucun symptôme apparent d'agitation ; l'animal succomba le lendemain, vingt et une heures après l'expérience. Quelques instants avant de mourir, ce chien sortit de sa torpeur, poussa quelques cris et vomit les aliments de la veille qui n'avaient même pas subi l'action du suc gastrique, puis il retomba dans le coma et mourut. A l'autopsie, on trouva les poumons congestionnés, la trachée remplie d'une matière spumeuse; l'estomac est le siége d'une irritation très-violente et généralisée; en quelques points, on constate la présence d'ulcérations de la muqueuse en voie de réparation; l'intestin dans toute son étendue est le siége d'une violente inflammation.

Cette expérience démontre une fois de plus ce fait bien connu qu'une dose massive d'alcool est suffisante pour tuer un animal.

M. Galippe démontre, en outre, que l'acétate de cuivre, en particulier, communique à l'alcool une coloration et une saveur caractéristiques. La coloration est indéniable : un litre d'alcool contenant 1,064 d'acétate neutre de cuivre offre une couleur d'un bleu verdâtre très-nette. Si l'on met en contact avec la muqueuse buccale une petite quantité d'alcool cuprique, aussitôt la sensation de chaleur passée, on a, dans toute sa pureté, la saveur des sels de cuivre. M. Galippe déclare qu'il ne serait pas possible de faire absorber à une personne jouissant de ses facultés intellectuelles, sans qu'elle s'en aperçût, de l'eau-de-vie contenant, par litre, 1,164 d'acétate neutre de cuivre.

Drainage de l'œil par le cat-gut. — M. NICATI fait une communication sur ce sujet (voir plus haut). (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants sont priés de déposer au secrétariat leurs feuilles d'inscription, la veille du jour où ils doivent prendre l'inscription.

MM. les étudiants qui désirent concourir pour l'admission à l'emploi d'élèves de l'École de santé militaire du Val-de-Grâce, trouveront au secrétariat de la Faculté les instructions dont ils peuvent avoir besoin.

— *Avis.* — Le doyen a l'honneur de prier MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'École pratique pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-1878, de vouloir bien faire parvenir leurs demandes avant le 15 juillet prochain.

Ces demandes, après avoir été soumises à l'assemblée de MM. les professeurs, seront transmises à M. le Ministre, à qui il appartient d'accorder les autorisations nécessaires.

— Dans sa séance du 23 juin, le Sénat a voté, à l'unanimité de 249 voix, le projet de loi relatif aux services hospitaliers de l'armée, précédemment adopté par la Chambre des députés.

— M. le professeur Charcot étant indisposé, le cours d'anatomie pathologique n'aura pas lieu pendant quelques jours.

— *Erratum.* — Dans l'article du docteur C. Girard, à la page 573, 2e colonne, 38e ligne (15e ligne de l'obs. II), au lieu de : « et de 10 à 15 *grammes* d'acide hydrochlorique, lire : et de 10 à 15 *gouttes*, etc.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Symptômes simulant ceux d'une cirrhose atrophique, produite par une dilatation hypertrophique, énorme, de la moitié inférieure du gros intestin. — Homme opéré au moment de la naissance pour une imperforation de l'anus.

Nous venons d'être témoin, dans le service du professeur Vulpian, d'un fait très-rare, dont il est douteux qu'on puisse trouver un autre exemple dans les annales de la science, et qui mérite néanmoins d'être signalé à l'attention des praticiens, non point à titre seulement de curiosité remarquable, mais comme étant des plus instructifs au point de vue de la physiologie pathologique, de la pathologie, générale et à divers autres points de vue.

Voici ce fait en peu de mots.

Le jeudi, 21 courant, un homme âgé d'une quarantaine d'années, se fit admettre à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1.

Cet homme avait un ventre énorme et qui présentait à la percussion deux zones distinctes : on trouvait inférieurement et en faisant varier la position, toujours dans les parties déclives, assez régulièrement jusqu'à un même niveau, une matité très-nette, correspondant à une fluctuation manifeste; et dans la zone supérieure, au contraire, une sonorité tympanique.

La circulation de retour intra-abdominale devait être gênée, car tout l'ensemble des veines superficielles qui rampaient sous la peau du ventre et de la poitrine avait pris un développement considérable, de manière à permettre une circulation veineuse supplémentaire des plus actives. L'œdème des membres inférieurs était peu marqué.

La première pensée qui devait venir à l'esprit, d'après ces données, était celle d'une cirrhose athrophique du foie, mettant obstacle à la circulation de la veine-porte et amenant consécutivement de l'ascite, du gonflement des veines superficielles, et dans les membres inférieurs, un peu d'œdème.

Ce diagnostic, une fois porté, rien ne venait le contredire absolument.

Le malade racontait que son ventre avait grossi peu à peu. Il s'était senti gêné dans la respiration et facilement oppressé, quand il faisait le moindre effort, par suite du refoulement de la base de la poitrine et du diaphragme de bas en haut.

Interrogé sur son passé, il dit, incidemment, qu'ayant à sa naissance l'anus imperforé, il avait subi, à ce moment, une opération, qui avait parfaitement réussi et à la suite de laquelle on lui avait fait conserver, durant sept ans, une canule dans l'ouverture artificiellement pratiquée, constituant le nouvel anus. Du reste, il n'attachait lui-même aucune importance à cette particularité de son existence, qui ne frappa pas tout d'abord comme ayant un rapport quelconque avec sa maladie actuelle. Il avait pu vivre comme tout le monde, s'était marié et était devenu père de famille. Pourtant il éprouvait toujours une certaine gêne pour aller à la garde robe. Il faisait de longs efforts, pour parvenir à rendre une minime quantité de matières semi-liquides.

Dans les derniers temps, quand vint la période où il se regarda comme sérieusement malade, il fut souvent pris d'une angoisse extrême, revenant par crises. Il se sentait anhélant, étouffé, il faisait des efforts inouis pour dégonfler son ventre, et quand il arrivait à faire sortir du moins quelque gaz, il se trouvait aussitôt soulagé. Dans l'intervalle des crises, il était assez bien portant.

Il paraissait donc évident que la première indication était de diminuer l'ascite par une ponction abdominale.

Cette ponction devait avoir lieu le lundi. Le samedi 23, le malade, à la visite du matin, à laquelle j'assistai, semblait dans un état assez satisfaisant. Bien entendu, le ventre n'avait pas diminué. Les veines sous-cutanées, grosses comme le doigt, en très-grand nombre, sur les côtés jusqu'aux aisselles, et en avant jusqu'au sommet de la poitrine, étaient pleines de sang; mais il n'y avait pas d'oppression bien sensible et rien ne faisait présumer une mort prochaine.

Vers le milieu de l'après-midi, quelque temps après l'administration d'un lavement purgatif, cet homme se rendit aux lieux d'aisances. On l'y trouva bientôt, par terre, couché sur le ventre se pressant sur le sol et se comprimant l'abdomen de ses deux mains, s'efforçant d'arriver à une évacuation qu'il ne pouvait pas obtenir. Il étouffait; il était violet; il avait déjà le délire; on le transporta sur un lit; on courut avertir l'interne de garde, qui se hâta de se munir de ce qui était nécessaire pour une ponction abdominale *in extremis*. Mais il était trop tard; quand l'interne arriva, le malade était mort.

A l'autopsie, au lieu de la cirrhose que l'on s'attendait à

trouver, on constata une dilatation extraordinaire de l'S iliaque et du rectum. Ces deux parties du gros intestin formaient ensemble une poche énorme, qui éclata avec un grand tapage quand on y porta le scapel, en laissant sortir une quantité de gaz et de matières fécales. Lorsqu'on la mesura, le lendemain lundi, bien que revenue sur elle-même et très-amoindrie, cette poche avait encore 90 centimètres au moins de longueur, et 70 centimètres de circonférence à sa partie moyenne. L'anus fut trouvé très-étroit, resserré de toutes parts par un tissu cicatriciel résistant. A peine y pouvait-on faire pénétrer l'extrémité du doigt ; et immédiatement au-dessus de l'obstacle commençait la dilatation de l'intestin. Cette dilatation offrait cela de particulier, que les parois, loin d'être étalées et amincies, comme on aurait pu le supposer, étaient, au contraire, singulièrement hypertrophiées et fortifiées dans toutes leurs parties constitutives. La tunique musculaire et la tunique muqueuse avaient au moins quintuplé de puissance. Le tout avait une épaisseur d'un demi centimètre environ, et l'on voyait, sur la surface interne, des glandules également grossies et des groupes de follicules clos, plus apparents que d'ordinaire. Le foie paraissait relativement sain. La rate ne dépassait pas, ou dépassait de très-peu le volume normal. Les résultats de l'examen microscopique et les détails de l'observation tels qu'ils ont été recueillis au moment où le malade entrait dans le service, seront communiqués, s'ils ne le sont déjà, à la Société anatomique par l'interne, si distingué, si soigneux et si instruit de M. Vulpian, M. Raymond. C'est à un point de vue exclusivement pratique que je me place en racontant ce que j'ai vu.

Nous avons ici, en effet, la démonstration la plus évidente du mécanisme suivant lequel, viennent à se produire notamment l'hypertrophie compensatrice du cœur, par suite de certaines lésions d'orifice, celle de la vessie par suite de rétrécissements uréthraux, etc, etc.

Dans tous ces cas, il s'agit également d'un organe creux contractile, cherchant à se vider, et d'un obstacle à vaincre. L'obstacle n'est pas tel qu'il ne cède en partie, sous l'effort. Le dégorgement, bien qu'imparfait, n'est pas nul, et le résultat de la contracture exagérée est, en somme, assez satisfaisant pour que cette contracture ait une raison d'être.

Telles sont, en effet, les conditions au milieu desquelles se produit en général la dilatation hypertrophique. Autrement, s'il n'y a pas lutte, si la contraction la plus énergique doit être inefficace, tant l'obstacle est complet, l'organe cède et il s'affaiblit, en s'étalant.

Il y a là un fait brutal, qui s'impose et doit être admis dans les écoles, et je dirais presque, au point de vue philosophique, dans les sectes les plus diverses. Il faut reconnaître dans des actes même inconstants de l'économie une certaine loi d'utilité, ou en d'autres termes, une appropriation plus ou moins complète, de l'organe aux conditions dans lesquelles il se trouve pour l'accomplissement de sa fonction.

Cette accommodation de l'organe est, pour le moins, aussi évidente en physiologie qu'en pathologie. Il y a bien longtemps que les plus grands observateurs en ont été frappés.

Dans son admirable traité de *utilitate partium*, Galien n'a fait que développer, en l'appliquant à toutes les parties du corps humain, cette idée féconde.

Cuvier s'est appuyé sur elle pour reconstruire, avec quelques débris, un monde d'animaux fossiles.

Darwin lui-même s'en inspirait inconsciemment, en définitive, car tout en admettant une multitude d'essais informes et transitoires, il reconnaissait que les seules espèces permanentes étaient celles qui s'adaptaient bien aux nécessités fonctionnelles dans des conditions de milieu déterminées.

Enfin, tout dernièrement, c'est elle que M. le professeur Broca a reprise magistralement, avec le génie des Galien et des Cuvier, dans ses magnifiques leçons sur ce qu'il nomme, on ne sait pourquoi, *anthropologie comparée*. C'est avec son aide qu'il a fait comprendre et rendu palpables les différences de constitution, dans chaque partie du squelette, qui séparent les uns des autres les divers genres de singe et tous ces genres de l'homme, le moyen variant avec le but et l'organe avec la fonction.

En physiologie pathologique, on voit souvent aussi que, suivant la formule de M. Jules Guérin « la fonction fait l'organe, » c'est-à-dire que l'organe se plie, au moins dans certaines limites, aux nécessités du moment.

Le résultat final est-il toujours utile, comme on le supposait alors que l'on nommait l'hypertrophie compensatrice du cœur une *hypertrophie providentielle*?

Non, sans doute. Il peut arriver que la lutte contre l'obstacle, entreprise ainsi par l'organe, qui cherche à se vider quand même, tourne au préjudice de l'individu.

Nous en avons un exemple frappant dans l'observation qui précède.

Cet homme succomba par l'effort énergique que cette poche intestinale, devenue si grande et si vigoureuse, faisait pour se débarrasser. Le matin encore, il se disait bien, ne se plaignait pas d'oppression : l'intestin dilaté, ne se contractant pas, pelotonné en quelque sorte dans l'abdomen, y trouvait sa place, et rien ne pouvait faire prévoir une issue funeste si prompte, malgré le développement du ventre. Mais quand les coliques survinrent, quand cette poche musculeuse, longue de près d'un mètre, se redressa en raidissant, quand les contractions synergiques de tous les muscles abdominaux vinrent concourir à ce même effort, le diaphragme fut refoulé et la poitrine comprimée à un tel point que la respiration devint impossible. Le malade mourut étouffé, non point *passivement* pour ainsi dire, comme il arrive dans une ascite qui se développe graduellement, mais par un mécanisme actif, par une contraction musculaire qui lui comprimait la poitrine.

Il avait déjà failli mourir de cette manière, à ce qu'il racontait. Plus d'une fois, il avait éprouvé un pareil sentiment d'angoisse et de suffocation. C'était ce qu'il nommait ses crises : crises qui cessaient d'ordinaire, une fois l'intestin au repos, quand la surcharge en était diminuée par une selle, même assez minime, ou par l'émission de quelque gaz. Le soulagement était immédiat et assez complet pour causer une sensation de bien-être.

Quand l'autopsie eut donné le mot de la maladie, on se rémémora toutes ces circonstances qui auraient pu servir de base à un diagnostic différentiel, si l'on avait prévu la possibilité d'un cas semblable. En effet, ce n'est point par crises de ce genre que l'oppression se fait sentir quand il s'agit d'une cirrhose atrophique. On n'a pas ainsi des intervalles de bien-être. Le mal suit constamment sa marche, en produisant un état cachectique, qui ne cesse point et s'accroît toujours. Or on ne peut pas dire que cet homme fut réellement cachectique. Quand je l'ai vu, le matin de sa mort, sa figure était vraiment bonne, assez fraîche, assez rose; et c'est là un signe sur lequel M. Vulpian appelle l'attention. Un autre signe également rappelé de souvenir par cet habile observateur, et qui aurait pu faire écarter l'idée d'une ascite, c'est que le ventre était, jusqu'à un certain point, en carène, pour ainsi dire, plus soulevé qu'il ne l'eût fallu vers la ligne médiane, surtout

vers la base de la poitrine, au lieu d'être un peu étalé, ou régulièrement globulaire, comme on l'observe en général en cas d'épanchement de sérosité dans le péritoine.

Maintenant, si l'on se demande quelle a pu être l'évolution de l'affection dont cet homme est mort, il est facile de s'en rendre compte.

Depuis un temps indéterminé, le gros intestin ne s'est jamais vidé d'une manière complète.

Il existait pourtant une ouverture anale, qui permettait même d'administrer à ce malade des lavements.

Il paraît donc au premier abord assez étrange, que cette ouverture n'ait pas laissé passer les liquides et les gaz, dont l'intestin était rempli dans les derniers jours de la vie.

Mais c'est qu'il existait, en outre, comme on l'a vu à l'autopsie, dans cette poche intestinale, un grand nombre de corps trop volumineux et trop durs pour trouver passage à travers l'ouverture anale, limitée de toutes parts par une cicatrice inextensible. Des os de lapin, des noyaux de pêche, jusqu'à un bouton de culotte ont été recueillis, plus ou moins incrustés de sels calcaires; quelques-uns servaient de noyaux à des calculs intestinaux d'un gros volume. Lorsque le malade faisait effort pour aller à la garde-robe, il arrivait sans doute qu'un de ces corps, se présentant à l'orifice, y faisait soupape, et mettait obstacle à la sortie, même des gaz. Alors le malade changeait de position, se tournait de tous les côtés, se pressait le ventre de toutes les manières, se tordait en tous sens et il parvenait parfois ainsi à rétablir momentanément le cours des matières, en déplaçant le corps étranger.

Ceux qui ont des calculs dans la vessie procèdent à peu près de même, dans des circonstances et dans un but très-analogues.

L'intestin se désencombrait dans une proportion suffisante pour que sa contraction ne fût plus mise en jeu par une réplétion excessive, mais il restait assez dilaté pour comprimer la veine-cave et nécessiter le développement d'une circulation veineuse supplémentaire par le réseau superficiel.

Dans de telles conditions, il fallait peu de chose pour causer la mort. Un lavement purgatif en a été l'occasion. Mais il est certain que cet homme aurait bientôt fini par succomber dans une de ces crises, si l'on n'était pas intervenu chirurgicalement, en débridant ou dilatant l'anus artificiel, ce dont rien ne donnait l'idée.

Nous ne ferons qu'indiquer, en passant, l'intérêt que cette observation offre au point de vue chirurgical.

C'est un bel exemple d'un succès durable après la création sur place d'un anus chez un nouveau-né imperforé.

Mais c'est aussi la démonstration des dangers qui peuvent encore après des années, résulter de la rétraction cicatricielle.

Une fois l'éveil étant donné, ces dangers sont assez faciles à prévenir ou à écarter quand ils existent. Mais un cas comme celui-ci était nécessaire pour provoquer à leur sujet la sollicitude prévoyante des praticiens.

Dr Victor REVILLOUT.

DU DÉVELOPPEMENT DE L'OREILLE MOYENNE

DANS LA SÉRIE DES VERTÉBRÉS

Par M. le docteur GELLÉ.

Certaines parties de cet appareil sont permanentes et toujours reconnaissables dans toutes les classes; ce sont la membrane du tympan, la chaîne des osselets et ses moteurs.

D'autres, au contraire, annexes de la caisse elle-même, subissent une transformation totale au point de disparaître complétement chez certaines classes (apophyse mastoïde et cellules mastoïdiennes).

En passant de la bête à l'homme, le rocher se modifie profondément, mais lentement; et *la bulle* des carnassiers, des édentés, des chauves-souris, des singes les plus inférieurs disparaît peu à peu dans les espèces plus élevées, pour être remplacée par les cellules et l'apophyse mastoïde.

Ce balancement est des plus curieux à étudier; et cette évolution du rocher est pleine d'intérêt.

Chez le chien, chez les félins, une large ampoule osseuse, véritable bulle aérienne, constitue la caisse tympanique.

Chez le lion, on dirait, vu leur grosseur, deux moitiés d'œuf de poule placées en arrière des condyles de la machoire, à la base du crâne.

Les *makis* offrent une oreille moyenne analogue.

Il en est de même des singes les plus bas en série, les *ouistitis*. Sur une pièce que montre M. Gellé, les deux éminences sont très-nettes et d'un volume remarquable, vu la petitesse de l'animal; pareille bulle chez les *édentés*, le *paresseux* et chez les *chauves-souris*.

Mais nous voici aux variétés plus élevées, et peu à peu l'olive pétreuse, si accusée chez le singe inférieur, diminue chez le *morun* (semnopithèques), chez le cebus-mico, le méplat qui correspond à la région mastoïde, s'élève légèrement. Chez le *macaque* (cynocéphales), on constate déjà l'apparition d'une saillie nettement circonscrite à la région mastoïde et, en même temps, l'olive osseuse du rocher a presque disparu.

Elle n'existe plus chez l'*orang de Bornéo*, chez les gorilles; et on trouve, par compensation, une belle éminence à la région mastoïde dans une partie limitée, il est vrai.

Chez l'homme, l'apophyse atteint son entier développement. Chacun connaît cette saillie pyramidale à base large confondue avec l'occipital, et à pointe aigue, dégagée, servant aux insertions musculaires.

Au point de vue de la fonction de l'ouïe, les cellules mastoïdes ont une valeur spéciale; elles accroissent le volume du réservoir d'air formé par la caisse du tympan. Rien ne montre mieux que la variabilité de forme de cette cavité aérienne, l'erreur où tombent ceux qui veulent y voir un appareil à résonnance, un tambour.

La forme d'un réservoir d'air importe peu, aussi est-elle modifiée; il n'en serait pas de même d une caisse résonnante.

L'apophyse mastoïde doit nous occuper au point de vue mécanique.

Elle est, en effet, le point d'application des forces qui entraînent la rotation de la tête autour de l'apophyse odontoïde, comme axe vertical.

Elle agrandit le bras de la puissance et, par sa surface, multiplie les points d'attache des fibres musculaires.

La rotation de la tête est le propre de l'homme, comme la station bipède; l'apophyse mastoïde n'existe pas chez les quadrupèdes; elle apparaît chez les animaux dépourvus d'appendice caudal; elle indique que la position d'équilibre de la tête est dans l'attitude verticale.

Liée au développement de la partie postérieure du crâne, elle est dans le plan transversal qui passe par le centre de gravité et par le point d'appui de la tête sur le rachis.

Située auprès de l'orifice du conduit auditif externe, elle sert à l'orientation : en effet, chez l'homme, c'est la tête qui se tourne dans la recherche de la direction du son, tandis que chez la plupart des animaux, c'est le pavillon, roulé en cornet, qui se meut et se dirige en avant, en arrière à la recherche du son maximum. En résumé, la saillie mastoïdienne semble pouvoir être prise comme l'un des caractères de l'attitude bipède de l'homme.

REVUE DE LA PRESSE

Arthropathie nerveuse ayant précédé une première attaque d'hystérie. — M. le docteur Prosper Hirtz (de Colmar) cite le fait suivant comme un exemple assez remarquable d'une variété d'arthropathie hystérique.

Une jeune fille de seize ans, régulièrement et normalement menstruée, jouissant d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu aucune maladie, ni surtout aucune manifestation hystérique, est prise brusquement d'une douleur vive, lancinante, dans le bras droit, au niveau de l'articulation du coude. L'examen de l'articulation ne révèle aucun des phénomènes de l'inflammation; la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre n'est pas douloureuse. Trois jours après, la douleur s'est déplacée; elle occupe alors l'articulation de l'épaule, et à ce moment seulement on constate, du côté du bras, quelques rougeurs fugaces et un peu d'œdème passager. Pas de contracture dans les muscles du bras; seulement un peu de roideur et une violente douleur.

L'état général est bon; pas de fièvre. L'appétit et le sommeil sont conservés.

En l'absence de tout phénomène rationnel pouvant faire croire à une arthrite, M. Hirtz avait réservé le diagnostic et il s'était borné à prescrire des fomentations chloroformisées, l'application de quelques vésicatoires volants sur le point douloureux et l'aconit, quand, quelque temps plus tard, il lui fut donné d'assister à une attaque hystérique des mieux caractérisées qui lui permit de reconnaître la nature de la maladie. Il constata, en outre, avec surprise, que le bras droit dans lequel, la veille encore, le moindre mouvement provoquait de la douleur, participait à l'agitation générale avec autant de vigueur que celui du côté opposé. Il avait donc eu affaire à une arthropathie hystérique, diagnostic que la suite confirma d'ailleurs.

M. Hirtz fait suivre cette observation de quelques remarques. Il signale d'abord le mode de début de la maladie. Tandis, en effet, que l'arthropathie s'observe généralement dans l'hystérie invétérée, ici ce phénomène a été le précurseur de la première attaque. En second lieu, M. Hirtz appelle l'attention sur la cessation brusque de la douleur au moment de l'explosion de la crise hystérique; il semble, dit-il, que l'influx nerveux s'accumule petit à petit, se condense, jusqu'à ce que le système nerveux soit saturé. Alors se produit la décharge traduite par la crise hystérique et tout rentre de nouveau dans l'ordre.

Mais le plus grand intérêt de ce fait réside évidemment dans les difficultés dont le diagnostic était entouré, la malade n'ayant jamais eu de crises hystériques pouvant mettre sur la voie de la vérité. Aussi, dans les cas de ce genre, ne devra-t-on négliger aucun élément qui permette de la découvrir, consulter l'état général et local, et se rappeler qu'on n'observe jamais, après les arthropathies hystériques, ces arthropathies musculaires qui compliquent si fréquemment les lésions articulaires d'une certaine durée.

Quant au traitement, il devra être dirigé surtout contre l'état général. La médication antispasmodique, l'électricité, l'hydrothérapie, peut-être même la médication anti-rhumatismale, tels sont les moyens auxquels on devra s'adresser. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Ictère chez un cancéreux. — Le fait suivant montrerait la possibilité de l'ictère dans le cours du cancer sans qu'il y ait compression des canaux excréteurs de la bile; il fait voir, en outre, combien doit être réservé le pronostic dans les cas d'ictère prolongé, même chez des sujets qui ont présenté jusque-là l'apparence de la santé.

Un malade entre à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Potain, atteint d'un ictère foncé datant de deux mois. Bien portant auparavant, il avait été pris de cet ictère à la suite d'un refroidissement, et avait présenté ensuite quelques troubles digestifs, des démangeaisons, du prurigo, etc. Le foie était légèrement augmenté de volume, mais il n'existait pas de tumeur appréciable. On entendait à l'auscultation, ce qui n'est pas rare d'ailleurs dans le cours de l'ictère, un bruit de souffle cardiaque à la pointe du cœur et au premier temps, caractéristique d'une insuffisance tricuspide.

Le malade ayant succombé dans le subdelirium, quatre mois après le début de l'ictère, l'autopsie montra qu'il existait un cancer peu volumineux occupant surtout la tête du pancréas; il y avait bien une petite plaque siégeant sur le canal cholédoque, mais non susceptible de le comprimer.

M. Potain en conclut, pour expliquer le développement de l'ictère, que, sous l'influence du froid, il s'était produit un catarrhe des voies biliaires; mais le catarrhe, au lieu de disparaître comme cela fût arrivé chez un homme sain, a persisté, parce qu'il y avait une lésion cancéreuse qui favorisait son existence. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Pustule vaccinale sur l'œil. — M. Anderson Critchet a publié un cas qui doit être bien rare dans la science. C'est celui d'un médecin, qui était occupé à vacciner un enfant, quand un mouvement brusque de celui-ci fit sauter la pointe d'ivoire chargée de vaccin dans l'œil de l'opérateur. Quoiqu'il eût pris la précaution de laver immédiatement la petite plaie, au bout de vingt-quatre heures survint une inflammation violente, caractérisée par de la rougeur, du gonflement des paupières et de la conjonctive; par du larmoiement, de la photophobie et une sensibilité extrême de l'organe. Enfin, quand M. Anderson examina le malade, les deux tiers externes de la cornée étaient envahis par une opacité blanche, grisâtre, proéminente en son milieu et donnant l'impression d'une infiltration purulente des lames de la cornée.

Trois mois après, toute trace d'inflammation avait disparu, mais il restait un vaste leucome, occupant plus de la moitié externe de la cornée et compromettant sérieusement la vision. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Corne de la région sourcilière. — A propos d'une jeune fille de son service qui présentait, à la partie interne du sourcil, une de ces tumeurs qui, en raison de leur forme et de leur mode de développement, ont reçu le nom de cornes, M. le professeur Broca étudie la constitution de ces productions morbides, les moyens de diagnostic à l'aide desquels on peut les différencier de tumeurs analogues, et enfin leur traitement. Elles sont formées par des amas de cellules épithéliales, qui se produisent dans des follicules pileux; elles peuvent, par conséquent, se montrer partout où existent ces derniers, et ces seuls caractères suffisent pour les faire distinguer de ces productions accidentelles constituées, par exemple, par les croûtes desséchées et accumulées de rupia ou certaines formes de cancroïdes.

La sécrétion qui les forme se fait d'une certaine manière, de sorte que son produit se stratifie dans un certain ordre, et est comparable à la sécrétion cornée chez les animaux. Ordinairement, dans le kyste qui s'est ainsi produit, la corne implantée d'habitude sur la paroi la plus profonde de la poche, finit par ulcérer la peau et saillir à l'extérieur, mais il peut arriver que, trop molle pour percer les téguments et continuant à se développer dans le kyste, elle rampe sous la peau. La tumeur ainsi produite est dure, irrégulière, et ne peut guère être confondue qu'avec certaines tumeurs sebacées. Une simple incision et la dissection de la poche suivie quelquefois d'une cautérisation, constituent le procédé opératoire. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Un cas de luxation de l'extrémité interne de la clavicule en avant et en haut. — Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a jamais de luxation de l'extrémité interne de la clavicule en avant et en haut. Cependant, au dire de M. le docteur Vantverts, cette variété existerait, et il aurait eu occasion d'en observer cet exemple.

Un homme de soixante-neuf ans, très-vigoureux, étant monté sur une échelle, dans une chambre où la température était très-élevée, fut pris de vertige et tomba brusquement contre l'angle aigu d'un poêle, sur le côté gauche de la poitrine. Appelé auprès du malade, M. Vantverts observa les phénomènes suivants : Cet homme se plaignait d'une douleur violente vers la quatrième ou cinquième côte en dehors du mamelon. La respiration était courte, auxieuse, pleurodynique; les moindres mouvements communiqués au bras arrachaient des cris au malade.

L'extrémité interne de la clavicule gauche offrait une saillie notable en avant; on pouvait, le sujet étant très-maigre, suivre facilement la direction de cet os et parcourir la facette articulaire dans toute son étendue. A en juger par une certaine mobilité qui n'était pas celle d'une fracture, le cartilage interarticulaire paraissait avoir suivi la tête déplacée. Mais ce qui frappait surtout, c'était la projection en haut de la partie déplacée. En enfonçant à plat le doigt

dans le creux sus-sternal, la clavicule débordait de 2 et demi à 3 centimètres. Plus haut, toujours à gauche, le long du cou, on sentait, comme une corde tendue, le faisceau cléido-mastoïdien. La face était légèrement tournée à droite et la tête inclinée vers l'épaule gauche : en glissant le doigt de dehors en dedans le long de la clavicule du côté sain, on se trouvait arrêté après l'articulation sterno-claviculaire, à gauche, par la facette déplacée et portée en haut. Enfin, en cherchant à imprimer des mouvements à la partie luxée, il semblait qu'il existât une certaine mobilité dans l'extrémité opposée comme si le ligament costo-claviculaire eût été déchiré. Cet examen aurait été renouvelé plusieurs fois avec le plus grand soin, et toujours avec le même résultat.

Enfin, contrairement à l'opinion des chirurgiens qui sont unanimes à déclarer facile la réduction des luxations de la clavicule, M. Vantverts aurait fait, sans succès, des tentatives longtemps répétées en faisant tirer fortement sur l'épaule et en pressant énergiquement lui-même sur l'extrémité luxée pour la faire rentrer dans sa cavité. Quant au chloroforme qui eût été refusé il ne put être employé. — (*Bull. méd. du Nord*).

Épilepsie d'origine périphérique. — Dans une de ses conférences cliniques à l'asile Saint-Anne, M. le docteur Magnan a rapporté un cas d'épilepsie d'origine périphérique, dans lequel les attaques auraient été sinon guéries du moins singulièrement diminuées par une intervention chirurgicale. Il s'agit d'un homme bien portant qui reçut en 1862, au talon gauche, un coup de pied de cheval. La plaie guérit rapidement, mais quelques jours après le malade éprouvait des sensations de froid partant de ce point. Un mois plus tard, cette sensation de froid gagnait tout le corps et était suivie d'une attaque avec perte de connaissance. Dès lors ces attaques se sont reproduites fréquemment, mais avec ce caractère particulier que, dans quelques cas, elles s'annoncent quelques heures à l'avance par un aura qui part du talon, et qu'il suffit alors au malade de comprimer sa jambe ou de frapper le pied par terre pour conjurer l'accès. D'autres fois l'aura s'étend aux membres et est suivi de convulsions sans qu'il y ait perte de connaissance.

Sous l'influence du bromure de potassium les attaques, surtout cérébrales, avaient un peu diminué, quand dans l'espoir d'obtenir une guérison complète, M. Magnan eut l'idée de faire enlever, par M. Trélat, toute la région du talon où se trouvait la cicatrice. L'opération faite, bien que moins nombreuses, les attaques ont néanmoins persisté avec les mêmes caractères. Aussi, pour avoir plus de chance de réussite, M. Trélat se proposerait-il de pratiquer la section du nerf saphène externe le long duquel se propage l'aura. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. BROCA offre à la société, deux brochures intitulées, l'une : *Différences fonctionnelles des deux hémisphères cérébraux* ; l'autre : *Trépanation du crâne et amulettes crâniennes à l'époque néolithique*.

M. PAULET présente une observation de *plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen par une balle de revolver*. La balle avait traversé la paroi thoracique, le diaphragme, l'estomac en deux points, et de nouveau le diaphragme, et s'était logée dans le corps de la onzième vertèbre dorsale. Le blessé a succombé sans avoir présenté aucun accident du côté de l'abdomen. Il y avait eu épanchement de matières alimentaires dans le thorax.

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. Stœber (de Nancy), une monographie accompagnée de planches sur un *procédé quasilinéaire pour l'extraction de la cataracte*.

M. GUÉNIOT présente, de la part de M. Ganiez (de Darney, Vosges), une observation de *tétanos traumatique à forme subaiguë guéri par le chloral*. (Rapporteur M. Guéniot.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Ligature des artères dans les plaies. — M. LARREY, revenant sur la question de la ligature des artères dans les plaies, se souvient d'avoir vu cette pratique employée par Dupuytren avant Nélaton. Dupuytren, même, n'avait pas été le premier à indiquer cette méthode que le chirurgien anglais Guthrie avait formulée en précepte dès le commencement de ce siècle.

M. DESPRÈS répond que Nélaton est le premier qui ait dit qu'on pouvait lier une artère dans une plaie *en suppuration*. Quant à la ligature dans une plaie, Boyer, contemporain de Guthrie, avait émis aussi le même précepte en France.

M. TRÉLAT a reproduit dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1852, une leçon de Nélaton sur la ligature des artères dans les foyers de plaies, Nélaton n'en parle pas comme d'une pratique personnelle, et cite au contraire Guthrie.

RAPPORT

Tumeur calcaire de la bourse prérotulienne. — M. NICAISE donne lecture d'un rapport sur une observation de tumeur calcaire de la bourse prérotulienne, présentée par M. Connor. L'opération a été faite par M. Trélat. Cette tumeur s'était développée dans une bourse accidentelle située en avant du tendon prérotulien et de la tête du tibia, chez une blanchisseuse âgée de cinquante-neuf ans. Elle pèse vingt-trois grammes et est formée, en grande partie, de phosphate et de carbonate de chaux. M. Pamard, M. Desprès, M. Terrier ont publié des cas de même nature, tous observés chez des gens à peu près du même âge et exerçant une profession qui les oblige à se tenir à genoux.

COMMUNICATION

Urano-staphylorrhaphie. — M. TRÉLAT a pratiqué, depuis un an, cinq opérations d'uranoplastie. La première opération a été suivie d'un échec total. Les quatre autres ont réussi. Deux des opérés ont été présentés à la Société dans la séance du 31 mai dernier, et un à la dernière séance. Un autre, parti dans l'Isère, voyant que, contre son attente, l'opération ne lui avait pas rendu immédiatement la parole, a été pris d'un désespoir sombre, et ne fait aucun effort pour l'éducation de la faculté qui lui fait défaut quoique l'instrument lui ait été restitué. M. Trélat a pensé que cette petite statistique lui permettait d'aborder l'étude de quelques points relatifs à l'urano-staphylorraphie.

Tous ses opérés sont de jeunes gens entre quinze et dix-huit ans. M. Trélat ne peut donc rien conclure sur l'influence comparative de l'âge sur les résultats de l'opération. Ceux qui ont une plus grande expérience que lui sur ce sujet disent qu'il vaut mieux la faire dans l'enfance, et l'âge le plus favorable paraît être entre deux et quatre ans. Mais le chirurgien n'a pas toujours le choix de cette condition.

Dans quel ordre doit-on faire les opérations successives que nécessite la restauration d'une division complète du voile et de la voûte du palais, de l'arcade dentaire et de la lèvre? Le bec-de-lièvre doit-être, en principe, opéré dès l'enfance, parce qu'après cette opération les deux extrémités alvéolaires tendent à se rapprocher, par suite du développement normal de l'individu, sans cependant se souder jamais. Mais si le chirurgien se trouve en présence d'un adulte ou d'un adolescent dont le bec-de-lièvre n'a pas été restauré dès l'enfance, il devra profiter, pour faire les autres opérations, de la commodité que lui offre l'ouverture labiale, n'ayant plus à espérer à cet âge, que la soudure préalable de la lèvre fera rapprocher les deux extrémités alvéolaires. Si la division ne s'étend pas jusqu'à la lèvre, mais comprend le bord alvéolaire, la première opération devra porter sur ce bord, qui, une fois réuni, servira beaucoup à la réussite de l'urano-staphylorrhaphie.

Restent les divisions palatine et staphylienne qu'il faut opérer en seul temps, sous peine d'échec probable, et, dans tous les cas, pour éviter une opération ultérieure.

Si la voûte palatine est non-seulement fendue, mais insuffisante, il faut suppléer à ce manque d'étoffe, et pour cela un seul procédé

peut réussir : il consiste à faire une incision libératrice le long du bord alvéolaire, sur le voile et sur la voûte palatine. Il vaut mieux la prolonger de suite sur ces deux régions pour faire à la fois la réunion du voile et de la voute. Ce précepte avait été indiqué par Roux, mais il en faisait une application défectueuse.

M. Trélat établit donc ainsi la succession des temps de cette restauration : 1° le bec-de-lièvre, s'il s'agit d'un enfant. C'est par là, au contraire, que le chirurgien devra terminer s'il opère sur un adulte; 2° la réunion du bord alvéolaire; 3° la restauration de la voûte et du voile en une seule opération.

Opération de l'uranostaphylorrhaphie. — M. Trélat emploie l'anesthésie par le chloroforme. Il attache une grande importance à l'attitude à donner au malade pendant l'opération : il doit être dans le décubitus dorsal, la tête pendante à l'extrémité de la table d'opération. On évite ainsi l'entrée dans les voies respiratoires du sang qui coule en assez grande abondance, mais qu'on arrête facilement. Cet écoulement de sang gêne l'opération et fait perdre du temps, mais cela est inévitable ; M. Trélat arrive cependant à la faire en moins d'une heure. La contention des organes buccaux est un point important. Si un abaisse-langue quelconque, comme le conseille Hermann (de Mulhouse), suffit pour un enfant, il est insuffisant pour un adulte. L'écarteur de Smith n'est pas assez résistant. M. Collin a fabriqué, sur les indications de M. Trélat, un baillon qui, prenant ses points d'appui sur les molaires, offre une résistance considérable et ne gêne pas l'opération. L'avivement est fait suivant la méthode ordinaire.

Le temps suivant est l'incision libératrice. On a conseillé, pour cette incision, l'emploi du galvano-cautère; on pourrait employer aussi le thermo-cautère; mais M. Trélat préfère le bistouri qui donne une cicatrisation beaucoup plus rapide, condition très-importante dans ce cas. Il est vrai que l'hémorrhagie est assez forte, mais on s'en rend toujours maître assez facilement par des irrigations d'eau glacée et par la compression avec le doigt. Quinze minutes au plus sont nécessaires pour l'arrêter. M. Tillaux, guidé par ses connaissances anatomiques, avait donné le conseil de ménager l'artère palatine postérieure; M. Trélat pense que l'incision libératrice doit descendre jusque sur le voile du palais, sans se préoccuper de la section de cette artère dont l'hémorrhagie peut être arrêtée en cinq minutes. Dès que l'incision est faite, il faut se hâter de faire avec une rugine dont M. Trélat présente le modèle, le décollement sous-périosté du lambeau. Ce temps facilite beaucoup l'arrêt de l'hémorrhagie. Après la rugination, l'affrontement des lambeaux se fait facilement, M. Trélat fait la suture avec des fils d'argent extrêmement fins et souples, à l'aide d'une aiguille spéciale.

Résultats de l'opération. — Il est incontestable que ces opérés gardent un appareil palato-staphylin insuffisant. Tous conservent plus ou moins longtemps un coriza postérieur, quelquefois même un ozène infect, comme le petit opéré du département de l'Isère. La parole est extrêmement variable, l'éducation de la voix restant à faire. Il faut tenir un grand compte de la façon dont les opérés parlaient avant, lorsqu'il s'agit d'un adulte, car un enfant de deux à trois ans apprendra en même temps à parler et à bien parler. Certaines lettres manquent toujours, comme le T et le K; l'S est faussé; M et N sont confondus et prononcés *gnie*. Mais, au point de vue de la déglutition, les résultats sont toujours satisfaisants.

En résumé, l'urano-staphylorrhaphie améliore l'aspect du visage, facilite la fonction de déglutition en même temps qu'elle rend aux opérés la jouissance de petites satisfactions de gourmandise qui leur étaient inconnues, enfin, améliore la plupart du temps, la fonction de phonation ; mais, pour cette dernière condition, il faut se souvenir que si l'on a restitué à l'opéré un instrument, il reste à lui apprendre à s'en servir.

DISCUSSION

M. TILLAUX distingue, au point de vue de l'utilité de l'intervention chirurgicale chez un adulte, les perforations congénitales et les perforations acquises. L'uranoplastie lui a donné, dans ces derniers cas, des résultats très-remarquables. Mais pour une perforation congénitale chez un adulte, il hésiterait, après les succès et les revers qu'il a obtenus, entre l'opération et l'application d'un obturateur. Les résultats heureux ne le sont pas à tous les points de vue, et M. Tillaux cite ce fait, arrivé en Amérique, d'un opéré de staphylorrhaphie qui était tellement gêné dans ses fonctions buccales par la restauration, qu'il fit refaire l'ouverture et appliquer un obturateur. Quant au conseil qu'il a donné de ménager l'artère palatine postérieure, il a été guidé non par des considérations théoriques, mais par des observations pratiques sur le sort des lambeaux séparés de leurs artères, et c'est pour cela qu'il conseille de faire l'incision libératrice au dehors et non en dedans de cette artère, le long de l'arcade dentaire.

La section de cette artère est un des accidents qui avait fait rejeter cette opération avant Baisot.

M. TRÉLAT n'a voulu parler que des opérés à la suite d'une division congénitale. La restitution de la parole est entière chez ceux qui n'avaient qu'une division acquise et qui savaient parler avant l'opération. Un obturateur est un objet coûteux, et il faut tenir compte dans certains cas de la position sociale du malade. Les indications de l'opération doivent être tirées surtout de la nature de la phonation. Quant à la gangrène des lambeaux, que M. Tillaux, avec Baisot et Laugenbeck, redoute par suite de la section de l'artère palatine postérieure, elle n'est pas à craindre si l'antérieure est restée intacte ; elle nourrira suffisamment le lambeau, malgré son petit volume; et l'artère palatine moyenne, qui n'est pas constante, il est vrai, pourra lui venir en aide. D'ailleurs, si la gangrène était à craindre autrefois, c'est qu'on taillait un lambeau muqueux et non comme aujourd'hui ostéo-muqueux. Si la rugination est bien faite cet accident ne se produit pas. Les opérés dont M. Trélat a parlé en sont une preuve. Hermann, Lannelongue et d'autres, ont obtenu aussi des succès, malgré la section de l'artère palatine postérieure.

COMMUNICATION

M. LEMÉE (de Saint-Sever sur Adour), donne lecture d'une observation intitulée : Cas de dystocie par contracture anormale d'un segment inférieur de l'utérus. Heureuse influence de l'opium. — (Commis. : MM. Tillaux, Périer, Polaillon).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 juin 1877, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Azaïs, Servier, Rizet et Cochu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Cogit, Jean, Rebstock, Massoutié, Pasquet, Dieu, Poirée, Lanoaille de Lachèze, Delange et Pingaud.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Baillif, Bodros, Magdelaine, Lippmann, Catteau, Laffitte, Vidal, Mossier, Billet, Ocana, Zuber, Pau de Saint-Martin et Sedan.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe, M. Masson.

— Par décret en date du 23 juin 1877, MM. les médecins de 1re classe de la marine, Décugis et Amouretti, sont promus au grade de médecin principal.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale, aura lieu cette année dans le courant du mois de juillet. Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté du 1er au 10 juillet prochain, tous les jours, de une à quatre heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hybord, ancien interne des hôpitaux, décédé à Agen le 13 de ce mois.

— M. le professeur Charcot reprendra son cours, lundi prochain 2 juillet.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan continue tous les mercredis, à neuf heures et demie, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a élu parmi ses membres correspondants M. le docteur Marmisse, de Bordeaux. Parmi ses associés libres nationaux, MM. les docteurs Er. Hardy, de Paris; Leudet, aux Eaux-Bonnes; Évariste Michel, à Cauterets.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique le dimanche 1er juillet 1877, à Champigny. On se réunira à la gare de l'Est où l'on prendra, à dix heures cinquante minutes du matin, le train pour Nogent-sur-Marne.

— *Prix à décerner en* 1878. — La Société protectrice de l'enfance met au concours la question suivante : *Des vers intestinaux comme cause de maladies chez les enfants.*

Établir les cas où cette cause existe et où elle exerce une influence réelle sur la santé de l'enfant.

Insister sur le préjugé qui consiste à attribuer à cette cause la plupart des troubles et des accidents que l'on observe dans le premier et dans le deuxième âge.

Chercher à détruire ce préjugé en se fondant sur des preuves accessibles à toutes les classes de la société.

La Société protectrice de l'enfance de Lyon décernera une médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1878, au meilleur mémoire inédit qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1877, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et, avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même le mémoire couronné, à ses frais.

Deuxième question mise au concours pour un prix a décerner en 1879. — De l'influence qu'ont exercée et que pourront exercer les Sociétés protectrices de l'enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille.

En raison de l'importance de cette question, un prix exceptionnel de 500 francs sera décerné par la Société, dans la séance publique de janvier ou février 1879, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le secrétaire général est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 inclusivemet.

Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie, par le docteur Henriet. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Localisations de la syphilose corticale du cerveau; aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente, par le docteur Mauriac, médecin à l'hôpital du Midi, etc. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 76. — MARDI 3 JUILLET 1877. 50e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1877. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Calcul de la vessie.

Nous avons, en ce moment, au n° 44 de la salle Sainte-Vierge, un malade, âgé de dix-huit ans, qui présente, comme symptôme fonctionnel presque unique, une incontinence d'urine. Il est vrai que cette incontinence d'urine, qui date d'environ deux mois, avait été précédée, pendant quinze jours, d'une sensation de cuisson pendant la miction, et que ce n'est qu'après avoir éprouvé ce symptôme que ce jeune garçon s'est mis à perdre ses urines, continuellement, le jour comme la nuit, sans éprouver le besoin d'uriner, sans être tourmenté par la douleur.

Depuis qu'il est à l'hôpital, cette incontinence d'urine a un peu diminué, car il a retrouvé, en partie, le sentiment du besoin d'uriner : il peut le satisfaire toutes les trois ou quatre heures et rendre ainsi une certaine quantité d'urine. Néanmoins il en perd toujours involontairement,

Ces urines sont limpides, transparentes, pas alcalines du tout; au contraire modérément acides.

Ordinairement, cette incontinence d'urine, sans douleur appréciable, indique un relâchement des fibres musculaires du col de la vessie. Ce relâchement, cette occlusion imparfaite du sphincter vésical peut reconnaître deux causes différentes : soit qu'il soit inerte par lui-même, soit que sa tonicité soit incessamment vaincue par la contraction incessante et énergique de la vessie.

Pour résoudre la question, il était nécessaire de pratiquer l'examen de la prostrate, et j'ai acquis alors la notion que cet organe était un peu dur à gauche, comme s'il y avait eu dans cette partie un peu d'inflammation qui se serait terminée par de l'induration. Or, ce phénomène tiendrait-il au développement de tubercules dans la prostrate, et dès lors n'en existerait-il pas aussi au col de la vessie où leur présence déterminerait l'inertie des fibres musculaires? Mais il n'expliquerait pas ce spasme, ces contractions incessantes de la vessie surmontant la tonicité du col.

Serait-ce alors que ce garçon aurait une maladie de la moelle épinière, une paraplégie? Non, car les jambes ne sont pas paralysées, et vous n'ignorez pas qu'il est très-rare qu'on arrive à la période d'incontinence d'urine, dans la paraplégie, sans que l'on observe une perte presque complète du mouvement des membres inférieurs.

Pour trancher cette difficulté, il fallait donc compléter l'examen des voies urinaires par le cathétérisme. C'est ce que nous avons fait chez ce malade, non toutefois, vu son extrême irritabilité, sans l'avoir préalablement endormi au moyen du chloroforme. Après avoir introduit une sonde dans la vessie, ce qui eut lieu sans grande difficulté, j'ai cherché à faire une injection d'eau tiède dans le réservoir urinaire, mais sans y parvenir, car le liquide était expulsé au fur et à mesure qu'on l'introduisait; nous en avons conclu que la vessie était tellement irritable, tellement intolérante, qu'elle ne pouvait recevoir de liquide ni en contenir, qu'elle se contractait énergiquement aussitôt qu'elle était un peu distendue, et que très-probablement l'incontinence d'urine était due à un état de spasme, de contraction des fibres musculaires du corps, assez fort pour surmonter la tonicité des fibres musculaires du col.

Puis, en continuant l'exploration, il était facile de reconnaître, dans la vessie, la présence d'un corps dur, que j'ai d'abord senti avec la main par l'intermédiaire de la sonde d'argent, et que de plus je vous ai fait percevoir par la percussion. En effet, le choc du bec de l'instrument contre ce corps étranger donnait lieu à un bruit très-intense, analogue à celui que l'on aurait obtenu, par exemple, en frappant une pierre à fusil. Par conséquent le moindre doute n'était pas possible; nous avions affaire à un calcul dont la présence irritait assez la vessie pour provoquer des contractions incessantes du corps et par suite déterminer la sortie incessante de l'urine.

Mais telle n'est pas la seule cause, dans ces conditions, de la perte involontaire des urines, et, chez les enfants surtout, ce phénomène peut tenir à ce que le calcul est muni d'un petit prolongement qui, s'engageant dans le col, l'empêche de se fermer. Or, ne pourrait-il pas en être de même chez notre malade? La chose est possible, mais je n'ai pas pu déterminer qu'il en soit ainsi d'une façon rigoureuse; néanmoins, malgré les mouvements désordonnés du malade, il m'a semblé, lorsque la sonde a pénétré dans la vessie, qu'elle rencontrait, à l'entrée, un corps dur et qu'elle le repoussait à l'intérieur de la cavité urinaire.

Mais ne pouvons-nous pas aller plus loin dans le diagnostic, répondant aux diverses questions que l'on doit toujours se poser quand il s'agit de prendre une *détermination* en présence d'un calcul de la vessie; chercher d'abord à en *déterminer* le volume.

Eh bien, nous n'avons pas de notions bien précises à cet

égard. Tout ce que je puis vous dire, c'est qu'il doit être volumineux, attendu que je l'ai senti très-facilement, quoique la vessie ne contînt qu'une très-petite quantité de liquide. C'est un argument sérieux, quoique pourtant il ne faille pas lui attribuer une valeur absolue,

Il est vrai, d'autre part, que cette opinion se trouve un peu contredite par un antécédent très-singulier, par ce fait que ce jeune garçon n'éprouve de symptômes fonctionnels que depuis environ deux mois et demi et qu'ils ont été très-modérés. Or, il n'est pas ordinaire qu'un calcul arrive à un volume aussi gros, c'est-à-dire à peu près aux dimensions d'une grosse noix, sans des douleurs et du spasme des parois vésicales pendant bien plus longtemps. De sorte que nous avons là quelque raison pour espérer que peut-être ce calcul n'est pas aussi volumineux qu'on pourrait le penser au premier abord.

Autre point : le calcul est-il mobile dans la vessie ou est-il enchatonné? Je crois qu'il est mobile parce qu'il m'a semblé, comme je vous l'ai déjà dit, que je l'ai déplacé avec la sonde en entrant dans le réservoir urinaire. Cependant, pour éviter toute cause d'erreur, après avoir fait coucher le malade sur le dos, je l'ai fait retourner tantôt à droite, tantôt à gauche : or je n'ai jamais retrouvé le calcul à la place qu'il occupait précédemment. Toutefois, je dois dire que cette exploration était rendue extrêmement difficile par les mouvements auxquels le malade se livrait continuellement. D'ailleurs cette recherche du calcul ne se fait bien que lorsque la vessie est pleine, et je vous ai dit qu'il était impossible d'injecter une quantité suffisante de liquide.

Quant à la consistance de ce corps étranger, vous avez tous entendu le bruit intense qui résulte du choc du bec de la sonde contre le calcul et qui indique que nous avons probablement affaire à un corps étranger très-dur. D'autre part, cette notion me conduit à une autre très-vraisemblable sur la composition du calcul. En effet, les calculs qui résonnent de cette façon sont, en général, constitués par de l'oxalate de chaux. Une autre raison, en faveur d'un corps étranger, c'est l'excitation violente que le calcul détermine sur les parois de la vessie. Les calculs d'acide urique, ammoniacaux, donnent bien des douleurs au moment et pendant la miction, mais jamais ils ne produisent cette excitation considérable que l'on observe lorsqu'il existe un calcul d'oxalate de chaux. Cela tient à ce que ceux-ci sont toujours irréguliers, rugueux, inégaux à leurs surfaces, couverts de saillies et comme lobulés, tandis que les autres arrondis, lisses, ne présentent pas ces aspérités qui irritent la vessie, Mais, s'il en est ainsi, pourquoi ce jeune garçon n'a-t-il pas souffert plus tôt? Probablement parce que les inégalités qui hérissent la surface de son calcul n'étaient pas assez volumineuses au début pour provoquer de la douleur ; il en est d'ailleurs de ce symptôme comme de tous les autres phénomènes nerveux : tantôt ils se font remarquer par leur intensité, tantôt, au contraire, ils sont si peu accusés que les malades s'en aperçoivent à peine.

Mais ce que ce malade présente d'intéressant, quand on le compare à d'autres calculeux, c'est que, avec un corps étranger aussi dur, probablement rugueux, inégal, et irritant à ce point la vessie, il n'a jamais eu d'hématurie, et même, chose très-satisfaisante, que c'est à peine si le cathétérisme l'a fait saigner ; contrairement à ce qui arrive dans les vessies très-vasculaires, avec présence d'un calcul. Enfin, chose très-remarquable. c'est que les urines de ce garçon sont claires, limpides, au lieu d'être chargées de pus et de mucosités, comme cela se voit chez les calculeux et principalement chez les vieillards.

Maintenant pour déterminer la question de thérapeutique, il s'agit de savoir si nous pourrons avoir assez de tolérance de la vessie pour qu'elle puisse recevoir au moins un verre à un verre et demi de liquide. Autrement, nous serions exposé à pincer avec le lithotriteur les parois de la vessie, et à provoquer des accidents ruineux toujours très-graves. Nous allons donc, pour tâcher d'obtenir de la part de la vessie le degré de tolérance nécessaire pour une opération, mettre ce malade au repos : de plus, tous les jours nous aurons soin de lui faire donner un lavement avec huit ou dix gouttes de laudanum ; enfin, nous lui ferons prendre du bromure de potassium, puis, quand nous lui aurons fait suivre ce traitement pendant une huitaine de jours, nous endormirons de nouveau notre malade, nous procéderons, avec la sonde, à une nouvelle exploration de la vessie, et nous introduirons ensuite le brise-pierre dans le but de prendre les dimensions du calcul. Au delà de quatre centimètres, nous pratiquerons la taille périnéale ; si, au contraire, le corps étranger ne dépasse pas en grosseur deux centimètres, nous essaierons de le briser séance tenante.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

X

Pendant plusieurs mois, j'ai donné des soins à un malade qui portait sur la muqueuse préputiale une lésion tout-à-fait semblable, comme aspect et comme consistance, à un chancre infectant. Si on ne l'avait explorée qu'à un moment de sa durée, on aurait pu la soupçonner d'être syphilitique ; mais son évolution et quelques autres circonstances importantes de son histoire ne permettaient pas d'admettre une pareille hypothèse :

Voici ce fait :

Obs. X. — M. X..., âgé de soixante ans, présentait, le 11 décembre 1876, lorsqu'il vint me consulter, une érosion sur la muqueuse préputiale, à un centimètre et demi de la rainure. Cette érosion était régulièrement circulaire ; elle faisait une légère saillie au-dessus des parties voisines et occupait la face dorsale de la muqueuse sur la ligne médiane. Elle était d'un rouge vif, grenue à son centre, lisse à sa périphérie, recouverte d'un liquide clair, transparent, qu'elle sécrétait en abondance ; elle saignait facilement et reposait sur une base dure, parcheminée, semblable à celle du chancre induré. Cette base, n'était point entourée d'une zône inflammatoire ; ses contours étaient nets et se détachaient brusquement des parties voisines ; elle semblait implantée dans la peau. Tous ces caractères donnaient à l'érosion une ressemblance frappante avec l'accident primitif de la syphilis, et, en ne s'en tenant qu'à eux, il eût été impossible de l'en distinguer. Mais il y avait neuf mois qu'elle avait débuté, et, depuis quatre ou cinq mois, elle restait stationnaire, sans manifester aucune tendance à la cicatrisation. Le dernier coït remontait au mois de juillet de la même année, avec une personne saine, que le malade voit habituellement depuis plusieurs années.

A son origine, la lésion présentait l'aspect d'une très-petite écorchure ; il y avait autour d'elle quelques points blancs. M. X..., étant venu me consulter en juin 1876, au sujet de ces exulcérations ; elles m'avaient semblé insignifiantes ; et, les attribuant à une éruption herpétique, j'avais conseillé un trai-

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juin 1877.

tement alcalin et des pansements avec du glycérolé d'amidon.

Malgré tous les soins que M. X... mettait à se guérir, la cicatrisation ne se produisait pas et, peu à peu, la lésion devenait ce qu'on l'a vue plus haut. Ses progrès avaient été très-lents; elle ne s'était agrandie un peu vite que vers la fin d'octobre. Quand je l'examinai en décembre, elle avait un centimètre de diamètre; il n'existait autour d'elle, sur d'autres points de la muqueuse préputiale ou balanique, aucune lésion analogue. Toutes les parties génitales étaient saines et les ganglions inguinaux n'étaient ni tuméfiés, ni durs, ni douloureux. La santé général était excellente et on ne découvrait sur le corps aucune lésion concomitante qui fût de nature à éclaircir le diagnostic.

Le malade avait eu une quinzaine de blennorrhagies et des chancres à l'âge de vingt ans. L'un d'eux avait été compliqué d'un bubon suppuré à gauche. Les autres étaient peut-être infectants puisqu'ils avaient été suivis de boutons suspects et de taches sur la peau. On soumit le malade à un traitement mercuriel. Avait-il eu réellement la syphilis? Les renseignements sont bien obscurs, et les accidents remontent si loin dans le passé, qu'il est permis d'avoir quelques doutes sur leur nature. Toujours est-il, que la maladie, si tant est qu'elle ait existé, a été fort bénigne, puisque, depuis quarante ans, M. X... n'a absolument eu aucune manifestation syphilitique.

Pendant deux mois, je tentai vainement contre cette lésion toutes les médications locales, depuis les simples pansements émollients, jusqu'aux cautérisations énergiques avec le nitrate d'argent et même avec une solution concentrée de chlorure de zinc. J'étais convaincu qu'il n'existait rien de virulent dans ce pseudo-chancre, et qu'il n'avait point été communiqué par contagion. M. X... craignait toujours qu'il n'en fût pas ainsi. Pour le rassurer, la femme avec qui il avait des rapports habituels s'était fait examiner à plusieurs reprises; on ne lui avait trouvé aucune maladie locale ou générale. J'inoculai la sérosité sanguinolente de l'ulcère, et je n'obtins, ainsi que je m'y attendais, aucun résultat positif.

Enfin, comme le malade revenait toujours sur la syphilis, qu'il prétendait avoir eue à l'âge de vingt ans, et semblait croire quelquefois que son ulcère préputial en dérivait, j'essayai une médication interne, composée de mercure et d'iodure de potassium. Elle fut prise pendant plusieurs semaines, sans entraîner le moindre changement dans l'état des parties malades. Les ganglions inguinaux restaient toujours intacts.

Vers la fin du mois de février 1877, l'ulcère préputial, malgré les remèdes, les topiques et les cautérisations, n'avait pu faire un pas vers la guérison. Il ne s'était ni creusé ni agrandi; il était resté absolument stationnaire. C'était toujours un disque arrondi, cartilagineux, dur, élastique, enchassé dans l'épaisseur de la muqueuse, sans adhérence avec les tissus sous-cutanés, à bords lisses et réguliers, de niveau avec les parties voisines, finement grenu et fendillé, homogène, suppurant peu, saignant avec facilité, mesurant de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, dans tous les sens, dépassé un peu par la base cartilagineuse qui le soutenait, et n'ayant manifesté jusqu'à ce moment aucune tendance phagédénique. Cette ulcération pseudo-chancreuse était, et avait toujours été à peu près indolente; elle ne causait quelque douleur que quand on la pressait et qu'on la cautérisait; jamais elle n'avait été un foyer d'élancements, d'irradiations névralgiformes. Enfin, à cette époque, comme deux mois auparavant, comme au début et à tous les moments du processus, les ganglions inguinaux étaient restés intacts. La santé générale de M. X... continuait à être très-florissante; il ne présentait aucune trace de maladie générale ou locale, actuelle ou ancienne. Il était grand chasseur et il pensait que l'absence de soins de propreté et que le frottement de la verge contre ses chemises de laine avaient causé cette lésion et l'entretenaient. Je lui laissai cette illusion qu'il était inutile de lui enlever, mais je conseillai en même temps l'extirpation de cet ulcère préputial inguérissable. C'était évidemment le seul moyen d'en venir à bout.

L'opération eût été très-facile. Il aurait suffi de circonscrire le disque avec une incision circulaire, à un demi centimètre en dehors de lui. Comme il n'occupait que la muqueuse préputiale, et qu'il était éloigné du gland d'au moins un centimètre, sa dissection n'offrait aucune difficulté, ni aucun danger. La réparation se serait faite en ne laissant qu'une cicatrice peu grande, et qui n'aurait entraîné aucune déformation. J'aurais préféré l'ablation par le procédé que j'indique à la destruction par la pâte de Vienne ou la pâte de Canquoin. L'opération eût été tout aussi radicale, même plus; elle aurait en outre été moins longue et moins douloureuse.

M. X... partit pour son pays. Je ne sais pas s'il a suivi ou s'il suivra mon conseil. Je crains bien qu'il ne puisse pas se débarrasser autrement de cet ulcère préputial. En quoi consiste-t-il et quelle est sa nature? Évidemment, ce n'est ni une lésion chancreuse, ni une lésion syphilitique. D'abord, je pensai à une érosion herpétique entretenue par des irritations mécaniques ou de mauvais traitements locaux. Mais devant la longue durée du processus, l'absence de toute tendance à la guérison, l'inutilité des topiques émollients et des cautérisations légères, etc., je fus bien forcé de renoncer à cette hypothèse et d'admettre la seule qui restât, celle d'une *érosion épithéliomateuse*.

C'est à ce diagnostic que je me suis arrêté et c'est lui qui réunit en sa faveur le plus de probabilités.

Je pourrais même avancer qu'il est certain, et voici pourquoi : un jour que la surface de l'ulcération était exempte depuis quelques jours de toute altération irritante produite par des pansements et des cautérisations, je la raclai pour la soumettre à l'examen microscopique, et je constatai que les produits morbides, solides ou liquides, qu'on en détachait, étaient presque exclusivement constitués par de grandes cellules épithéliales caractéristiques de l'épithélioma.

Le fait qu'on vient de lire est donc un exemple d'érosion cancroïdale, présentant toutes les apparences d'un chancre infectant : forme régulière et symétrique, bords lisses, centre finement granuleux, base dure, cartilagineuse, nettement implantée dans la peau, sécrétion séreuse ou séro-sanguinolente, plutôt que purulente, indolence et absence de phénomènes inflammatoires périphériques, etc., etc. S'il y avait eu du gonflement et de l'induration des ganglions inguinaux, le diagnostic aurait pu devenir fort embarrassant. Il est vrai que la manière dont l'évolution avait eu lieu et sa longue durée, excluaient la possibilité d'un chancre infectant.

Ce n'est pas d'ordinaire sous cette forme que débute l'épithélioma de la verge. Dans le principe, il est constitué par une excroissance verruqueuse, irrégulière, à base large. Au bout d'un temps plus ou moins long, cette sorte de végétation se ramollit, s'ulcère, devient d'un rouge foncé, et sécrète une matière sanieuse. L'ulcération épithéliomateuse repose sur une base dure; mais elle a des bords irréguliers, déchiquetés, abruptes, végétants, un fond inégalement excavé sur lequel poussent quelquefois des excroissances en forme de choux-fleurs. Son pourtour est tuméfié, parfois tuberculiforme, d'une couleur pourprée diffuse et avec épaississement et induration

de la peau ou de la muqueuse. En général, l'aspect de l'épithélioma du pénis se distingue par sa nature végétante et comme framboisée, etc., etc. On voit que cette description ne se rapporte guère à l'érosion si régulière et si finement granulée de mon malade. C'est précisément par son aspect insolite qu'elle est originale et instructive. Elle l'est aussi par la lenteur de son processus. Il est étonnant, en effet, que depuis un an, elle ne se soit pas étalée; qu'elle n'ait pas subi le phénomène de la régression sur quelques points, pendant que, sur d'autres elle aurait envahi les tissus voisins par des poussées végétantes, etc., etc. Elle est restée isolée sur le prépuce et remarquablement circonscrite.

CONSIDÉRATIONS MÉDICALES

SUR LA MARCHE ET LES RÉSULTATS DE L'EXPLOSION DE GRISOU QUI A EU LIEU AU PUITS SAINTE-BARBE A GRAISSESSAC LE 14 FÉVRIER 1877 (1)

Par M. le docteur Bourguet.

I

Dans la désastreuse explosion de feu grisou qui a rendu Graissessac si tristement célèbre, le rôle des médecins s'est malheureusement borné à l'observation aussi complète que possible de la nature des lésions constatées sur le cadavre des victimes.

A défaut de meilleurs renseignements, il convenait, dans l'intérêt de la science, de tirer de ces lésions la plus grande somme d'instruction possible au point de vue de la marche probable de l'accident, de ses résultats et des applications qu'on pourrait en faire dans l'avenir.

Les considérations médicales renfermées dans la présente étude n'ont pas d'autre but. Elles contiennent l'exposé des faits aussi exact que possible, et si les conclusions que j'ai cru devoir en tirer ne sont pas absolument vraies, elles ont au moins le mérite d'être vraisemblables et possibles, et, à ce titre, ont droit à un examen critique que j'appelle de tous mes vœux, désirant être éclairé par tous ceux qui s'intéressent à ce sujet palpitant, et dont le savoir pourra peut-être par de sages conseils, sauver, dans l'avenir, l'existence d'un grand nombre de mineurs.

Une explosion de grisou, si elle est tant soit peu intense, a toujours pour résultat trois ordres de phénomènes :

1° Une flamme d'une température très-élevée ;

2° Une dilatation énorme et subite donnant lieu à un courant gazeux d'une force de projection très-considérable, suivi d'un courant de retour d'une bien moindre puissance;

3° La production de gaz délétères.

D'où résultent naturellement trois causes de morts, ou d'accidents plus ou moins graves :

Brûlure; contusion; asphyxie.

Dans le cas actuel, ces trois effets de l'explosion ont été constatés. L'analyse succincte de chacun d'eux, démontrera la manière d'agir de cet agent redoutable qu'avec raison on a décrit comme le fléau des mines de houille.

Sans m'occuper de la cause probable de l'inflammation qui, à l'heure actuelle, n'est pas connue, je m'appuierai sur l'avis unanime d'hommes compétents, que leur qualité d'ingénieurs des mines représentant l'État, ou la compagnie, doit faire accepter comme autorisés au plus haut degré.

Je dois à l'extrême obligeance de M. le directeur des mines tous les renseignements techniques qui m'ont été nécessaires dans la rédaction de ce travail; c'est grâce à lui que j'ai pu suivre pas à pas la marche de l'accident et donner une explication satisfaisante des observations faites évidemment avant de connaître aucun détail qui pût influencer ma manière de voir.

A l'époque de l'accident, la houille du premier étage était enlevée. Un deuxième étage, à 60 mètres environ au-dessous du premier, était en préparation et maintenu en communication par les travaux de l'étage supérieur, avec le ventilateur qui agissait par aspiration. L'air pur, descendant par le puits, parcourait les travaux dans toute leur étendue, remontait au premier étage par une série de plans inclinés communiquant entre eux par des traverses, et finalement aboutissait à la cheminée d'appel.

Le grisou a dû être allumé dans un cul-de-sac situé à 5 ou 6 mètres en contre-bas du sol des plus basses galeries horizontales. Parti de là, le gaz enflammé a dû suivre les diverses voies qui conduisaient au jour ou aux travaux d'avancement, en renversant toutes les barrières qui assuraient à la ventilation une marche voulue et déterminée. De là, une série de courants: un principal, les autres accessoires, ayant pour résultat, ainsi que nous le verrons bientôt, d'amener la mort par une des trois manières indiquées.

Pour la clarté de l'exposition, je suivrai d'abord le courant principal, dont la direction, établie très-exactement, a été déterminée par la plus courte distance à parcourir et par la plus grande section des galeries.

1. A 50 mètres à peu près de l'explosion. Brûlé sur presque toute l'étendue du corps; conjonctivite double assez intense, cils brûlés, langue pâle, diminuée de volume, faisant entre les arcades dentaires une saillie de 1 centimètre environ.

2. A la même distance. Brûlé partout; fracture de la cuisse gauche au tiers inférieur; mêmes caractères de la langue que le précédent.

Ces deux ouvriers étaient dans la galerie, le premier vers les travaux d'avancement, le second dans la direction du jour où s'est précipité le courant. Ce qui explique la coexistence du choc et de la brûlure.

3. A peu de distance des précédents. Fermait une porte ou l'ouvrait, suivant le besoin. Peu brûlé; retiré de sous un éboulement qui a déterminé une fracture consécutive du crâne, avec issue à peu près complète de la matière cérébrale.

4. Brûlures assez étendues de la face et des avant-bras. La poitrine a été préservée par un double vêtement. Était à 120 mètres environ.

5. 20 mètres plus loin. Brûlé à la face, à la poitrine et aux mains. Le genou gauche est broyé. La rotule est intacte, ainsi que le tendon rotulien, mais les surfaces articulaires, particulièrement du côté du tibia, sont comme écrasées. Cette fracture s'explique par la présence d'un rouleau de câble en fil de fer projeté sur l'ouvrier, qu'on a relevé *la pelle à la main* et renversé sur le dos, la tête dans le sens de la marche du courant.

6. A 200 mètres au moins. Brûlé assez fortement sur les parties découvertes, la poitrine, l'abdomen; les membres inférieurs ont été préservés par une double chemise et par les deux pantalons dont il était vêtu.

7. Brûlé fortement à la même distance.

8. Brûlé fortement à la même distance. A été remonté du puits douze heures après l'accident; les bras et les avant-bras fléchis et ramenés au devant de la face dans l'attitude de la préservation, fixés dans cette position par la rigidité cadavérique. Rien aux conjonctives.

(1) Les constatations qui ont servi de base à cette étude ont été faites en commun avec mon collègue aux mines, M. le docteur Fabre.

9. A 250 mètres. Brûlé fortement. Injection rosée des conjonctives.

10. 20 mètres plus loin. Brûlé. Préservé en grande partie par les vêtements.

11. A 300 mètres. Enfant occupé à fermer une porte qui a été emportée, et contre laquelle il a été projeté. Brûlé. Fracture du maxillaire supérieur gauche. Luxation coxo-fémorale droite.

12. 30 mètres plus loin. Brûlé. Injection des conjonctives.

13. Brûlé. Rien aux conjonctives.

14. Brûlé. Injection rosée des conjonctives.

15. Brûlé. Injection des conjonctives et de la muqueuse gingivale. Ces trois ouvriers étaient à 350 mètres environ.

16. A 400 mètres. Fracture de la mâchoire inférieure; tout le côté gauche de la face saignant, éraillé, dépourvu d'épiderme, indique que l'ouvrier a été projeté violemment et traîné sur le sol. Pas de traces de brûlure.

17. Fracture avec enfoncement de l'occipital à droite. Fracture de la cuisse gauche au niveau du col du fémur, avec issue du fragment inférieur. Le talon de la chaussure gauche, très-forte et à peu près neuve, est complétement disloqué. Pas de traces de brûlure.

Ces deux ouvriers, placés en un point où l'abondance d'air rendait probablement la combustion du mélange impossible, ont succombé uniquement au choc.

Un boiseur, occupé dans le voisinage de l'orifice du ventilateur, à près de 500 mètres du point de départ de l'explosion, a eu sa lampe éteinte et a été renversé sur le côté, assez violemment. C'était le dernier ouvrier situé sur le trajet du courant principal, il n'a eu que quelques contusions sans gravité, et a pu se relever seul et sortir à tâtons de la galerie. Il a dit avoir respiré assez facilement, malgré la présence des tourbillons de poussière entraînés, et dont on a pu constater l'issue hors de la cheminée du ventilateur.

Entre les numéros 3 et 4, un courant secondaire s'est formé, qui, en raison du petit circuit (50 mètres environ) qu'il a eu à décrire, peut-être considéré comme se confondant avec le premier. Il a atteint trois ouvriers, occupés à l'avancement, sur lesquels ont été constatées les lésions suivantes :

18. Brûlé assez fortement sur les parties découvertes. Les cheveux le sont beaucoup. La poitrine a été préservée par un tricot, et les parties inférieures par un pantalon de velours doublé d'un caleçon.

19. Brûlé fortement. Cheveux roussis jusqu'à la racine. Les bras, la poitrine, les jambes sont atteints. La chemise en percale usée est, sur certains points, carbonisée.

20. Brûlé fortement, à peu près comme le précédent, la chemise, aussi en percale, a brûlé; le bas du pantalon de laine effiloché a été roussi, là où les brins du tissu étaient éparpillés; mais au-dessous du pantalon, les poils des jambes sont absolument intacts.

Ces trois ouvriers ont été relevés, couchés, la tête dans le sens du courant. Leur chantier pouvait renfermer du grisou, ou bien encore le vide produit par l'explosion, favoriser l'issue de ce gaz, qui se dégage surtout des surfaces mises à nu récemment. Dans cette hypothèse, on s'expliquerait l'intensité de leurs brûlures. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les brûlures du grisou ne vont que jusqu'au second degré, le derme n'étant jamais détruit, de telle sorte que quand je parle de l'intensité de la brûlure, je veux dire qu'elle s'est produite sur une large surface.

Entre les numéros 2 et 3, un autre courant s'est formé, suivant la galerie qui aboutit au puits d'extraction, dont le voisinage a sauvé la vie à quelques ouvriers. Les deux plus éloignés ont été atteints par le feu, un seul a succombé.

21. Brûlé légèrement. A été trouvé sur le dos dans une position qui n'indique aucune lutte; a succombé évidemdemment à l'asphyxie.

22. Brûlé aux mollets, surtout à gauche, à la partie externe du genou droit, à la partie postérieure de l'avant-bras gauche, à la région lombaire droite, sur une surface de la grandeur de la paume de la main, un peu à l'oreille droite, et légèrement à la face; les cheveux du front légèrement roussis. C'est le seul qu'on ait pu retirer vivant. Il était placé entre deux portes séparées par un intervalle de 2 à 3 mètres, un peu en arrière du courant d'air direct. Il a dû fort probablement son salut à cette disposition et à la protection momentanée de la porte derrière laquelle il se trouvait. A l'heure où j'écris ces lignes, quoique une partie de ses plaies suppure encore, on peut le considérer comme hors de danger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 juin 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la septicémie expérimentale. — M. Laborde, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Bert, sur le virus charbonneux, tient à relever une erreur de fait et une erreur d'interprétation qui ont été émises dans cette communication. L'erreur de fait est la suivante : M. Bert a dit qu'on ne savait rien sur la septicémie; or la septicémie expérimentale est, au contraire, un fait parfaitement connu et dont l'existence a été amplement démontrée. Chez le chien, par exemple, on peut produire une affection toujours identique à elle-même, inoculable, incessamment renouvelable et, par conséquent, transmissible, qui n'est autre que la septicémie primitive, parfaitement reconnaissable à ses symptômes caractéristiques. M. Laborde a pratiqué chez un chien des transfusions et des inoculations de pus urineux ; à la suite d'une de ces transfusions, l'animal en expérience ne présentait aucun caractère particulier, si ce n'est une sorte de lassitude; une heure, deux heures ou trois heures après, l'animal devenait morose, puis s'agitait et était pris de vomissements qui étaient suivis d'une complète inappétence, la température rectale s'élevait et l'animal mourait généralement du quatrième au huitième jour. La mort a toujours été la suite de ces transfusions, sauf dans un cas. Si l'animal avait une plaie préalablement à la transfusion, il présentait alors des phénomènes de véritable infection purulente, et l'on trouvait à l'autopsie des bactéridies dans le pus et dans le sang, des infarctus suppurés dans les reins et les poumons, etc. Dans les cas de septicémie, au contraire, on ne trouve plus de bactéridies. M. Bert dit, à ce sujet, que rien n'est plus difficile que de pouvoir affirmer qu'il n'y a pas de bactéridies dans un sang soumis à l'examen ; M. Laborde répond à cela, qu'il y a un moyen bien simple de s'en assurer, c'est d'injecter de ce sang sous la peau d'un autre animal; s'il y a des bactéridies, elles se multiplieront à l'infini chez ce second animal ou chez un troisième, si le second n'a encore fourni qu'un résultat négatif. Contrairement à l'opinion émise par M. Bert, la septicémie expérimentale est donc une maladie très-nette, donnant lieu à des symptômes caractéristiques et dans laquelle on ne trouve pas trace de bactéridies dans le sang des animaux qui en sont atteints.

Des réflexes vasculo-cardiaques d'origine sensorielle. — M. Charpentier fait, en son nom et au nom de M. Couty, une deuxième communication sur le mécanisme des réflexes vasculo-cardiaques d'origine sensorielle.

Ces réflexes sont essentiellement variables de forme et d'intensité avec certaines conditions individuelles, ou expérimentales et chez

le même animal avec la durée, l'intensité d'action, la répétition; mais non avec la nature de l'excitant extérieur.

Les variations de la tension sont indépendantes des troubles cardiaques ; ces troubles cardiaques sont transmis uniquement par les pneumogastriques.

L'intégrité du cerveau est indispensable à la production des réflexes vasculo-cardiaques sensoriels ; et en résumé, ce n'est pas la sensation elle-même, mais un travail cérébral ultérieur inconstant, de nature émotionnelle qui détermine par l'intermédiaire du méso-céphale les réflexes vasculo-cardiaques d'origine sensorielle.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 JUIN 1877

Un cas d'empoisonnement. — M. GALIPPE, au nom de M. le docteur Magne (de Villefranche), donne le résumé d'une observation d'empoisonnement qui a eu lieu à Villefranche (Aveyron) :

Quatre personnes ayant mangé de la morue cuite avec de l'huile de noix, dans une casserole de cuivre régulièrement étamée, ont été prises, après quelques heures, de violents vomissements, de diarrhée, de coliques et d'accidents généraux graves; deux d'entre elles ont succombé, les deux autres sont actuellement rétablies. L'empoisonnement ne saurait être imputé à la morue, d'autres personnes en avaient mangé sans inconvénients; l'huile de noix et le vin ont été également reconnus innocents. Reste le vase de cuivre étamé. M. Magne a nourri pendant plusieurs jours un chien, avec des aliments cuits et refroidis dans ce vase, sans que cet animal n'ait rien éprouvé de fâcheux. De plus, les malades n'accusaient aucun goût métallique, ils ne crachaient pas; la morue n'avait aucun mauvais goût, aucune coloration particulière.

A l'autopsie, M. Magne a trouvé dans le tube digestif les marques d'une violente inflammation, de taches ecchymotiques et même, chez une des victimes, une véritable plaque gangréneuse, située dans le voisinage du cardia. Tous les organes ont été recueillis et envoyés à Montpellier pour y être soumis à l'analyse chimique.

Les causes de cet empoisonnement, ajoute M. Galippe, sont donc encore absolument inconnues; M. Magne, avec une sage et scientifique réserve, s'est gardé d'aventureuses conclusions.

Dès qu'il a eu connaissance de ce fait, M. Galippe n'a pas hésité à manger de la morue préparée dans un vase *non étamé* et assaisonnée à l'huile de noix.

Cette expérience répétée à plusieurs reprises ne lui a donné aucun résultat particulier. On peut impunément manger de la morue préparée dans un vase de cuivre. Ce n'est donc pas au cuivre qu'il faut attribuer cet accident si grave. Est-ce à l'étamage? c'est aux experts de Montpellier à se prononcer.

Suc gastrique humain. — M. CHARLES RICHET a étudié le suc gastrique humain (voir la séance du 19 juin 1877) par une méthode nouvelle. Cette méthode consiste à agiter le suc gastrique avec l'éther. L'éther et le suc gastrique se partagent les acides libres dans une certaine proportion, et, selon ce rapport, on peut déterminer la nature de l'acide.

Nous ne pouvons insister sur les différents détails techniques qu'il a donnés. Nous nous contenterons de citer ses conclusions.

1° L'étude du suc gastrique par l'agitation avec l'éther, et le titrage des deux acidités donne le rapport entre les acides organiques qui se dissolvent dans l'éther en quantité notable, et les acides minéraux qui ne s'y dissolvent pas.

2° Le suc gastrique pur ne contient presque que des acides minéraux. Abandonné à lui-même, il fermente, et la proportion des acides organiques augmente. L'étude de la nature même de ces acides est réservée et exige encore de nouvelles recherches. En tout cas, il semble y avoir formation d'acide lactique et aussi de petites quantités d'acides acétique et butyrique.

3° Les aliments mélangés au suc gastrique peuvent, même en dehors de toute action vitale, et de la sécrétion stomacale, par une digestion artificielle, augmenter d'acidité de 20, 50 et même 70 pour 100.

4° Le suc gastrique mélangé aux matières alimentaires contient toujours une plus grande proportion d'acides organiques que le suc gastrique pur et frais; mais l'acide minéral reste toujours prédominant tant qu'il n'y a pas putréfaction.

5° Tout se passe donc comme s'il y avait ferment de l'acidité. Ce ferment semble être en grande partie retenu avec les matières solides non filtrables, en partie moindre passer dans les liquides solubles. — (Travail fait au Collége de France dans le laboratoire de M. Berthelot.)

Autopsie d'un ouistiti. — M. BOCHEFONTAINE a pratiqué l'autopsie d'un ouistiti mort, au Jardin d'acclimatation, d'une méningite purulente consécutive à un enfoncement du pariétal. Il n'a pas trouvé de granulations dans les poumons; il y avait une hémorrhagie dans le poumon droit; il n'y avait rien dans le cœur; dans le foie existait un kyste d'entozoaire; dans la muqueuse stomacale, dans la capsule surrénale existaient également des granulations vermiculeuses; mais il n'y avait rien dans les autres organes et nulle part M. Bochefontaine n'a trouvé des granulations tuberculeuses.

Du développement de l'oreille moyenne dans la série des vertébrés.— M. GELLÉ fait une communication sur ce sujet. (Voir le numéro du 30 juin.)

NÉCROLOGIE

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un des praticiens les plus distingués et les plus méritants de la province, le docteur Titon, de Châlons-sur-Marne. Ses obsèques ont eu lieu le 24 juin dernier et un convoi nombreux d'amis et de confrères se pressait derrière son cercueil. Après la cérémonie religieuse, la dépouille a été placée sur un char pour être conduite à Soudron, pays natal de notre regretté confrère, où devait avoir lieu l'inhumation. A l'heure de la séparation suprême, plusieurs discours ont été prononcés, par M. de la Barre-Duparcq, au nom de la Société d'agriculture de Châlons, par M. le docteur Bienfait, président de l'association des médecins de la Marne et par M. le docteur Wast, ancien interne des hôpitaux et chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François, au nom des anciens camarades d'internat et des amis du docteur Titon.

On lira avec intérêt les détails biographiques suivants, que nous extrayons du discours de M. le docteur Wast.

Il ne m'appartient pas de rappeler à des amis d'enfance, à des condisciples de M. Titon, sa jeunesse laborieuse et recueillie, ses brillantes et rapides études scolaires, l'effort prodigieux, qui, d'un modeste enfant d'un village de Champagne, fit, en peu d'années, un des premiers élèves de l'école de médecine de Paris. Ces souvenirs vous sont trop présents pour que j'y insiste, et j'arrive du premier abord à la réception de notre collègue, au concours de l'internat en 1851.

Dès cette époque, messieurs, son travail incessant, son intelligence vive et pénétrante, son jugement ferme et sûr avaient attiré sur lui l'attention de ses maîtres et marqué sa place au milieu d'émules parmi lesquels on comptait les Lorain, les Parrot, les Axenfeld, les Vulpian, les Laboulbène, et tant d'autres, devenus depuis, l'honneur des hôpitaux et de la Faculté.

Entré d'abord comme interne en chirurgie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de l'excellent Marjolin, il passait de là, à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de médecine de Piédagnel, plus tard enfin, à Saint-Louis où il se perfectionna dans l'étude des maladies de la peau et de la grande chirurgie, recueillant sur son passage de nombreuses observations, mettant à profit, avec une incomparable ardeur, les trésors scientifiques qui lui étaient ouverts.

Ce fut à l'époque où il était interne à l'Hôtel-Dieu que j'eus l'honneur de me trouver en rapport avec lui et d'apprécier ses hautes

qualités. Dès ce moment, sous les dehors modestes de l'interne, prodiguant ses soins aux malades couchés dans les salles du vieil Hôtel-Dieu, on devinait un maître : déjà le praticien sagace et réfléchi se faisait pressentir, et nul n'eût hésité à donner toute confiance à ce jeune talent, qui déjà paraissait atteindre à une précoce maturité.

Pendant cette laborieuse période, M. Titon, non content d'accomplir avec un zèle scrupuleux ses fonctions d'interne, prenait une part active aux divers concours des hôpitaux et de la Faculté, et ses efforts étaient récompensés par des succès éclatants. C'est ainsi qu'en 1852, il obtenait le deuxième prix, la médaille d'argent, au concours de l'École pratique, alors dans tout son prestige, et qu'en 1853, il était lauréat du concours des hôpitaux. Enfin, en 1854, il couronnait dignement ses solides études par une thèse remarquable dont il avait recueilli laborieusement les matériaux pendant son internat, et qui a pour titre : *Recherches cliniques et expérimentales sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées.* Par ce travail considérable, fruit de longues et patientes observations, ayant pour garantie scientifique une connaissance approfondie des sciences physiques, notre collègue entrait largement dans une voie si utilement fécondée depuis, celle de l'étude physiologique des médicaments.....

A la fin de 1854, il revenait à Soudron, près de l'honorable famille à laquelle il ne tardait pas à s'allier; un an plus tard, il était parmi vous, et alors commençait pour lui cette période non interrompue de succès professionnels, qui compte bien peu d'exemples, mais aussi d'incessants labeurs, une activité fiévreuse et sans trêve.....

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Debove, chef de clinique, est délégué dans les fonctions de chef des laboratoires des cliniques (Hôtel-Dieu) à ladite Faculté, en remplacement de M. Longuet, démissionnaire.

M. Sevestre, docteur en médecine, ancien chef de clinique, est nommé chef de clinique jusqu'au 1er novembre 1877, en remplacement de M. Debove.

M. Leblanc, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours de thérapeutique.

M. Verrier, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés assesseurs du doyen de la Faculté de médecine de Lyon pour l'année scolaire 1877-1878 : MM. les professeurs Chauveau et Ollier.

M. Colrat, docteur en médecine, chargé des fonctions d'agrégé (section de médecine, maladies mentales), est attaché, en la même qualité, à la première section de médecine (anatomie pathologique).

M. Icard, docteur en médecine, est nommé bibliothécaire.

M. Socquet, docteur en médecine, est nommé conservateur des collections de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Planas (Richard), né le 7 février 1852 à Cienfuegos (île de Cuba), est nommé préparateur du cours de médecine légale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Tinel, professeur adjoint à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur d'anatomie à ladite école (emploi nouveau).

— *Ecole de pharmacie de Paris.* — Il est créé près l'Ecole, un cours complémentaire d'hydrologie et minéralogie. M. Bouchardat, docteur ès sciences, agrégé de pharmacie, agrégé de médecine, est chargé dudit cours d'hydrologie et minéralogie.

M. Beauregard, préparateur des travaux pratiques de botanique, est nommé, en outre, préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Galippe, démissionnaire.

M. Hariot est nommé préparateur des travaux pratiques de botanique, en remplacement de M. Galippe démissionnaire.

— *Ecole de pharmacie de Nancy.* — M. Haller, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, chef des travaux pratiques est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé à ladite école.

— Sont nommés :

1° Officier de l'Instruction publique : M. Baizeau, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, officier de la Légion d'honneur.

1° Officier d'académie : MM. les docteurs Daumas (de Bordeaux), et Moussaud (de Mauzé).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quand le père de la médecine, dans un aphorisme célèbre, disait *experientia fallax, judicium difficile*, il devait sans doute songer à la thérapeutique.

En effet, quelle est la médication, bientôt délaissée à jamais, qui n'ait pas eu d'abord ses prôneurs convaincus?

Et ceux qui s'y sont laissé prendre n'étaient pas toujours les premiers venus : parfois c'étaient des cliniciens habiles, des observateurs de mérite, qui ne devaient pas tarder à revenir eux-mêmes de l'erreur propagée par eux.

Aussi vaut-il mieux ne pas se presser pour recommander aux praticiens un nouveau remède, alors surtout qu'il est essayé de toutes parts, avec des résultats peu concordants.

En ce qui touche l'acide salicylique et son action contre le rhumatisme articulaire, les opinions sont, jusqu'à présent, très-partagées, les affirmations, les observations, on ne saurait plus contradictoires.

Si on peut l'entendre vanter contre des arthrites ou arthralgies de natures les plus diverses, certains expérimentateurs tels que M. Gubler, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, m'ont déclaré avoir très-souvent employé, soit l'acide salicylique, soit les salicylates, sans en voir résulter aucun effet notable. D'autres enfin, les plus nombreux, font à ce point de vue, comme lorsqu'il s'agit du sulfate de quinine, une distinction fondamentale entre le rhumatisme fébrile et le rhumatisme apyrétique, ne se louant du nouvel agent que lorsqu'il s'agit d'une maladie en pleine période d'acuité, avec élévation du pouls, de la température, etc., et, après maints essais, n'en attendant plus rien dans le cas opposé. Telle est l'impression que j'ai recueillie auprès de médecins qui font habituellement usage du salicylate de soude, comme MM. Guéneau de Mussy et Fauvel, d'autres qui préfèrent l'acide salicylique pur, comme M. Hérard, d'autres qui se servent du salicylate d'ammoniaque, comme M. Féréol.

M. Guéneau de Mussy surtout, dont l'autorité est très-grande dans cette question, car c'est un des premiers en France qui l'ait mise à l'étude expérimentalement, est, sur ce point, très-explicite. Il ne compte plus maintenant sur l'action des salicylates que lorsqu'il existe de la fièvre. C'est ainsi que, chez une malade, dont nous avons parlé déjà, rendue impotente, depuis plusieurs mois, par un rhumatisme noueux indolore et apyrétique, cet éminent clinicien n'eut recours au salicylate de soude qu'à l'occasion d'une véritable crise de fièvre rhumatismale, avec courbature, douleurs dans les membres, etc., provoquée par l'emploi de bains arsénicaux. Mais contre le rhumatisme noueux lui-même, contre cette maladie chronique et torpide, qui, sans réaction d'aucun genre, avait amené, depuis si longtemps, l'impotence absolue des membres supérieurs, il avait obtenu d'abord un succès vraiment merveilleux par le moyen que j'ai vu si souvent être utile dans son service : dès le premier bain arsénical, la malade avait remué les doigts ; elle avait recouvré l'usage de ses membres avant le quatrième et dernier, qui fut suivi de l'état fébrile mentionné plus haut.

J'ai publié cette observation dernièrement, comme un bel exemple de ce que peuvent produire les bains arsénicaux dans le rhumatisme noueux.

Maintenant l'acide salicylique peut-il, au moins indirectement, causer la mort dans le rhumatisme aigu? M. Empis le craint : il a raconté hier, à l'Académie, l'histoire, toute récente, d'un de ses clients mort subitement, après que ses articulations eurent été rapidement guéries par l'acide salicylique, employé suivant la formule de M. Hérard, 7 grammes le premier jour, 5 le second, 3 le troisième. On n'avait pas même administré les 3 derniers grammes. C'est moi qui avais fait connaître cette formule à M. Empis, en lui vantant les résultats obtenus par M. Hérard. Je dois donc prendre un peu ma part de ses inquiétudes et de ses scrupules.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

Le psoriasis (1).

(Leçon recueillie par M. MAGNE, interne de service.)

III

Pronostic. — Que devons-nous penser du psoriasis, relativement à sa gravité? Vous entendez dire à certains dermatologistes, qu'il ne constitue pas une affection grave, parce que ses lésions anatomiques ne sont pas de nature maligne. Cette assertion me paraît erronée au premier chef. Je n'admettrai jamais la bénignité d'une affection qui s'attache à vous, comme un parasite, dont on ne peut plus se séparer ; qui vous enlève le mouvement ou du moins le rend très-douloureux lors-

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juin.

qu'elle siége au pourtour des articulations; qui vous défigure en inspirant le dégoût à vos semblables quand elle envahit la face; qui vous force à la séquestration, et vous enlève à la vie sociale; qui met vos jours en danger par ses complications, et ses répercussions si graves et toujours à craindre sur les organes intérieurs; qui enfin, peut, en se transformant en herpétide maligne exfoliatrice, vous faire tomber dans le marasme et vous conduire au tombeau. Le psoriasis est, au contraire, une affection des plus sérieuses et des plus graves. Sans doute, il n'a pas, de prime abord, la gravité du rupia qui détruit les tissus, en y creusant des ulcères de mauvaise nature sanieux, purulents et infects; mais, si vous réfléchissez à sa ténacité, à sa résistance désespérante au traitement, à son développement toujours progressif, à ses réapparitions trop fréquentes, à tous les dangers qu'il entraîne, vous adopterez ma manière de voir et mes conclusions au point de vue de sa gravité. Il est bien entendu d'ailleurs, que ces considérations ne s'appliquent pas au psoriasis de cause locale.

Le psoriasis est-il susceptible de guérir? A cela, je réponds « oui » tout en faisant des restrictions. Il n'y a rien, en effet, d'absolu en médecine; et, si la guérison radicale est des plus rares, il n'en est pas de même de la guérison temporaire. J'ajouterai encore que le médecin, quelque pénétré qu'il soit de l'inutilité de ses efforts, ne doit jamais abandonner la lutte. Il doit toujours remplir son rôle de consolateur, faire miroiter aux yeux du malade des espérances de guérison auxquelles, lui, peut ne pas croire; mais auxquelles il doit faire croire. Qu'il n'aille pas porter par une parole inconsidérée le découragement chez des malades trop souvent enclins au suicide. Plus d'une fois, en effet, des malheureux, atteints de psoriasis, en sont arrivés à se donner la mort, pour en finir avec une existence rendue impossible.

Traitement. — Pour remplir les indications du traitement possédons-nous au moins des agents d'une efficacité absolue? Non! et le grand nombre des médications vantées contre le psoriasis est une preuve de leur insuffisance. Et en effet, si l'on réunissait tous les liniments, toutes les drogues plus ou moins infectes, tous les onguents, toutes les pommades préconisés pour la guérison du psoriasis, on remplirait de nouvelles écuries d'Augias, et il faudrait un nouvel Hercule pour les nettoyer! Il n'est pas une substance tirée du règne minéral, végétal et animal qui n'ait été employée.

Rayer, qui a publié un traité estimé des maladies de la peau, en était arrivé à saigner et à purger à outrance ses malades atteints de psoriasis : traitement irrationnel, inspiré par un dernier vestige des idées de Broussais. La dartre morte était à combattre par un traitement antiphlogistique; c'était irrationnel et déraisonnable.

Partant d'un autre point de vue, M. Hardy, ce maître à l'esprit si ingénieux, qui a créé le traitement de la gale, auquel son nom restera attaché, a eu l'idée de substituer artificiellement au psoriasis, affection chronique et par cela même rebelle à toute autre médication, une autre affection aiguë, et par cela même sans durée. Vous savez que certains exanthèmes ne sont que le reflet d'un état intestinal de même nature et concomitant. Vous n'ignorez pas non plus que l'emploi à hautes doses du copahu, cette substance indigeste par excellence, produit sur la peau une lésion spéciale : *L'érythème copahique*, M. Hardy, en employant à l'intérieur, ce médicament, espérait ainsi substituer une affection aiguë, en quelque sorte éphémère, à l'affection chronique et si tenace qu'il voulait guérir. C'est une application très-logique de la théorie substitutive, qui donne souvent de si beaux résultats; ainsi, par exemple, la conjonctivite granuleuse; alors que par l'action du nitrate d'argent, nous faisons naître une conjonctivite aiguë dont la guérison est toujours rapide. Nous avons essayé nous-même ce traitement, mais sans plus de succès que l'auteur.

Nous n'avons réussi qu'à donner à nos malades des érythèmes copahiques, et, le psoriasis, un instant masqué par l'éruption nouvelle, reparaissait bientôt dans tout son éclat.

M. Lutz, pharmacien en chef de cet établissement et savant distingué dont vous connaissez le mérite, a eu l'idée d'employer comme traitement *intùs et extrà* le sulfure double de sodium d'antimoine. Nous avons mis en usage cette médication, et nous n'avons réussi qu'à donner aux malades des diarrhées rebelles et à les colorer en rouge-jaunâtre, à en faire de véritables *peaux-rouges*, et cela, sans modifier notablement le psoriasis.

Pendant un certain temps aussi, nous avons employé les frictions de pétrole; nous avons déterminé ainsi des lésions plus graves, des pustules d'ecthyma, par exemple, accompagnées d'accidents fébriles, et les malades eux-mêmes, nous suppliaient de cesser un traitement qui aggravait leur maladie au lieu de les guérir.

L'essence de térébenthine nous a donné les mêmes inconvénients, sans produire de meilleurs résultats.

Un de nos excellents confrères nous a prié d'expérimenter une liqueur de sa composition avec laquelle nous frictionnons les malades; les résultats obtenus par cette méthode encore à l'étude, sont les suivants : amélioration dans quelques cas; dans d'autres, état stationnaire, et d'autres fois enfin, aggravation des lésions par le développement de pustules d'ecthyma. Mais je dois vous prévenir que les faits ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de nous prononcer d'une façon définitive.

Arrêtons-nous dans cette énumération fastidieuse et voyons à instituer un traitement rationnel.

Les deux cas que nous avons cités de psoriasis syphilitique, vous indiquent suffisamment la marche à suivre pour combattre efficacement cette forme de psoriasis, qui cède facilement à l'administration du mercure.

Dans le psoriasis herpétique agirons-nous de même; c'est-à-dire, croyez-vous qu'il suffira d'un traitement interne s'adressant à la diathèse pour triompher de la lésion? Non, et cela pour deux raisons : d'abord nous ne possédons pas ici un spécifique aussi puissant que l'est le mercure pour la syphilis; ensuite les lésions que nous avons à combattre sont trop graves par elles-mêmes pour ne pas exiger un traitement local et qui leur soit spécialement adressé. Aussi, est-il nécessaire de remplir les deux indications suivantes: *Modifier l'état général par un traitement interne et combattre extérieurement la lésion.*

Pour remplir cette dernière indication, nous en sommes encore à l'huile de cade, sorte de goudron liquide produit par la distillation de la résine du génévrier (*juniperus sabina.*) Cette huile est d'un prix assez élevé, il est difficile de l'avoir pure, aussi devez-vous être en garde contre les falsifications nombreuses auxquelles elle donne lieu. Elle constitue le meilleur topique que nous connaissions, et voici comment nous l'employons. Deux fois par jour, nous faisons faire des frictions énergiques, généralisées sur toute la peau, pour détacher les squames et agir ensuite plus efficacement sur le derme malade, dont nous voulons modifier la vitalité et que nous voulons ramener à son état physiologique. Ce résultat est obtenu dans la plupart des cas; cependant, nous devons à la vérité de

dire que, certaines peaux fines et délicates, supportent mal l'huile de cade qui est irritante, et qui détermine une éruption spéciale, *éruption cadique*. C'est un véritable sycosis caractérisé par de petits tubercules rouges très-douloureux, entourés d'une surface érythémateuse, et, constitués par l'inflammation des bulbes pilifères.

C'est là une inévitable complication : quand elle se produit, il faut cesser immédiatement les frictions, employer des émollients (bains et cataplasmes de fécule), et quand l'éruption cadique aura disparu, ne revenir à l'huile de cade que mitigée par l'addition d'huiles d'amandes douces ou de glycérolé d'amidon.

Un autre inconvénient sérieux de l'huile de cade est son odeur pénétrante et très-tenace qui en rend l'emploi presque impossible dans certaines classes de la société. Localement, nous agissons encore par les bains alcalins, contenant en dissolution de 500 à 1000 grammes de sous-carbonate de soude ; nous les faisons prendre tous les jours ou tous les deux jours ; ils ont pour but d'enlever les couches d'huile de cade précédemment appliquées sur la peau, de favoriser par conséquent l'absorption de nouvelles couches, tout en contribuant par eux-mêmes à modifier le derme dans sa vitalité.

Quelquefois aussi, vous me verrez recourir aux douches et aux bains de vapeur ; c'est qu'alors le psoriasis ayant transformé la peau en une carapace cornée et impénétrable, nous voulons imprégner les squames, les détremper, les désagréger, et, en même temps, rappeler la sécrétion humide du derme à peu près complétement tarie.

Lorsque ce traitement aura été continué pendant un temps toujours très-long, un, deux, trois, quatre mois, vous verrez les lésions du psoriasis disparaître dans l'ordre que nous avons indiqué d'abord. Les squames, petit à petit, diminueront de nombre et d'épaisseur ; elles finiront par disparaître et ne plus se reproduire ; puis, les élevures du derme s'affaisseront et se mettront de niveau avec la peau restée saine ; enfin, la coloration rouge, brunâtre, s'effacera à son tour et en dernier lieu, le médecin et les malades ne doivent pas se décourager, ils doivent être armés de persévérance et continuer les bains et les frictions jusqu'à ce que la peau ait repris partout une surface égale et une coloration absolument uniforme et normale.

Mais le traitement local ou externe ne suffit pas ; il faut aussi un traitement interne ou antidiathésique, or, je vous ai déjà prévenu que, pour combattre l'herpétisme, nous ne possédons pas un médicament aussi puissant et aussi sûr que celui dont nous disposons pour lutter contre la syphilis ; cependant, nous sommes loin d'être absolument désarmés. Nous avons dans l'arsenic un précieux modificateur qui, si vous savez bien l'administrer, vous rendra les plus grands services. Mais l'arsenic, par le fait même qu'il active la circulation, qu'il excite les fonctions physiologiques de la peau, doit être manié avec les plus grandes précautions, la plus grande prudence. Si un malade herpétique se présente à vous avec un eczéma aigu, ayez grand soin d'attendre, pour commencer le traitement général, que tout travail inflammatoire ait disparu ; sans cela, vous ne ferez que donner un coup de fouet à l'affection que vous voulez guérir.

Dans le psoriasis, dartre morte, vous ai-je dit, vous n'avez rien de semblable à redouter ; vous n'avez pas à craindre que l'arsenic augmente la partie inflammatoire ou en produise une nouvelle. La connaissance que vous avez de sa marche chronique, de son évolution torpide, vous fait bien voir qu'il n'en sera jamais ainsi. Mais avant d'administrer l'arsenic, il ne faut jamais manquer d'interroger l'état général des malades, d'examiner en particulier l'état des voies digestives. S'il y a de la dyspepsie, de l'embarras gastrique, commencez toujours, comme nous le faisons, par donner un éméto-cathartique et ne prescrire l'arsenic qu'après avoir réveillé l'appétit et rétabli les fonctions digestives, par des boissons amères, toniques, stimulantes. Autrement l'arsenic ne serait pas supporté, il ne serait ni digéré, ni assimilé ; il ne ferait qu'augmenter les désordres gastriques existant déjà.

Une autre recommandation générale que j'ai à vous faire, est celle-ci : ne donnez jamais les médicaments altérants ou antidiathésiques, à des doses trop élevées, car ils produiraient des troubles fonctionnels, ils détruiraient l'état physiologique, ils ne seraient point assimilés et vous sesiez bien vite obligés d'en supprimer l'emploi pour réparer les désastres qu'ils auraient produits. Il y aurait là, et de votre fait, pour le malade, un double inconvénient : d'abord, un état pathologique nouveau, et ensuite un retard souvent très-considérable pour sa guérison. Donnez donc toujours ces médicaments à des doses assez faibles pour qu'ils ne produisent aucun désordre, et pour que leur usage puisse être continué sans interruption pendant toute la durée du traitement.

L'arsenic s'emploie de plusieurs manières : c'est surtout aux arséniates que l'on a recours : les liqueurs de Pearson et de Fowler sont classiques et les plus fréquemment usitées : cependant nous en rejetons l'emploi dans notre pratique à cause du danger que présente leur administration confiée presque toujours à des mains inexpérimentées. Nous avons adopté de préférence les deux formules suivantes dont nous nous servons indifféremment. Nous prescrivons l'arsenic, soit à l'état solide, soit à l'état de solution.

Dans la première, nous donnons le médicament sous forme pilulaire, et voici la formule de ces pilules :

Arséniate de soude . . .	1 milligramme.
Extrait de gentiane . . .	10 centigrammes.

pour une pilule.

Nous faisons prendre deux pilules à chacun des trois repas, et nous arrivons quelquefois à 8, à 10 et à 12 milligrammes par jour, progressivement, mais sans jamais dépasser cette dose.

A l'état liquide je prescris la solution suivante :

Arséniate de soude. . .	10 centigrammes.
Eau	1000 grammes.

qui contient par cuillérée 2 milligrammes d'arseniate de soude et que nous faisons prendre à nos malades également à chacun des trois repas.

Si nous avons choisi ce moment pour faire prendre aux malades, l'arsenic, c'est que tous les médicaments qui, comme lui, sont altérants, ne sont généralement bien tolérés qu'enveloppés, pour ainsi dire, par les aliments, et n'exigent pas alors un travail digestif supplémentaire qui, dans certains cas, est très-pénible.

J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que ce n'est pas seulement *la maladie*, mais encore *le malade* qu'il faut soigner. Ainsi, pour peu que vos malades atteints de psoriasis, soient anémiés et débilités, en même temps que l'arsenic, donnez-leur du fer, du quinquina, des reconstituants, une alimentation tonique. La médication altérante et la médication analeptique réunies produisent les meilleurs effets.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

ANÉVRYSME AXILLAIRE (suite). — ANÉVRYSMES DU BRAS, DE L'AVANT-BRAS ET DE LA MAIN.

I

Monsieur le Président, Messieurs,

Dans ma dernière leçon, j'ai cherché à vous montrer tout d'abord, par des préparations d'anévrysmes axillaires, qu'ils varient tellement en volume, qu'ils diffèrent tellement par leurs rapports et par l'état de l'artère sur laquelle ils sont situés, que les méthodes de traitement qui leur sont appliquables varient beaucoup. Je vous ai montré ensuite, par les statistiques connues et l'expérience récente, combien sont nombreux les dangers qui accompagnent la ligature de la sous-clavière; puis je vous ai cité cinq cas, les seuls que je connaisse jusqu'à présent et que je crois parfaitement authentiques, de succès de la compression dans l'anévrysme axillaire. Je crois qu'on pourrait en ajouter un sixième, le cas d'anévrysme sous-clavio-axillaire, que je vous citais l'année dernière comme étant en traitement. En réalité, le malade est aujourd'hui en bon état, car bien que la circulation se fasse encore à travers le sac, la tumeur ne paraît pas s'accroître, et il y a lieu d'espérer qu'elle est arrivée à cet état que je désignais l'an dernier sous le nom de *cure pratique*, c'est-à-dire que le sac est tapissé de dépôts fermes et permanents à travers une partie desquels la circulation continue à se faire.

Mais, bien que j'aie insisté sur la possibilité de la guérison des anévrysmes axillaires par la compression, et que j'aie recommandé d'en faire l'épreuve avant de recourir à une aussi terrible opération que la ligature de la sous-clavière, je me suis fort mal expliqué si j'ai laissé entendre que ce traitement doive s'entreprendre légèrement, ou qu'il soit d'une application facile. Même le court aperçu que j'ai pu vous donner du cas de M. Peatson, montrant quelles difficultés l'accompagnent quelquefois, — difficultés qui, avant les exemples de succès connus, étaient telles qu'elles enlevaient le courage au malade et la confiance au chirurgien. Maintenant que nous savons qu'on peut arriver au succès, je ne doute pas qu'on ne fasse dans l'avenir des tentatives plus persévérantes. En vous parlant encore du cas de M. Peatson, je suis heureux de dire qu'il m'a autorisé à montrer l'excellente et unique préparation qui représente ce cas au musée Huntérien.

L'expérience prouve qu'il y a des cas où la compression intermittente ou rapide peut être employée avec succès. Mais pouvons-nous distinguer ces cas et le chirurgien doit-il toujours commencer le traitement par la compression? Cette dernière manière de faire, vaudrait mieux, à mon avis, que le recours inconsidéré à la ligature; mais je ne suis pas certain qu'on ne puisse trouver des indications qui fassent préférer la compression ou qui, du moins, fassent rejeter la ligature.

Il y a d'abord quelques cas ordinairement désignés comme anévrysmes axillaires, mais qui devraient être plus exactement appelés ruptures de l'artère axillaire, dans lesquelles, autant que l'expérience permet d'en juger, la compression à peu de chances de succès. Ici le trait caractéristique de l'anévrysme, c'est-à-dire l'existence d'un sac capable de se contracter sur son contenu, fait absolument défaut, et sans cette contraction (sur laquelle le professeur Rizzoli insiste tant), on ne peut pas compter sur le succès de la ligature faite au-dessus, et, bien moins encore, sur l'action plus faible de la compression indirecte.

Tel paraît avoir été l'état des parties dans le premier cas de M. Syme (*Observ. on clinical Surgery*, 1861, p. 146). Ici, après un mouvement violent ou un effort, apparut une large tumeur distendant la peau de l'aisselle, sans altération de couleur; on percevait un bruit *anévrysmal* distinct, mais il n'y avait de pulsations qu'à la partie supérieure, au-dessus de la clavicule et on ne sentait pas le pouls radial, M. Syme crut qu'il serait impossible de lier la sous-clavière à cause du relief de la tumeur au-dessus de la clavicule, il fit en conséquence une incision dans l'aisselle et il lia les deux bouts du vaisseau rompu qu'il trouva séparés l'un de l'autre dans une large cavité remplie de sang et de caillots. Le malade mourut d'un anévrysme de l'aorte quelque temps après avoir guéri de l'opération et on constata que son système artériel était dans un état de dégénérescence générale très-avancée.

Bien que M. Syme rapporte ce fait comme un cas d'anévrysme, il me semble qu'il n'y a pas à douter que ce soit un cas de rupture d'artère, il ne devait probablement pas y avoir de sac, ou il était fort imparfait, car autrement nous pourrions difficilement expliquer l'absence des pulsations dans toutes les parties de la tumeur, excepté dans le voisinage immédiat du bout cardiaque du vaisseau rupturé.

Sans aller jusqu'à soutenir que, dans de semblables accidents, la ligature d'Hunter ne peut pas réussir, je crois pouvoir dire que, chaque fois qu'on a de bonnes raisons de croire qu'une artère s'est rompue et qu'il ne s'est pas formé de sac complet, l'opération ancienne doit toujours être préférée, quand elle est praticable.

En outre, il y a des anévrysmes axillaires dans lesquels la tumeur (ou, comme le pense le professeur Spence, l'action des nerfs irrités par la tumeur) a tellement soulevé la clavicule, que la compression de la sous-clavière est devenue doublement difficile. Dans de semblables circonstances, la ligature de cette artère est aussi une opération difficile et dangereuse, et avant de la tenter, le chirurgien doit mûrement peser les autres méthodes qui ont été proposées pour le traitement de ces anévrysmes, telles que l'électro-puncture, les injections coagulantes, la manipulation et l'opération ancienne, comme l'a pratiquée M. Syme. C'est dans cet ordre que l'on peut les choisir. L'électro-puncture est, je crois, la moins dangereuse. L'injection de perchlorure de fer sera le plus souvent exclue par suite de l'impossibilité d'intercepter la circulation; mais si l'élévation de la clavicule est modérée, il peut être possible de comprimer l'artère pendant un temps suffisant, même quand la compression prolongée serait impraticable, et elle offre plus de chances de succès que l'électro-puncture.

L'usage de l'électricité dans le traitement des anévrysmes a été jusqu'à présent presque exclusivement réservé pour le traitement des anévrysmes internes, et cela avec juste raison, parce que, quel que puisse être l'avenir de l'électrolyse, nous ne connaissons pas encore suffisamment ses effets sur le sang d'un anévrysme pour que nous puissions prévoir avec certitude ses résultats dans un cas donné; pour les anévrysmes externes, nous avons des moyens plus efficaces et plus uniformes dans leur manière d'agir.

Quant à la manipulation, il est évident qu'elle peut être employée avec succès dans l'anévrysme axillaire; cependant, il me semble que ses effets sont trop incertains pour qu'elle soit

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin.

souvent employée dans l'anévrysme axillaire, où l'artère qui aboutit à la tumeur est si facilement accessible dans les cas ordinaires. Cependant, on peut supposer un cas dans lequel la compression a été essayée et a échoué, dans lequel l'état du malade ou celui de l'artère soit tel, que le chirurgien répugne à risquer la ligature et dans lequel, enfin, on a la certitude qu'il y a une certaine quantité de caillots dans le sac.

Dans de semblables circonstances on serait, je crois, en droit d'essayer de déloger un fragment de ce caillot et de le pousser dans l'orifice de sortie du sac.

Le cas bien connu de guérison spontanée d'anévrysme axillaire, rapporté par M. Beck (*Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 45, extrait de *Deutsche Klinik*) me semble appartenir à ce mécanisme, comme celui de M. Corner rapporté par Palaud. Dans tous les deux, la guérison spontanée se montra à la suite de mouvements qui ont dû détacher un fragment de caillot, produisant des symptômes évidents d'embolie.

Il y a enfin le procédé hardi proposé par Syme. M. Syme mit en pratique cette idée dans un cas d'anévrysme spontané qu'il appelle un anévrysme axillaire, mais qui était certainement situé plus bas que ne le sont les anévrysmes axillaires ordinaires, car voici la description qu'il en fait : « La tumeur avait le volume d'une orange, et s'étendait par en bas depuis l'aisselle jusqu'à. . . . . . Comme la radiale, dont l'origine était située très-haut, courait à la surface du sac, je pris soin de la ménager en ouvrant la cavité, et, ayant alors extrait les caillots, je n'eus pas de difficulté à lier les deux orifices de l'artère, ce qui ne modifia en rien le pouls radial. » L'opération réussit, mais non sans graves dangers, par suite de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire du membre, de la gangrène qui menaçait et d'une attaque de *delirium tremens*. On peut se demander si l'on n'aurait pas aussi bien réussi, sans autant de dangers, si l'on avait employé la compression de la même manière que dans les cas que j'ai cités. Malheureusement, M. Syme regardait l'emploi de la compression dans le traitement des anévrysmes comme la preuve de l'inhabileté chirurgicale de celui qui y a recours. Cet étrange préjugé a sans doute enrichi la littérature chirurgicale de quelques détails fort intéressants, et il a permis à M. Syme de montrer à quel point il était un chirurgien audacieux et habile. Mais la sécurité du malade est chose plus importante que l'exhibition de la dextérité du chirurgien, et j'avoue que beaucoup de ces opérations brillantes et audacieuses ne sont que le tableau des dangers inutiles auxquels le malade a été exposé.

Mais si la tumeur s'étend tellement haut que la compression ne puisse être employée, si son volume empêche d'essayer la manipulation, et si l'électricité ou les injections coagulantes sont contre-indiquées ou ont été employées sans succès, le chirurgien doit alors choisir entre la ligature de la sous-clavière et l'opération ancienne. La première est fort dangereuse dans ces circonstances; la seconde n'a pas encore été essayée, si ce n'est dans des cas de rupture d'artère, comme dans les cas opérés par Paget, Callender, Syme et autres.

La forme du sac et ses rapports exacts avec les veines et les nerfs sont d'une importance capitale.

Le grand danger de l'opération ancienne appliquée aux anévrysmes axillaires n'est pas tant la probabilité d'altération des tuniques de l'artère au point où on la lie, bien qu'elle soit plus grande que Syme ne veut l'admettre; ce n'est pas non plus la difficulté de découvrir le bout inférieur des vaisseaux, quoique les diverses formes d'anévrysmes que je vous ai montrées prouvent que Syme était complétement dans l'erreur en enseignant que l'artère abandonne le sac dans un point très-voisin de l'orifice d'entrée. Mais dans l'aisselle, deux difficultés spéciales s'ajoutent aux dangers qui entourent l'opération ancienne dans toutes les parties du corps, l'une résulte des rapports étroits entre le sac et le plexus brachial, et l'autre du volume relativement très-considérable des branches de l'axillaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Jules Rochard, comme membre titulaire de l'Académie en remplacement de M. Giraldès, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Rochard prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux de Plombières pour la saison de 1876.

2° Le rapport de M. le docteur Doin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital thermal de la Bourboule, pour l'année 1874 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. J. Favé, officier de santé, intitulé : *le Rasorisme, épisode d'histoire médicale*.

2° Une lettre de M. le docteur Henry Pelillo, de Naples (Italie), accompagnant l'envoi d'un mémoire sur l'usage du lactate ferrugineux calcaire, comme reconstituant.

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Vibert, chirurgien en chef de l'hôpital du Puy (Haute-Loire). — (Accepté.)

4° Un travail manuscrit intitulé : *Études sur la rage* par le docteur Carles, de Neuilly (Seine).

LECTURE

M. GERMAIN SÉE achève la lecture de son travail dont voici les conclusions :

1° Comme médicament antizymotique externe, l'acide salicylique a une action incontestable, mais qui ne dépasse pas celle de l'acide phénique et n'a d'autre avantage que d'être dépourvu d'odeur, comme antiseptique interne, l'acide salicylique ne présente aucun effet appréciable ni dans les affections purulentes, ni dans les maladies contagieuses et parasitaires comme la diphthérie, le muguet, ni dans les gangrènes, ni enfin dans la diabète, où l'on fait intervenir, à tort ou à raison, l'action d'un ferment.

2° Comme médicament antipyrétique, le salicylate de soude et l'acide salycilique, jouissent de propriétés transitoires et douteuses, même lorsqu'il s'agit de fièvres spécifiques, miasmatiques, virulentes, etc., ainsi il n'a pas de supériorité marquée sur le sulfate de quinine; le salicylate de quinine lui-même ne saurait encore prendre un rang définitif dans la thérapeutique des fièvres palustres. Impuissant dans la curation de la variole, le salicylate de soude n'a pas fait ses preuves dans le traitement de la fièvre typhoïde; son pouvoir fébrifuge est des plus limités.

3° C'est dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on observe les effets les plus sûrs, les plus prompts, si bien qu'on peut affirmer, presque à coup sûr, la guérison du rhumatisme aigu, fébrile ou apyrétique, dans l'espace de deux à quatre jours. Cinquante-deux cas en font foi.

4° Dans le rhumatisme chronique simple, les essais que j'ai institués sont des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit même dans l'arthrite noueuse; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu. Il y a plus,

les engorgements articulaires diminuent considérablement, et les mouvements peuvent devenir libres, même après des années de douleur, de rigidité et d'immobilité, à condition que les lésions osseuses ne soient pas trop profondes, trop avancées (douze observations de rhumatisme chronique).

5° Mais c'est dans la goutte aiguë ou chronique que les résultats sont le plus remarquables; dès mes premières expériences, je fus frappé de la promptitude avec laquelle les accès aigus les plus douloureux sont enrayés; dans l'espace de deux à trois jours, les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau, la sensibilité au toucher, tout a disparu.

La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique. Par cette méthode de traitement combinée, même à dose modérée, les malades sont absolument à l'abri de tout accès aigu.

D'une autre part, les engorgements chroniques péri-articulaires disparaissent avec facilité; les tophi des articulations diminuent et cessent de s'enflammer; en un mot, la guérison peut être complète, sans qu'il se produise aucune métastase sur le cœur, l'estomac, les organes respiratoires ou le cerveau; il ne m'a pas été donné une seule fois, dans les vingt et un cas que j'ai pu suivre, de constater la moindre rétrocession de la goutte vers les organes internes. Il n'y a pas d'autre inconvénient que le développement des troubles de l'ouïe, et parfois un certain degré de faiblesse ou de narcotisme; ces deux derniers phénomènes disparaissent dès qu'on diminue la dose; les perturbations de l'audition sont bien plus persistantes. Parmi les affections qui sont de nature goutteuse, il faut citer la gravelle, qui se modifie très-favorablement, ou plutôt s'élimine plus facilement à l'aide du salicylate de soude, qui a, en outre, l'avantage de calmer les douleurs néphrétiques.

6° La médication salicylique a paru modifier avantageusement certaines névralgies faciales; mais cette action n'est pas suffisamment établie; il en est de même pour le traitement des sciatiques par ce moyen.

7° Dans les maladies douloureuses de la moelle épinière, le salicylate de soude produit les effets calmants le plus nettement appréciables, mais, par la continuité du traitement, il peut en résulter un certain degré de faiblesse. »

Une courte discussion s'engage entre MM. Ricord, Legouest et Sée sur l'état réel d'un malade observé par eux.

M. EMPIS raconte avoir, tout dernièrement, vu mourir un de ses clients dans les circonstances suivantes : cet homme était atteint d'un rhumatisme aigu polyarticulaire des plus violents. M. Empis fit administrer, suivant la formule de M. Hérard, l'acide salicylique à doses décroissantes; 7 grammes le premier jour, le lendemain 5 grammes et le surlendemain 3 grammes. Chacune de ces doses était divisée en dix paquets, à prendre à une heure d'intervalle. Dès le milieu du premier jour, quand on en fut au cinquième paquet, les douleurs commencèrent à diminuer; elles s'éteignirent complètement et la guérison parut complète le second jour. Mais dans la nuit du troisième, il survint une certaine gêne dans la région de l'estomac, une fausse sensation d'appétit, puis une douleur vive, une grande angoisse; et en dix minutes, cet homme était mort.

M. Empis craint que la cause de cette mort n'ait été la cessation trop brusque des manifestations articulaires du rhumatisme aigu. Il se demande s'il n'y a pas eu une sorte de métastase.

M. SÉE dit, qu'à l'étranger, on a publié trois ou quatre cas analogues, de mort soudaine, mais quand on employait l'acide salicylique à la dose de 12 grammes et plus.

M. CHAUFFARD se réserve de discuter ultérieurement les effets attribués à l'acide salicylique. Dès à présent, il tient à dire qu'on peut expliquer autrement, aussi bien la mort, que la guérison presque subite des manifestations articulaires du rhumatisme chez le malade de M. Empis. Toutes les fois qu'il se prépare un de ces accidents foudroyants, dus à l'invasion d'un viscère par la phlegmasie rhumatismale, on voit toujours les douleurs se calmer, les articulations dérougir et se dégonfler douze heures, vingt-quatre heures, trente-six heures d'avance. Une accalmie inattendue peut donc être d'un pronostic des plus funestes.

M. BOUILLAUD ne croit pas qu'il soit possible de guérir en trois jours le rhumatisme articulaire aigu chez le plus grand nombre des malades, par quelque moyen que ce soit. Il donne toujours la préférence à la méthode antiphlogistique telle qu'il l'a formulée, sur toute autre méthode. Il rappelle ses travaux, ses succès et les luttes qu'il a dû subir à cette occasion.

La séance est levée à cinq heures et quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

93. Michel. Étude sur les arthropathies survenant dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.

94. Fournier. Essai sur le lupus scrofuleux phagédénique.

95. Baills. De la ponction aspiratrice hypogastrique de la vessie.

96. Midrin. Essai sur la valeur physiologique et thérapeutique du phosphate de chaux dans les fractures.

97. Renaut. De la médication réfrigérante, ses différents modes d'applications et ses résultats dans le traitement de la fièvre typhoïde.

98. Bischoff. Quelques considérations sur le logement permanent des troupes en temps de paix.

99. Laspales-Moudon. Sur un mode de terminaison exceptionnel de certaines perforations de l'intestin.

100. Chevallier. Des épistaxis.

101. Hervéou. Étude sur la sclérodermie.

102. Lacambre. Exposé critique des principaux moyens curatifs des convulsions éclamptiques, utilité de l'accouchement prématuré artificiel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet 1877, M. le docteur Saint-Julien, médecin de 1re classe, de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Académie des sciences, dans la séance du lundi 2 juillet, a élu M. Godron (de Nancy), correspondant, pour remplir la place vacante dans la section de botanique, par suite du décès de M. Lestiboudois.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Jaillard, professeur de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé chef des travaux chimiques à ladite école.

— *École de médecine de Caen.* — M. Moutier, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Bouisson, docteur en médecine, suppléant des chaires d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de botanique et zoologie à ladite école, en remplacement de M. Beynès, décédé.

M. Villard, suppléant des chaires de médecine à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur d'anatomie pathologique à ladite école.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Bureau (Louis), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour une période de dix années.

M. Poisson, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour une période de dix années.

M. Pihan-Dufeillay, professeur de pharmacie est autorisé à se faire suppléer, pendant la durée de son congé, par M. Herbelin, suppléant à ladite école.

M. Guillemet, docteur en médecine, est institué suppléant de la chaire de gynécologie et accouchements pour une période de neuf années.

— *Muséum.* — M. Poirier (Nicolas), licencié ès sciences mathématiques, ancien chargé de cours de physique au lycée du Puy, est nommé aide-naturaliste (5e classe), en remplacement de M. L. Rousseau, décédé.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Sicard, docteur ès sciences est chargé du cours de zoologie et physiologie animale en remplacement de M. Lortet, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Viguier (Maurice), né à Montpellier (Hérault), le 31 octobre 1858, bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle.

— *École des hautes études.* — M. Jolyet (Jean-Baptiste-Henri-Félix), docteur en médecine, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de physiologie expérimentale de l'École pratique des hautes études (faculté des sciences).

Il est institué à l'École pratique des hautes études (3e section) un laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision; M. Javal (Émile), docteur en médecine est nommé directeur dudit laboratoire.

M. Brochi, docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé répétiteur à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles) et attaché, en cette qualité, au laboratoire de zoologie anatomique, en remplacement de M. J. Chatin, démissionnaire.

— *Lycée de Montauban.* — M. le docteur Gardelle, chargé des fonctions de médecin au lycée de Montauban, est nommé médecin audit lycée.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection de quatre membres titulaires; — 2° Constitution médicale du mois de juin. Polyclinique; — 3° Sur la suppression de la direction municipale des nourrices; par M. Brochard; — 4° Instructions pour le service médical du 11e arrondissement; — 5° Rapport de M. Lafont sur l'admission des malades dans les hôpitaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

La première partie du tome Ier de la quatrième et nouvelle série commençant par la lettre F, la deuxième partie du tome Ve de la troisième série, commençent par la lettre Q, viennent de paraître aux librairies G. Masson, rue Hautefeuille, 10, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Ces deux demi-volumes contiennent les principaux articles suivants : *Face*, par MM. Coyne, Troisier et Servier; *Famine*, par M. J. Armand; *Favus*, par M. Bazin; *Fécondation*, par M. Ch. Robin; *Rouissage*, par M. Vallin; *Roumains*, par M. Obédénare; *Rue*, par MM. Baillon et E. Amelin; *Rupia*, par MM. Bazin et Rollet; *Rurale* (hygiène), par M. Alex. Layet; *Russie*, par M. J. Bertillon. — Prix de chaque demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 francs.

Maladies du rectum. Diagnostic et traitement, par W. Allingham, membre du collége des chirurgiens d'Angleterre. Ouvrage traduit et annoté par le docteur Georges Poinsot, avec une introduction de M. le professeur Courty. — 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des Glossites tertiaires, glossites scléreuses, glossites gommeuses, leçons professées par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées et publiées par H. Buzot, interne des hôpitaux. — 1 vol. in-8° avec 3 planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.,

Étude sur la ménopause, par le docteur Barié. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Les États-Unis (United States America). Note sur l'organisation scientifique, les facultés de médecine, les hôpitaux, la prostitution, la syphilis, l'hygiène, etc., par le docteur Guichet. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses, par le docteur Max Simon. — Paris, 1877, 1 vol. in-18 de 155 pages. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes urinaires. — Sur la taille périnéale par dilatation, et sur la lithotritie périnéale, par le docteur Auguste Mercier. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

De la Convalescence confirmée. Étude et appréciation de faits observés à l'asile de Vincennes, par le docteur Braire. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Clinique ophthalmolique. Revue statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1876, par le docteur Wecker. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du Traitement de la pleurésie chronique par les eaux thermales sulfureuses de Cauterets, par le docteur Dubourcau. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étude nouvelle sur les symptômes de l'alcoolisme chronique.

L'alcoolisme a été l'objet de travaux nombreux et remarquables.

On en a décrit admirablement les formes aiguës et subaiguës, les troubles moraux et intellectuels.

Mais c'est à peine si l'on a esquissé la physionomie générale des formes chroniques dans lesquelles l'intelligence reste saine, ou à peu près. Ce qu'on en a dit est d'un vague très-peu satisfaisant au point de vue clinique. Pour s'en assurer, il suffit de lire le résumé que M. Fernet a donné, sur ce point, des enseignements classiques, dans sa thèse de concours, encore assez récente, sur les tremblements.

Voici ce passage en son entier :

« L'alcoolisme chronique est loin de répondre à une description aussi précise que les formes aiguës et subaiguës. A ce point de vue, les accidents nerveux se comportent comme ceux des autres appareils organiques. Autant l'état gastrique initial de l'alcoolisme, vomissements pituiteux, anorexie du réveil, etc., sont significatifs, autant les désordres ultérieurs de l'appareil digestif sont variables, parce qu'ils sont compliqués d'affections organiques diverses relevant de la même origine alcoolique.

Les troubles nerveux de l'alcoolisme chronique se compliquent et se confondent également avec les lésions alcooliques du système nerveux. Le tremblement perd à la longue le type du début, il se transforme en mouvements plus désordonnés que rhythmés. Si on oblige le malade à étendre la main, on constate que le mouvement vibratoire est remplacé de temps en temps par des projections indécises du membre. Des muscles qui ne prennent pas part au tremblement sont agités de spasmes convulsifs. C'est à cause de cette transformation, dont on ne peut méconnaître l'importance, que le diagnostic différentiel entre l'alcoolisme chronique et certaines formes de paralysies généralisées, présente souvent tant de difficultés, tandis que personne n'a songé à établir un parallèle entre ces paralysies et l'alcoolisme aigu ou subaigu.

Si, comme il convient de le faire, on veut assigner au tremblement sa place dans la série des désordres nerveux d'origine alcoolique, on peut dire que le tremblement, à lui seul, ne suffit jamais pour affirmer la nature de la maladie, mais que les autres accidents, quels qu'ils soient, quand ils ne sont pas accompagnés du tremblement, doivent prêter au doute.

Lorsque le tremblement alcoolique persiste après la cessation de tous les autres symptômes, il devient presque impossible d'en déterminer sûrement la nature. Aussi a-t-on cherché, dans le mode même de la trémulence, des indices qui pussent mettre sur la voie du diagnostic. On a insisté sur l'absence de tremblement latéral de la main, les vibrations n'ayant lieu que de haut en bas, sur la localisation du tremblement, sur le peu de gêne qu'il apporte aux mouvements volontaires de la main, sur la persistance de la force musculaire. Ces indices, que j'ai cru devoir mentionner, n'ont qu'une valeur discutable. »

Est-ce donc là le dernier mot possible de la science sur cette question ? Et l'alcoolisme, à l'inverse des autres maladies, dont la cause intervient d'une façon suivie, perd-il ses caractéristiques en se prolongeant et s'accentuant ?

Pour ma part, je ne le crois pas. Il m'a paru qu'on pouvait, au contraire, par une étude approfondie des phénomènes, arriver à leur reconnaître une physionomie à part, une marche spéciale, et cela aussi bien en ce qui touche les douleurs gastralgiques, les vertiges et les tremblements, que lorsqu'il s'agit des vomissements pituiteux du matin, de l'anorexie, de l'insomnie et des rêves effrayants.

Cela ne veut pas dire qu'aucun des phénomènes soit pathognomonique, à proprement parler, quand on le prend isolément chez tel ou tel individu. Mais dans la majorité des cas, je le répète, les tremblements, comme les gastralgies, etc., ont leur manière de se présenter et d'évoluer, leurs traits saillants, qui mettent sur la voie du diagnostic, dès le premier coup d'œil. Bien entendu, pour assurer ce diagnostic, il conviendra d'interroger également tous les symptômes, et de relever, autant que possible, sur tous les points, l'aspect général de la maladie. Mais il se peut que le syndrome soit imparfait et qu'il faille se contenter d'un petit nombre d'indications pour le reconnaître. Il importe donc de savoir attribuer à chacune de ces indications toute la signification qu'elle possède en elle-même.

Il n'y a vraiment pas de difficulté, quand le syndrome est bien complet.

Ainsi, quand on trouve réunis chez un malade les symptô-

mes suivants : vomissements survenant assez habituellement au moment du lever, appétit capricieux, souvent nul, vertiges, tremblement des mains et parfois de tout le corps, fourmillements, picotements, démangeaisons surtout nocturnes, affaiblissement de la vue, et même, dans les périodes avancées, à un certain degré, de la force musculaire, émotivité excessive, sommeil rare et interrompu par des rêves effrayants, même en l'absence d'hallucinations proprement dites et de troubles intellectuels, on est autorisé à porter le diagnostic *alcoolisme*, sans y regarder de plus près.

On y serait autorisé, même alors qu'il serait impossible de découvrir comment se serait effectuée l'intoxication alcoolique.

En effet, si les gens du peuple, en général, ne font aucune difficulté pour confesser des habitudes d'ivrognerie, il n'en est pas toujours de même d'autres malades, et surtout des femmes. Celles-ci cachent, au contraire, souvent avec grand soin, leur propension à boire du vin ou des liqueurs, et la nient opiniâtrément quand on la soupçonne.

Il est donc plus sûr de se fier à ce que disent les symptômes, quand ils parlent vraiment d'une manière univoque, qu'à ce que disent des malades dont l'intérêt peut être de tromper.

Du reste, il n'est pas impossible qu'il soit permis d'attribuer parfois les symptômes de l'alcoolisme chronique à une sorte d'atavisme, et de supposer qu'un ascendant les aurait transmis par hérédité à quelqu'un de sa race, sans intervention de nouveaux excès chez celui-ci.

On voit bien survenir chez les enfants d'ivrognes des accidents nerveux de formes très-diverses. Comment nier *a priori* qu'ils soient également exposés, par le fait de leur origine, à ceux-là mêmes auxquels leurs pères étaient sujets.

Cette hypothèse est des plus hasardées, sans aucun doute; mais il est des cas où l'on se sent presque disposé à l'admettre de préférence, tant on se croit certain de la sobriété de gens chez qui l'on trouve réunis tous les symptômes, bien que la cause personnelle échappe.

Voici, par exemple, une observation que je rangerais sans hésiter dans les cas les plus évidents d'alcoolisme chronique acquis, et que je présenterais comme un type, s'il ne m'était pas démontré que la malade n'a jamais fait abus de boisson d'aucun genre.

Il s'agit d'une mère de famille que je connais depuis longtemps. Son mari, son fils, elle-même, affirment qu'elle n'a jamais pris de liqueur forte; elle aurait de la répugnance à en goûter, s'il faut l'en croire. Elle ne boit de vin qu'aux repas, en petite quantité et très-étendu d'eau.

Est-il vraisemblable que cette dame ait pu dissimuler à tous une passion funeste, qu'elle eût trouvé moyen d'assouvir en cachette, pendant des mois et des années? Cela me paraît d'autant moins probable qu'elle a répondu très-simplement, sans rougir et sans se troubler, à toutes les questions que je lui ai posées, à plusieurs reprises, avec insistance, pour élucider ce point douteux.

Or, le père de cette dame, mort à soixante-quinze ans avec un tremblement des mains déjà ancien, de nature douteuse, avait certainement, dans sa jeunesse, fait des excès alcooliques. Le même vice a peut-être existé dans la famille de sa mère chez les aïeul et bisaïeul. Ce sont bien là les conditions les plus favorables pour une reproduction de phénomènes morbides par atavisme.

Notons d'abord, que des névroses de diverses formes ont été fréquentes dans la famille.

La sœur aînée de cette dame a été folle à deux reprises. La première fois, il a fallu la mettre à Charenton, parce qu'elle exigeait que son frère, plus âgé qu'elle de sept ans, couchât avec elle. Elle avait alors une trentaine d'années. Elle était cependant très-pieuse et d'une conduite irréprochable jusque là. On attribua cet accès de folie à une vive contrariété : on s'opposait dans sa famille à ce qu'elle entrât dans un couvent. La seconde fois, elle se jeta par la fenêtre. Elle ne se fit heureusement pas grand mal, et peu de temps après, sa mère étant morte, elle put accomplir sa résolution d'être religieuse. Au couvent, elle ne fut plus folle, mais elle eut de grandes attaques d'hystérie, des troubles gastriques de tout genre, et finalement, elle mourut dans le marasme.

Le propre fils de la dame dont nous allons parler, actuellement âgé de quatorze ans, eut, quatre fois déjà, à de longs intervalles, des pertes subites de connaissance, sans cri, sans convulsions toniques ni cloniques, sans période de stertor, ni morsure de la langue, ni contracture des muscles du cou avec rotation de la tête, ni écume sur les lèvres, sans rien, en un mot, des grandes attaques d'épilepsie, mais avec un instant d'oubli et d'hébétude, qui aurait naguère suffi pour faire porter, sans hésitation, le diagnostic *épilepsie*. Je dis naguère, car M. Lasègue vient de porter une rude atteinte au cadre établi jusqu'à présent, en distinguant des épilepsies fausses au milieu d'épilepsies vraies.

J'en viens à la dame en question.

Elle a quarante-quatre ans. Dans ces dernières années, elle a éprouvé de grands chagrins, ayant perdu successivement, en quelques mois, sa sœur, son père, sa belle-mère, qu'elle aimait comme une vraie mère. Jusqu'alors sa santé avait été parfaite.

Il y a un an environ qu'elle commença à se sentir souffrante. Les troubles auxquels elle est sujette depuis ce moment portent à la fois sur plusieurs ordres d'appareils et de fonctions.

Elle éprouva fréquemment, le matin, au moment où elle mettait le pied par terre pour se lever, des éblouissements et des vertiges, qui précédaient, accompagnaient, suivaient des vomissements, peu abondants, d'un liquide glaireux, En même temps, la malade se plaignait d'une sensation, très-pénible, et qui finit par devenir assez habituelle, de pression, d'une part, en avant, sur la région épigastrique, et d'une autre part, en arrière, à un même niveau. Il lui semble alors que deux mains la prennent et la serrent entre elles, comprimant l'estomac. Parfois la poitrine est le siége d'une sensation fort analogue, et il en résulte un malaise, une oppression, un étouffement qui rappellent les crises d'asthme.

Les troubles sensitifs consistent en des fourmillements et des picotements dans les membres, en des démangeaisons, surtout nocturnes, et en une diminution assez notable de la vue, au dire de la malade. Elle ne peut plus lire aussi longtemps, ni des caractères aussi fins et ne distingue plus aussi bien, en général, les petits objets.

En outre, elle est devenue sujette à des tremblements, qui, d'ordinaire, sont peu marqués et occupent surtout les mains, mais qui parfois augmentent et se généralisent à tout le corps.

Après cette énumération succincte des divers symptômes, il faut noter ce qu'ils présentent de particulier dans leur évolution.

Tout cet ensemble, à la fois, s'accroît et s'accentue à certains moments, de manière à constituer de véritables crises, dont la durée peut varier de quelques heures à quelques jours et entre lesquelles reparaissent des intervalles, parfois assez longs, de grand mieux-être relatif.

Quand survient la crise, les vertiges et le tremblement, qui s'étend alors à tous les membres, deviennent tellement violents que la malade renonce à marcher, craignant de tomber à chaque pas. A peine pourrait-elle porter à sa bouche des aliments solides ; quant aux liquides, elle les renverserait par les secousses convulsives de ses mains. Du reste l'appétit est nul en pareil cas, et les vomissements, glaireux et bilieux, du matin sont des plus pénibles. C'est alors surtout que s'accentue cette sensation de pression sur l'épigastre ou sur la poitrine dont nons avons parlé plus haut. Durant ces crises, qui reviennent régulièrement à chaque époque menstruelle et d'autres fois sous des influences indéterminées, la malade est véritablement infirme, puisqu'elle peut à peine faire usage soit de ses jambes, soit de ses mains.

Dans les intervalles, au contraire, elle n'a presque plus de vertiges, les vomissements glaireux ou bilieux sont très-rares, et bien que les mains, surtout la gauche, restent toujours un peu tremblantes, ce tremblement ne met obstacle à aucun mouvement volontaire, si précis et si minutieux qu'il puisse être. La main ne tremble plus quand elle tient un verre rempli de liquide ou quand il s'agit de broder, de dessiner, d'enfiler une aiguille, etc.

Or, des variations tout à fait semblables existent également chez un alcoolique, qui lui, ne songe pas à se cacher de l'être.

Le malade est couché salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 2, à la Charité, dans le service de M. Vulpian. Agé de quarante-trois ans, brocheur dans une imprimerie, il a servi durant la dernière guerre, a été blessé par des éclats d'obus dans l'armée du Nord, et fait prisonnier par les Prussiens, il a été rendu par eux durant l'armistice. Rentré dans Paris au mois d'avril, il s'est enrôlé dans les bataillons de la commune, et dès la première rencontre, il a été fait prisonnier par l'armée régulière. Il attribue l'origine du tremblement dont il est atteint à l'émotion qu'il aurait eue en se voyant sur le point d'être fusillé.

Mais il avoue qu'il buvait beaucoup depuis longtemps, et qu'il était sujet à ce que les buveurs nomment des *pituites*. Il vomissait le matin un liquide filant. Envoyé à Brest, il y fut enfermé durant plusieurs mois. (Pendant ce temps, il fut atteint d'un érysipèle de la face, et se fit opérer d'une fistule de l'anus). Lorsqu'il fut relâché, il revint à Paris, où il reprit son état de brocheur. Depuis lors, dit-il, il renonça à l'eau-de-vie, mais il boit encore de un à deux litres de vin par jour. Les tremblements ont toujours conservé le même caractère. Parfois ils sont à peine sensibles et ils n'occupent que les mains. En pareil cas, cet homme peut travailler aussi adroitement que s'il ne tremblait pas. Mais, parfois aussi, soit le lendemain de quelque excès, soit sous l'influence d'une émotion vive, ou de la fatigue, il se met à trembler tellement qu'il peut à peine marcher, exposé qu'il est à tomber à chaque pas. Alors il n'est plus maître des mouvements de ses mains. Il ne pourrait plus faire un ouvrage soigné. S'il porte un verre plein à sa bouche, il en répand le contenu. Dans ces sortes de crises, le corps est agité, dans son entier, de secousses semblables à celle d'un violent frisson.

Cet homme est très-impressionnable; il suffit d'un rien pour l'exciter à un point extrême, l'orage de l'avant-dernière semaine l'avait jeté dans un état violent.

Comme la dame dont je viens de parler, il est sujet à des rêves effrayants, à de l'insomnie, à des vertiges, à des fourmillements dans les membres, à des démangeaisons générales, semblables à celles que produiraient des piqûres d'insectes.

Comme elle, durant ses crises d'excitation, il manque d'appétit, vomit souvent et ne saurait manger tant il a de dégoût et de pesanteur d'estomac; tandis qu'au contraire, en dehors des crises, après un bon repas, il se sent beaucoup mieux que le matin quand il est à jeun. Pendant la période de digestion, alors qu'il n'a fait aucun excès, il n'a presque plus de tremblement ni de vertige.

Comme chez elle, chez lui la gastralgie prend la forme d'une pression qui s'exercerait en avant et en arrière. Il comparait cette pression à celle d'un étau, dans ces derniers temps, lors de son entrée à l'hôpital. Il était alors au milieu d'une de ses crises les plus terribles. Les troubles gastriques étaient très-marqués, les vomissements très-fréquents et, en dehors du liquide glaireux ou bilieux qui les constitue d'ordinaire, ils auraient contenu, jusqu'à trois fois dans une même journée, un peu de sang noir. Le travail et la marche devenaient impossibles, par suite de l'intensité des tremblements et des vertiges. Cette crise est déjà calmée depuis plusieurs jours, quoique le malade ne soit dans le service que depuis trois semaines.

Au n° 27 de la même salle, on peut observer un troisième malade atteint également d'alcoolisme, mais avec cette complication qu'il buvait surtout beaucoup d'absinthe. C'est donc un cas plus complexe : en effet, sur le fond commun de l'alcoolisme, l'absinthisme se manifeste par certains traits particuliers. Je reviendrai sur ce malade et je parlerai de quelques autres dans une prochaine revue clinique. Notons seulement que chez lui, comme chez les précédents, les vomissements, les tremblements, les vertiges, etc., peu marqués habituellement, se manifestaient surtout par des crises violentes, revenant à des intervalles irréguliers, et durant lesquelles tous les efforts qu'il pouvait faire pour se servir utilement de ses membres, ne faisaient qu'augmenter encore leur agitation désordonnée.

Dilatation hypertrophique du colon, pièce du musée Dupuytren.

A l'occasion de ma Revue clinique de samedi dernier, M. Houël, conservateur du musée Dupuytren, m'a montré, dans ce musée, une pièce anatomique, qui y figure actuellement sous le n° 390, et qui certainement a de l'analogie avec la pièce de M. Vulpian. Ses dimensions nous ont paru moindres, de beaucoup, en tous sens. Mais enfin, comme chez le malade dont nous avons parlé, il s'agit d'une dilatation d'une partie du gros intestin, avec hypertrophie de toutes les parois.

Voici, du reste, l'observation, telle qu'elle a été publiée par M. le docteur Oulmont dans les *Bulletins de la Société anatomique* (3e année, 1843, p. 336).

« Un ancien militaire entra à l'hôpital de la Pitié après cinq jours d'une constipation opiniâtre. Le ventre était considérablement distendu; le ballonnement, le météorisme indiquaient une tympanite. La sonorité s'étendait jusque dans les gouttières vertébrales. Le foie était refoulé très-haut, mais la percussion en faisait retrouver encore la position. La dyspnée n'était pas excessive, il n'y avait ni nausées ni vomissements. Les purgatifs répétés restèrent sans résultat; les lavements ne purent pénétrer. Déjà, il y a cinq ans, cet homme avait éprouvé des accidents semblables, qui avaient cédé à des onctions avec un liniment camphré. Ce moyen échoua cette fois, et vingt-quatre heures après son entrée à l'hôpital, le malade mourut sans qu'on ait pu tenter l'introduction d'une sonde dans le rectum. On trouva une dilatation générale de tout le tube digestif et de

l'estomac lui-même, mais principalement du colon ascendant, qui forme une énorme cavité remplie de matières. Les tuniques intestinales étaient hypertrophiées. L'abstraction siégeait à la partie supérieure du rectum, et était formée par la torsion du rectum, entraîné et déplacé par le colon distendu. La lumière du canal se trouvait ainsi obturée par ses parois contournées sur elles-mêmes. Il existait, en outre, une péritonite superficielle légère. »

On le voit, si les différences entre les deux pièces anatomiques ne portent guère que sur des questions de proportions et de limites, il est loin d'en être de même entre les deux observations.

Dans cette dernière, semblerait que l'effacement du calibre de l'intestin, l'obstruction plus ou moins complète, eussent été la suite et non la cause de la dilatation et de l'hypertrophie des parties situées en dessus de cet obstacle.

S'il en était vraiment ainsi, le mécanisme de production de la dilatation elle-même serait à rechercher ailleurs. Mais où cela? Peut-être plus bas, peut-être aux environs de l'anus dans un rétrécissement, qui, dans la nécropsie, aurait passé inaperçu, ou dans quelque bride péritonitique. Alors on comprendrait comment l'obstruction aurait pu finir par être double, lorsque l'interstice dilaté, augmenté dans toutes ses dimensions, se serait replié et tordu sur lui-même.

Quoi qu'il en soit, cette observation présente une lacune importante, tandis que l'autre, beaucoup plus complète, et à ce point de vue encore sans analogue, est pleinement satisfaisante pour le praticien qui réfléchit.

Dr Victor REVILLOUT.

CONSIDÉRATIONS MÉDICALES

SUR LA MARCHE ET LES RÉSULTATS DE L'EXPLOSION DE GRISOU QUI A EU LIEU AU PUITS SAINTE-BARBE A GRAISSESSAC LE 14 FÉVRIER 1877 (1)

Par M. le docteur BOURGUET.

II

Plus loin, dans la même galerie, à 30 mètres à peu près du puits, le courant secondaire n'a occasionné que des contusions sur trois ouvriers qui s'y trouvaient et qui ont été renversés avec les bennes sur lesquelles ils s'appuyaient.

En ce point, un cheval qui était arrêté, a été projeté en avant et est tombé sur son conducteur, en se contusionnant aux arcades sourcilières.

Un autre cheval, placé entre les numéros 21 et 22, a été brûlé, particulièrement aux parties antérieures du corps. La brûlure n'était pas très-intense, et d'après l'examen du vétérinaire qui a bien voulu me fournir ces détails, et qui a fait l'autopsie, il n'a été constaté aucune trace de brûlure dans les naseaux, la bouche, le pharynx.

A plus forte raison, en était-il ainsi dans les voies aériennes, à l'intérieur desquelles avaient pénétré fort avant des poussières charbonneuses, dont la vue et le toucher assuraient la présence. Les bronches incisées, on pouvait en certains points ramasser entre les doigts des matières noires dont le toucher appréciait fort bien la rudesse. Se détachant facilement de la muqueuse, leur présence était évidemment récente et devait être attribuée aux derniers efforts d'inspiration, en raison de la profondeur qu'elles occupaient. Dans le poumon droit, en effet, où elles ont surtout été recherchées; on les rencontrait dans des divisions de 1 à 2 millimètres de diamètre environ. A mon avis, rien ne démontre mieux que, dans les cas d'explosion de grisou, ce n'est pas le feu qu'on inspire et qu'on avale, suivant l'expression familière aux mineurs, mais bien les poussières charbonneuses soulevées par l'explosion, ou les gaz délétères qui en sont le résultat.

Il aurait été fort désirable, au point de vue des intérêts de la science, que l'autopsie des brûlés eût été faite. Malheureusement, nous n'avons pu obtenir l'autorisation d'y procéder, et ce n'est que par analogie, et en nous basant sur cette seule observation, qu'il nous est permis de juger et de donner notre avis sur la question, encore irrésolue, de l'existence ou de la non-existence des brûlures internes par l'action directe du grisou enflammé. J'ai dit, dans un travail précédent, que toutes les observations que j'avais pu faire sur le vivant ne m'avaient offert aucun cas de brûlure directe des voies aériennes.

23. Brûlé légèrement, principalement à la face; une partie de la barbe est encore conservée.

24. Pas de traces de brûlures ni de contusions.

Ces deux ouvriers se trouvaient occupés dans les traverses communiquant avec le plan où ont été brûlés, à peu près au même niveau, les nos 6, 7 et 8. Une faible partie du courant a dû passer par leur chantier, à cause de la voie large et directe qui lui était ouverte à côté.

Un autre courant secondaire, d'un circuit de 250 mètres à peu près, s'est établi partant d'un point situé entre les nos 10 et 11, pour aboutir entre les nos 15 et 16. Des cinq ouvriers qui ont eu à subir son action, deux étaient à quelques mètres du courant principal, les trois autres bien plus avant.

25. Pas de traces de brûlures ni de contusions.

26. Brûlé légèrement aux cheveux et aux mains.

Ce dernier a été trouvé couché derrière une porte renversée par le courant, tandis que le précédent était en avant de cette porte, et, par conséquent, plus exposé à recevoir l'action du feu. S'il a échappé aux brûlures, c'est probablement à cause de sa position. On l'a, en effet, trouvé couché la face contre terre et tout à côté de la paroi de la galerie. J'ai signalé déjà cette position (1) comme évitant les brûlures et favorisant l'asphyxie. Son camarade aurait été surpris debout soit au milieu de la galerie, n'ayant peut-être pas, à cause de la porte, entendu la détonnation ou senti le courant assez tôt pour se jeter à plat ventre, ce qui est presque toujours instinctif au dire des ouvriers qui échappent à de pareils accidents.

27. Très-légèrement brûlé aux cheveux et à la barbe. Les cheveux sont un peu roussis.

28. Un peu plus brûlé que le précédent; les cheveux et la barbe sont roussis jusqu'au ras de la peau. L'état de décomposition assez avancé du cadavre n'a pas permis de noter exactement le degré de la brûlure sur les parties découvertes; les vêtements, toutefois, sont intacts.

29. Cheveux et moustaches brûlés plus à gauche qu'à droite. Main droite brûlée. La jambe gauche du cou-de-pied au mollet est fortement atteinte; le derme en est sec et dur comme du carton; la percussion par le doigt donne un son pareil à celui qu'on obtient en frappant sur une mince planchette. Une dépression, de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, existe en dedans, à la naissance du mollet, circulaire, en cupule; elle est due probablement à la compression par un des morceaux de houille détachés de la voûte à la suite de l'accident.

Les renseignements donnés sur la position du cadavre expliquent que, gêné par des bennes à côté desquelles il se trouvait, l'ouvrier est tombé la main droite en avant, la jambe gauche

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1875.

en bas, plus élevée que le reste du corps, d'où l'intensité de la brûlure sur ce point. Ces trois ouvriers étaient ensemble, à plus de 400 mètres du point de départ du feu, dans une galerie qui formait un cul-de-sac à cause des éboulements survenus.

30. Atteint de très-légères brûlures. Pris sous un éboulement qui a déterminé la fracture des os propres du nez, la disparition de l'os incisif et l'écrasement de la poitrine. Était au sommet d'un plan formant un cul-de-sac de quelques mètres, au delà de la galerie suivie par le courant principal. Le choc direct au sommet du plan a déterminé l'éboulement qui a produit la mort.

31. Brûlure légère des cheveux, de la barbe et des mains. Était dans un cul-de-sac, à peu de distance du courant principal. On l'a trouvé accroupi sur les coudes et les genoux, la tête près d'un barrage communiquant avec le puits d'extraction par une conduite obstruée, qui laissait pénétrer dans les travaux une faible quantité d'air. L'ouvrier avait connaissance de cette disposition; il est donc probable qu'il a eu le temps de réfléchir et de se placer dans la situation ci-dessus décrite. Est-ce après la brûlure? Le gaz enflammé l'a-t-il atteint en ce point même? Cette dernière hypothèse est la plus probable, tant est rapide l'asphyxie dans les coups de grisou.

Un dernier groupe, enfin, a trouvé la mort dans les travaux d'avancement du deuxième étage, que l'explosion a dû transformer subitement en cul-de-sac en arrachant les portes qui assuraient le passage de l'air.

32. Moustaches brûlées; les cheveux sont absolument intacts.

33. Quelques touffes de cheveux appartenant à la partie droite de la tête sont roussies sur une étendue de quelques millimètres.

34. Brûlure très-légère des cheveux en arrière et à gauche. A été trouvé couché sur le côté droit, la face reposant sur une hache, qui lui a fait à la lèvre supérieure une blessure légère, mais évidente. Pour que cette solution de continuité se soit produite, il a dû y avoir chute, ce qui indiquerait une asphyxie à peu près instantanée.

35. Brûlure très-légère de l'extrémité des cheveux d'une tempe à l'autre, en suivant le contour antérieur de la chevelure. A été trouvé couché sur le dos, à côté du précédent.

Ces quatre ouvriers étaient dans la galerie de roulage; les n° 32 et 33, à quelques mètres du premier coude décrit par le courant enflammé qui avait parcouru alors environ 50 mètres. Les n° 34 et 35 à 80 mètres plus loin avec les cinq suivants :

36. Pas de traces de brûlures; trouvé dans la traverse qui mettait en communication la galerie de roulage avec la galerie d'aérage.

37. Pas de brûlures.

38. Pas de brûlures. Couché sur les pieds du précédent, à quelques mètres du front de vaille.

39. Pas de brûlures. Rouleur trouvé derrière sa benne, dans une position naturelle.

40. Pas de brûlures. Trouvé couché sur le ventre, les mains étendues en avant, paraissant avoir succombé au moment même où il fuyait ou essayait de fuir. Cet ouvrier était derrière une gaîne en planches, dont il avait à surveiller spécialement la construction et l'entretien, et dont le but, en avançant au fur et à mesure, était d'aérer toujours le front de vaille, en forçant l'air à la suivre jusqu'à son extrémité. Les pieds étaient vers l'avancement, la tête dans le sens du courant dont la marche est ici prise sur le fait.

Il est évident que la dilatation a refoulé l'air de la galerie de roulage, brûlant légèrement les quatre ouvriers qu'elle contenait, puis asphyxiant ceux de la galerie voisine, où le manque d'air ne permettait pas à la combustion de se faire.

Six autres ouvriers restent ensevelis sous des éboulements que, présentement, MM. les ingénieurs ont reconnu trop dangereux à explorer. C'est dans l'un des deux descendants parallèles où ils se trouvent, qu'on place avec raison le point de départ du feu.

THÉRAPEUTIQUE

Du podophyllin dans la colique hépatique et les calculs du foie.

Par le docteur Mercadié.

Je lisais, il y a deux mois, dans un journal de médecine de Florence *Lo Sperimentale*, un article sur l'emploi du podophyllin dans les coliques hépatiques et les calculs du foie. Le professeur Bufalini, auteur de cet article, racontait les deux faits suivants :

Une femme de quarante-cinq ans avait depuis longtemps des coliques hépatiques violentes, et elle ne trouvait de soulagement que dans l'emploi de purgatifs énergiques qui lui faisaient rendre des calculs volumineux. Mais ces purgatifs ayant été continués longtemps, il était survenu une entérite qui l'obligea à y renoncer. Le docteur Bufalini, appelé à ce moment, fut frappé de ce fait, et il songea malgré l'entérite, à donner de petites doses de podophyllin (1 centigramme par jour), qui devait, pensait-il, produire beaucoup mieux que les autres purgatifs, le résultat déjà obtenu et sans amener d'inconvénient. Le podophyllin jouit, en effet, d'une efficacité remarquable dans l'hypérémie du foie, comme l'a reconnu Van den Corput. On sait aussi, qu'injecté dans le duodénum d'un chien, il augmente considérablement la sécrétion biliaire et que la bile contient, dans ce cas, une plus grande quantité de matériaux solides. En empêchant la rétention de la bile et l'agrégation de ses matériaux cause efficiente des calculs biliaires, le podophyllin pouvait donc conduire à un bon résultat; du moins, il était permis de l'espérer. Or, c'est précisément ce qui arriva dans le fait dont nous parlons. Les coliques hépatiques disparurent très-rapidement et le catarrhe intestinal aussi. Pendant un an, le podophyllin fut continué sans le moindre inconvénient, et les coliques ne se sont plus reproduites, quoique deux ans se soient maintenant écoulés depuis qu'on a cessé le médicament.

Le docteur Bufalini eut encore l'occasion d'administrer le podophyllin dans un cas semblable, et il obtint à peu près le même résultat.

Il s'agissait d'une dame, atteinte depuis plus de deux ans de coliques hépatiques très-violentes et qui rendait fréquemment des calculs. Pendant un an, elle avait été soumise infructueusement aux divers traitements préconisés en pareil cas : bains, évacuants, remède de Durande, chloroforme, injections sous-cutanées, etc. Le docteur Bufalini, appelé en consultation, conseilla un centigramme de podophyllin par jour, et rapidement, coliques et calculs disparurent. Le podophyllin ayant été suspendu après quelque temps, la santé se maintint encore pendant huit mois, puis les coliques et les calculs se montrèrent de nouveau, pour cesser presque aussitôt après la reprise du médicament.

Ces deux faits, que j'ai tenu à citer à cause de l'autorité du docteur Bufalini, et parce que je n'ai encore vu nulle part cette indication du podophyllin, m'avaient vivement frappé, et je voulus en vérifier immédiatement l'exactitude. Je soignais depuis longtemps une dame qui avait des coliques hépatiques intenses et se reproduisant deux et trois fois par mois. Je parvenais à la soulager par des injections de morphine, mais c'était tout; un régime végétal soutenu, les eaux de Vichy, n'avaient jamais empêché le retour des calculs. Ayant sous la main des pilules de podophylle, que j'emploie dans la constipation, de préférence au podophyllin des pharmacies que j'ai souvent trouvé infidèle, j'en donnais une tous les soirs au moment

du dernier repas. Une crise venait d'avoir lieu et depuis il n'en est survenu aucune autre. Il y a bientôt deux mois, que chaque soir cette malade prend un centigramme de podophylle, et je me propose de continuer pendant quatre ou cinq mois encore. J'interromprai alors, et s'il survient la moindre atteinte, je recommencerai à nouveau.

Pendant les quinze premiers jours de traitement j'ai fait garder les selles, et plusieurs fois elles contenaient des calculs, mais j'ai dû faire cesser cette expérience à cause de l'ennui qu'elle occasionnait.

Je me suis hâté peut-être un peu pour donner le résultat de cette observation, mais comme elle a déjà pour précédents celles du docteur Bufalini et que le fait acquis, même en se bornant là, est encore très-digne d'attirer l'attention, il m'a semblé qu'il était urgent de faire connaître au plus tôt cette médication aux médecins. Elle ne présente aucun inconvénient, on peut donc l'essayer les yeux fermés; or, si elle doit éviter à de nombreux malades ces terribles angoisses que nous connaissons et qui retentissent bien quelque peu sur nous, je crois qu'il ne faudra pas trop reprocher à cette communication d'être prématurée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une brochure relative à un *nouveau pelvimètre*, par M. le docteur Vassèges;

2° Une notice sur le *Boston city hospital*, et une revue clinique du même établissement, pour l'année 1876.

PRÉSENTATIONS

M. GUYON présente, de la part de M. Émile Vibert (du Puy), plusieurs brochures intitulées : 1° *Etude pratique sur les injections sous-cutanées de morphine*; — 2° *Application des injections sous-cutanées de morphine à la thoracentèse ;* — 3° *De l'influence pernicieuse des alcôves sur les accouchées*; — 4° *De la réunion immédiate des plaies par les ligatures profondes.*

M. MAGITOT offre en son nom, un volume intitulé : *De quelques anomalies du système dentaire chez les hommes et chez les mammifères.*

RAPPORTS

M. DELENS donne lecture d'un rapport sur divers mémoires adressés par M. le docteur José Pereira Jimanarès (de Rio-Janeiro). Le premier est intitulé : *Des opérations nécessitées par les rétentions d'urine.* C'est une thèse d'agrégation, bien faite, mais qui n'offre rien d'original. Le second a pour titre : *De l'aïnhum.* C'est une affection rare des orteils qui s'observe dans la race nègre. Elle consiste en une sorte de momification avec ulcération profonde à la base des petits orteils, ulcération qui finit par les détacher complètement. La cicatrisation semble être la règle après la chute de l'orteil. M. Le Roy de Méricourt a publié un travail sur cette maladie dans les *Archives de médecine navale.* M. Beauregard en a fait le sujet de sa thèse, il y a deux ans. Enfin, M. Verneuil a publié en 1862, une observation qui paraît se rapporter à cette affection.

Le troisième mémoire de M. Jimanarès est manuscrit et comprend trois observations d'anévrysmes, guéris par différents moyens. L'un, un anévrysme de la carotide primitive, a été guéri après cinq séances d'électrisation.

Les mémoires de M. Jimanarès seront déposés aux archives et l'auteur sera inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant étranger.

Empyème par le thermo-cautère. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation d'*empyème par le thermo-cautère* adressée par M. Féréol, médecin de l'hôpital Lariboisière. Le malade était affecté d'une pleurésie tuberculeuse. L'opération a duré un quart d'heure et a été très-douloureuse. La ponction de la plèvre a été faite avec le bistouri. A partir du troisième jour, la plaie commença à s'agrandir, l'espace intercostal s'ouvrit largement, le périoste de la côte inférieure se décolla et la côte se trouva à nu, sur un espace de dix à douze centimètres. Au huitième jour, il y eut une hémorrhagie grave par l'angle postérieur de la plaie. Le malade succomba bientôt aux progrès de la tuberculisation. M. le rapporteur pense, comme M. Féréol, que le bistouri est préférable pour cette opération qui est toujours douloureuse, le malade ne pouvant pas être soumis au chloroforme, et qu'il est bon de faire promptement. Le thermo-cautère ne pourrait être utile que dans le cas de pleurésie gangréneuse, pour mettre les surfaces de section à l'abri de l'infiltration des matières septiques.

DISCUSSION

M. VERNEUIL a pratiqué l'empyème deux fois avec le galvano-cautère et une fois avec le thermo-cautère. Ces deux instruments sont, du reste, tout à fait comparables dans leurs résultats. L'opération a duré quatre à cinq minutes, ce qui est long pour une opération très-douloureuse qui se fait beaucoup plus rapidement avec le bistouri. Dans un cas, il y avait de l'œdème de la paroi thoracique et l'instrument s'éteignait à chaque instant dans la sérosité. Dans un autre cas, une fistule a succédé à la ponction. Le troisième malade a succombé le lendemain, sans qu'on puisse attribuer ce dénouement fatal à l'emploi du galvano-cautère : M. Verneuil admet les conclusions de M. Féréol et de M. Tillaux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle qu'Ambroise Paré a fait la thoracentèse par le fer rouge, et que cette opération a été abandonnée depuis longtemps.

RAPPORTS

M. POLAILLON donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Pros (de la Rochelle) sur les avantages de son appareil obstétrical à tractions continues. Un rapport a déjà été fait sur ce sujet, et la commission n'a pas jugé que le perfectionnement apporté par M. Pros à son instrument primitif, perfectionnement qui consiste à permettre de faire les tractions dans l'axe du vagin, soit assez important pour qu'il y ait lieu de faire un nouveau rapport.

Le second travail dont M. Polaillon a été nommé rapporteur est une observation dont M. Pinard a donné lecture dans la séance du 9 mai. Elle est intitulée : *Insertion vicieuse du placenta; insertion marginale; présentations successives du siége et de l'épaule; version par manœuvres externes; application de la ceinture abdominale; accouchement en position iliaque gauche antérieure.* M. le rapporteur conclut qu'il est possible de placer le fœtus de manière à ce qu'il se présente par le sommet. La version par manœuvres externes permet d'obtenir ce résultat, qui est très-important, surtout lorsque la présentation du tronc s'accompagne d'hémorrhagies. La ceinture proposée par M. Pinard est un excellent moyen de maintenir la position obtenue par la version externe. En 1852, un praticien, dont M. le rapporteur ignore le nom, a publié une observation d'un cas de ce genre où la position avait été maintenue à l'aide d'un bandage inguinal double dont les pelotes étaient agrandies à mesure que la grossesse avançait.

COMMUNICATION

Épanchement sanguin considérable de la fesse; ligature de la branche superficielle de l'artère fessière; guérison. — M. NICAISE communique l'observation suivante : un maçon entre dans son service pour une contusion de la fesse, avec épanchement profond, sans battements ni souffle. Cet homme avait eu, dix ans auparavant, une plaie par arme à feu qui avait donné lieu à de nombreuses hémorrhagies. Quatre ans plus tard, il fit une chute sur la fesse, chute qui fut suivie d'un épanchement sanguin, qui fut traité par le drainage. Au mois de janvier dernier, il fit une nouvelle chute, qui a amené les mêmes accidents. Après un traitement résolutif de quelques jours, le malade fut envoyé à Vincennes. Il en sortit dans le même état et rentra à l'hôpital. Le 5 mars, M. Nicaise

pratiqua une incision, par laquelle il fit sortir une grande quantité de caillots et de la sérosité sanguinolente, pesant ensemble 750 grammes. Mais le suintement sanguin persista, malgré l'emploi de divers moyens hémostatiques. M. Nicaise fit alors une incision cruciale et plaça une pince hémostatique sur une branche superficielle de l'artère fessière. Dans la cavité, furent placés quelques bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure de fer. Pansement avec des compresses d'eau phéniquée recouvertes d'un taffetas gommé. Trois jours après, les pinces tombèrent. L'urine, examinée avant la ligature, réduisait fortement la liqueur de Fehling; elle la réduisit de moins en moins après l'opération, et à la fin du mois de mai, il n'y avait plus trace de glycosurie. Le malade partit guéri à Vincennes, et la guérison s'est maintenue depuis.

PRÉSENTATION DE MALADE

Trachéotomie par le thermo-cautère. — M. BERGER présente une malade qu'il a trachéotomisée par le thermo-cautère, et dont la plaie s'est cicatrisée rapidement et régulièrement. (Commission : MM. Perrin, Nicaise, Anger.)

La séance est levée.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1877.

103. Fortris. De l'enclavement de la capsule ou cristallin après l'opération de la cataracte par les nouveaux procédés et des moyens propres à y remédier.
104. Poisson. Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale antérieure.
105. Salle. Étiologie de la carcinose.
106. Colignon. Recherches sur la caséine et ses sels.
107. Laurent. De la vomique dans la pleurésie purulente spécialement au point de vue du pronostic.
108. Lechevalier. Essai sur la rétention du placenta.
109. Comte. Des accidents du cathétérisme de l'œsophage. Emploi du chloral dans le rétrécissement spasmodique.
110. Maunoury. Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours. — L'administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) nous prie d'annoncer que, dans le courant du mois d'avril 1878, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour une place de médecin. Ce concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

S'adresser, pour les conditions du concours, aux secrétariats des hospices de Lyon et de Saint-Étienne.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 8 juillet 1877, aux environs d'Étampes.

On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra, à sept heures du matin, le train pour Étampes.

— M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 8 juillet, dans la vallée de Chevreuse.

Rendez-vous à la gare de Montparnasse, à sept heures et demie, pour le train partant de Paris à huit heures pour la station de La Verrière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par P. TILLAUX, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. — Premier fascicule : *De la tête*, 400 pages grand in-8° avec 100 figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. 50. — Deuxième fascicule : *Colonne vertébrale, cou, membres supérieurs et thorax*, 306 pages grand in-8°, avec 73 figures tirées en noir et en couleur. Prix : 7 francs. — Troisième et dernier fascicule, première partie : *Abdomen, organes génito-urinaires de l'homme*, 256 pages, avec 36 figures tirées en noir et en couleur. Prix : 5 francs. Deuxième partie, contenant : *Les organes génito-urinaires de la femme, le périnée et les membres inférieurs.* — Prix : 4 fr. 50.

Prix de l'ouvrage complet, 1 très-fort volume grand in-8° de plus de 1,200 pages, avec 250 figures tirées en noir et en couleur, et intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise, 25 francs. — Paris, P. Asselin.

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par J.-M. CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Recueillies et publiées par le docteur BOURNEVILLE. — Tome II, 4e fascicule : Tabes dorsal spasmodique, Hémichorée post-hémiplégique; Paraplégies urinaires; Vertige de Ménière; Épilepsie partielle d'origine syphilitique. — Appendice in-8° de 225 pages avec 5 planches. Prix : 5 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8°, 26 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la pachy-méningite spinale et de ses caractères ophthalmoscopiques.

L'histoire de la pachy-méningite spinale, ou lésions de la dure-mère rachidienne, est encore incomplète. Les observations en sont rares, et il en faudra encore beaucoup pour qu'on puisse décrire complétement cette maladie. En outre des pachy-méningites produites par les caries vertébrales, cause dont on comprend bien l'influence, les autres ont une étiologie infiniment plus obscure, et il importe de multiplier les faits afin de créer des archives pour l'avenir. Aussi, sans tirer aucune conclusion hâtive des faits que j'ai observés, je les publie pour qu'ils puissent un jour servir à l'histoire des maladies de la dure-mère rachidienne. Il s'agit, dans le premier cas, d'une carie vertébrale, et dans l'autre, d'une enfant sur laquelle on avait peu de renseignements, que l'on croyait atteinte de paralysie atrophique graisseuse, et chez laquelle l'autopsie a révélé des lésions de la dure-mère rachidienne que l'on ne s'attendait pas à rencontrer.

Pachy-méningite suite d'hémorrhagie rachidienne. — W..., âgée de trois ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 1er mai 1875, salle Sainte-Catherine, n° 48, pour de la diarrhée, et elle y mourut le 27 juin suivant.

Cette enfant, sur laquelle on n'a pu avoir de renseignements bien précis, parce qu'elle était en nourrice, loin de sa mère, est malade depuis un mois. Depuis cette époque, elle a de la diarrhée. Avant-hier soir, elle a eu une convulsion qui a duré une demi-heure, hier elle en a eu une autre de deux heures. Pendant l'attaque elle était très-rouge. En finissant, selles abondantes.

Cette enfant présente une déformation rachitique du squelette, et de plus une paralysie atrophique du membre inférieur droit, qui est entièrement inerte, amaigri, dont les orteils présentent de la contraction.

L'enfant a été prise de scarlatine, dans les salles, avec angine pultacée, et au moment de la guérison de la fièvre éruptive, il s'est fait un bubon scarlatineux qui a suppuré, qui a exigé des ouvertures et est guéri.

Elle mange peu et a toujours un peu de diarrhée. Elle s'éveille dans la nuit en poussant des cris aigus, et son état de contracture paralytique ne change pas. Les yeux présentent comme altération à l'ophthalmoscope un état diffus rougeâtre du nerf optique, qui rend peu visibles les contours de la papille.

L'enfant s'affaiblit de plus en plus et elle meurt le 27 juin 1875.

Dans le canal rachidien, dont les os ne sont point malades à la face postérieure de la dure-mère, de la région cervicale à la région lombaire, il y a un exsudat gélatineux grisâtre, épais, adhérent à la membrane fibreuse, d'une épaisseur de deux à trois millimètres et ayant l'aspect d'une fausse membrane. En avant rien de pareil, et sur les côtés, au niveau de la sortie des nerfs, une suffusion sanguine abondante entourant le nerf.

La dure-mère incisée montre la moelle très-fortement vascularisée, mais sans lésion appréciable à l'œil nu.

Le nerf sciatique droit, correspondant au coté paralysé, est assez gros et offre une teinte violacée considérable due à la suffusion sanguine.

La dure-mère cérébrale et le cerveau n'offrent rien de particulier.

Réflexions. — Aucun renseignement n'a indiqué la date de la paralysie atrophique et de la contracture du membre inférieur droit chez cette petite fille. Il est probable que l'origine de cette paralysie coïncide avec les convulsions qui ont précédé l'entrée à l'hôpital et qu'elle est la conséquence de l'hémorrhagie rachidienne, mais rien ne permet de l'affirmer.

Voici l'autre observation :

Pachy-méningite cérébro-spinale. — Suite du mal de Pott. — Thrombose des sinus de la dure-mère et méningite finale. — Ophthalmoscopie. Névro-rétinite. — Gervaise, six ans et demi, entrée le 4 mars, a eu la coqueluche et la rougeole il y a quatre ans. Il y a dix-huit mois, douleurs dans les membres passées au bout de quelques semaines. Depuis un mois, douleurs dans le cou et le dos, irradiant dans les membres et la faisant beaucoup souffrir. Elle présente, à la sixième cervicale et troisième dorsale, des proéminences marquées avec incurvation antéro-postérieure du rachis et propulsion de la tête en avant. L'état général est bon, l'enfant mange et digère bien.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont assez pâles et nuageuses sur les bords cachés par l'infiltration. Il n'y a pas d'altération des vaisseaux ni de tubercules dans la choroïde.

Depuis cinq jours, après avoir eu des vomissements, de la diarrhée suivie de constipation, elle est très-affaiblie, poussant des plaintes bruyantes et continuelles. Elle a été prise de convulsions caractérisées par la déviation des yeux à droite, l'inclinaison de la tête du même côté, la paralysie avec résolution du membre supérieur droit, une paralysie moindre du membre supérieur gauche, dans les doigts, sans contractures, un peu de contracture des membres inférieurs, persistance obscure de la sensibilité, conservation

des mouvements réflexes, paralysie complète du diaphragme, la respiration ne se fait que par les intercostaux.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont gonflées, anémiques, blanches; leur contour a perdu sa netteté, est légèrement diffus, sans altération rétinienne; les artères sont presque invisibles et n'ont pas de double contour; les veines sont rares et très-contractées; le pouls, aujourd'hui, est ralenti, régulier (60); l'enfant est absolument sans connaissance. T. = 37.2.

Depuis hier, l'enfant dort et ne crie que si on la touche. Elle est restée avec de petites contractures dans les extrémités, sans vomissemets, sans diarrhée et n'ayant absolument rien bu. Ce matin elle est dans une somnolence complète et paraît avoir un peu plus d'hémiplégie à gauche. Le côté droit du visage seul se contracte, la panpière se contracte et l'œil est immobile tandis que l'œil gauche a un certain nombre de mouvements. Quelques soupirs, pas de grincements de dents. Pouls régulier (100). T. = 37.

15 avril. — L'enfant est mourante, avec des râles bronchiques d'agonie, et depuis hier, la papille, un peu plus rosée, est devenue diffuse, à peine distincte de la choroïde. Les veines, hier peu apparentes, sont aujourd'hui doublées de volume, fluxueuses et remplies de thromboses.

Morte dans la nuit.

Autopsie. — La *colonne vertébrale* présente, à la région cervicale et au niveau de la deuxième dorsale, les gibbosités observées pendant sa vie. Le canal rachidien étant ouvert, on trouve à cette région, autour de la dure-mère spinale adhérente en avant au corps des vertèbres, un foyer caséeux, hémorrhagique et gélatineux. Ce foyer a environ six centimètres de long. La partie caséeuse correspond avec la dégénérescence caséeuse des vertèbres cervicales dont elle n'est que la continuation. Autour de la partie caséeuse se trouve une infiltration gélatineuse opaline, pulpeuse, renfermant une large infiltration hémorrhagique de sang noir.

Trois corps de vertèbres cervicales sont envahies par l'ostéite, et au devant de ces corps de vertèbres altérés, se trouve un foyer de matière caséeuse blanc-jaunâtre molle, ne dépassant pas quatre centimètres.

Au-dessous de la dure-mère, dans la partie correspondante à la pachy-méningite, la moelle épinière est ramollie et offre une légère coloration jaunâtre-claire ecchymotique, dans laquelle on ne reconnaît plus de substance grise. Au-dessous et au-dessus de cette partie ramollie, la moelle est saine, ferme, et la partie grise s'y reconnaît très-aisément.

Au niveau de la troisième dorsale, il y a une autre vertèbre dont le corps est altéré, caséeux et communique avec un petit foyer caséeux prévertébral. Ce foyer ne communique point avec la cavité rachidienne dont il n'est séparé que par une membrane fibreuse très-mince.

Dans le *crâne*, il y a *thrombose des sinus de la dure-mère*, et dans le sinus longitudinal supérieur, le caillot qui l'occupe tout entier est jaunâtre, opaque, décoloré dans sa partie postérieure, tandis qu'en avant, il est noir cruorique. Partout ailleurs, les caillots sont noirs.

Le *cerveau* présente une notable hypérémie avec thrombose des veines méningées, et à la base une notable infiltration purulente du chiasma et de l'espace interpédonculaire, se prolongeant un peu dans les scissures de Sylvius. Il y a çà et là, dans la scissure et sur les hémisphères, quelques granulations miliaires opaques, tuberculeuses, grosses comme des têtes d'épingle.

Dans l'*arachnoïde*, sur le feuillet transparent qui passe du cervelet sur la moelle au niveau de la pointe du quatrième ventricule, il y a trois granulations miliaires tuberculeuses grises, grosses comme de petites têtes d'épingle.

Les *yeux* ne présentent pas de tubercules de la choroïde. La papille est effacée, peu visible, et en dehors du globe oculaire le nerf optique, préalablement ligaturé dans un passage dans le trou optique, ne présente pas d'hydropisie de la gaine vaginale.

Les *poumons* sont congestionnés et ne renferment pas de granulations grises tuberculeuses. Il y a seulement, au sommet du poumon, un petit noyau tuberculeux dur, jaunâtre, sans ramollissement, gros comme un noyau de cerise et entouré d'une petite zone d'induration pulmonaire rouge.

Le *foie*, la *rate*, les *reins* ne présentent rien de particulier.

Le *cœur* présente une forte endocardite végétante mitrale.

Réflexions. — Dans ce fait il y a deux choses sur lesquelles il faut porter son attention. L'une est la carie vertébrale avec ses conséquences de pachy-méningite spinale et de méningite cérébrale consécutive, et l'autre la névrite optique dans toutes les phases de son développement, depuis la lésion provoquée par la maladie de la moelle épinière, jusqu'à celles, toutes différentes, occasionnées par la méningite finale et la thrombose des sinus.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il n'y avait qu'une carie des vertèbres sans complication, caractérisée par une double gibbosité cervicale et dorsale peu accusée sur l'un et sur l'autre point. Avec ces gibbosités, paraplégie incomplète du mouvement des membres supérieurs et de la sensibilité, vision intacte et légère diffusion des contours papillaires avec hypérémie des petits vaisseaux sans dilatation des veines rétiniennes.

L'état général était bon, l'enfant ne toussait pas, mangeait bien et n'avait pas de diarrhée.

Peu à peu les forces se sont affaiblies, le mouvement a diminué, l'appétit s'est perdu et il s'est manifesté un état de cachexie anémique scrofuleuse considérable.

Alors parurent quelques vomissements sans constipation et sans altération du pouls, des plaintes bruyantes, continuelles, dont l'origine n'a pu être précisée, de la somnolence entre les plaintes, ce qui put faire supposer une méningite que l'ophthalmoscopie permit d'affirmer.

Les deux papilles rosées, nuageuses, un peu anémiques, étaient diffuses, et leur contour plus incertain avait perdu sa netteté sous une étroite infiltration péripapillaire. Les artéres étaient filiformes, presque invisibles, et les veines, peu dilatées au centre, étaient flexueuses à la periphérie.

La méningite s'accentua de plus en plus par la somnolence permanente, par les soupirs et la paralysie incomplète, avec contracture des membres supérieurs et inférieurs, par la fréquence du pouls, par la névrite s'accusant chaque jour davantage et arrivant à montrer la thrombose des veines rétiniennes, révélatrice de la thrombose des sinus de la dure-mère, puis l'enfant succomba.

Tout a été justifié et expliqué par la nécropsie. Le point de départ des accidents est dans la carie vertébrale. Cette lésion a produit l'affaiblissement du mouvement des membres inférieurs, puis, par l'extension du foyer de la carie cervicale, la matière caséeuse faisant irruption dans le canal rachidien, de cet accident est résulté une pachy-méningite, c'est-à-dire une exsudation gélatineuse, hémorrhagique, adhérente aux lames des vertèbres et à la dure-mère, compliquée de ramollissement aigu, blanc jaunâtre de la moelle, entraînant la paralysie et la contracture des quatre membres. C'est alors que la phlegmasie méningo-spinale, remontant dans le crâne, a engendré la méningite et la thrombose des sinus de la dure-mère.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi dans la carie vertébrale. Je n'ai rien trouvé de pareil dans les autres autopsies de mal de Pott, qui ont été faites cette année dans mon service, ni dans les années précédentes. Je n'ai vu cette complication que sur trois malades, par conséquent, il faut la considérer comme étant une chose assez rare.

Le second point sur lequel je désire appeler l'attention, ce sont les altérations du nerf optique et de la rétine, étudiées

jour par jour, dans les différentes phases de la maladie et offrant elles-mêmes des phases différentes.

Tout d'abord, au moment de l'entrée à l'hôpital, lorsque le mal de Pott était exempt de complication de méningite spinale ou cérébrale, et qu'il n'y avait que paraplégie incomplète, le nerf optique était peu malade. Il n'avait alors que l'hypérémie et le gonflement des maladies de la moelle épinière. Ses contours étaient assez visibles, mais un peu voilés.

Un mois plus tard, la méningite spinale et cérébrale étant déclarées, on vit le nerf optique toujours gonflé, mais pâle et ses contours diffus, effacés par une zone étroite d'exsudation péripapillaire. Les artères étaient filiformes et les veines peu dilatées avec un liséré blanchâtre d'œdème le long de leur trajet.

Quarante-huit heures avant la mort, le tableau change. Le nerf optique gonflé est diffus au point d'être à peu près invisible, il est nuageux, à peine distinct de la choroïde; les artères ont tout à fait disparu et les veines sont très-dilatées, flexueuses, avec thrombose dans les veines principales, et sur quelques-unes un liséré d'œdème blanchâtre accompagnant le vaisseau.

Dans ces yeux, étudiés tous les jours, on a donc vu : 1° l'altération papillaire des maladies de la moelle, lorsqu'il n'y avait que le travail pathologique de la carie vertébrale propagé au canal rachidien; 2° les altérations de la névrite optique due à la méningite cérébrale; 3° enfin, les altérations des veines rétiniennes par thrombose annonçant la thrombose des sinus.

De plus, en étudiant sur le cadavre le nerf optique, pour voir s'il y avait une hydropisie de la gaîne vaginale, nous avons vu que cette gaîne vaginale renfermait à peine une gouttelette de sérosité qui, étant donné le décubitus de l'enfant sur le dos, devait tomber dans le trou optique sans monter au trou sclérotical, et ne pouvait faire d'étranglement de ce nerf dans l'anneau.

Il faut savoir, d'ailleurs, que si l'on recherche l'existence de cette hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique en dehors de la méningite, on la trouve au même degré dans d'autres maladies. Ainsi, dans le croup, dans l'entérite tuberculeuse, dans un cas de mort par vésicatoire devenu gangréneux, j'ai trouvé cette hydropisie, sans que pendant la vie il y ait eu aucun étranglement de la papille du nerf optique. Ce sont des recherches à continuer, et dans quelque temps, une publication spéciale fera connaître les résultats auxquels je suis arrivé.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas de méningite, admettons encore comme un fait capable de fournir une explication de la névrite optique, des méningites, l'existence d'un faible degré d'hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique constatée sur le cadavre. Sachons, toutefois, que cette explication n'est pas la seule à fournir. Ainsi, chez la même enfant, nous avons constaté une ancienne thrombose du sinus longitudinal de la dure-mère et des veines méningées, ainsi qu'un gonflement du nerf optique par hyperplosie des éléments conjonctifs du nerf. On peut donc se demander, dans ce cas, si la prolifération conjonctive intertubulaire du nerf optique, qui se prolongeait jusque dans l'anneau sclérotical, en faisant disparaître la myéline et comprimant les tubes nerveux, n'étranglait pas la papille dans l'anneau sclérotical, plus que la goutte de sérosité descendue des espaces sous-arachnoïdiens. C'est *la théorie de l'étranglement du nerf par lui-même*, ou de *l'étranglement hypertrophique*, en face de *l'étranglement hydraulique*. Mais si l'on veut rester dans le vrai, il ne faut pas opposer ces deux théories l'une à l'autre, car elles sont également vraies, selon les cas, et plus d'une fois on trouvera les deux causes réunies.

Ainsi donc : carie vertébrale, paraplégie incomplète et légère névrite optique; pachy-méningite spinale et méningite tuberculeuse avec névro-rétinite; thrombose des sinus de la dure-mère et thrombose rétinienne avec suffusion séreuse papillaire et péripapillaire, voilà le résumé de cette observation, dans laquelle la cérébroscopie a montré la relation intime des altérations du fond de l'œil avec les lésions de la moelle épinière et du cerveau.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

XI

Depuis que ma conviction est faite sur la nature épithéliomateuse de cette tumeur, je me suis demandé, quel résultat on obtiendrait, au point de vue curatif, en l'inoculant avec le pus d'un chancre simple. D'abord, l'inoculation réussirait-elle sur ce tissu composé de cellules épithéliales ? Je n'en doute pas. D'ailleurs, il en existe des exemples. Dans la deuxième livraison des *Archiv. der Heilkunde*, 1861, M. le professeur Breslaw, de Zurich, a publié la curieuse observation d'une femme, âgée de trente-quatre ans, qui, sujette, depuis quelque temps, à des pertes sanguines et à un écoulement vaginal fétide, présentait des chancres mous et folliculaires au niveau du vestibule. — En l'examinant au spéculum, on constata que la lèvre inférieure du museau de tanche était très-volumineuse et occupée presque en entier par une ulcération, à coloration jaunâtre et aspect lardacé dans une grande partie de son étendue, bleu grisâtre ailleurs et laissant suinter du sang au plus léger contact. La surface de l'ulcération, dépouillée d'épithélium, était mamelonnée et recouverte de papilles hypertrophiées, étroitement serrées les unes contre les autres. A part ces caractères, l'ulcération présentait la plus frappante analogie avec celles qui siégeaient à l'entrée du vagin.

On fit sur la cuisse quatre inoculations, dont deux avec du pus provenant de l'ulcération du museau de tanche et deux avec la matière prise sur le chancre le plus volumineux du vestibule. Au bout de quarante-huit heures, il s'était formé quatre pustules bien développées, dont une provenant de l'inoculation du chancre utérin, ressemblait assez à une bulbe de pemphigus. Ces pustules se rompirent et laissèrent à découvert des chancres dont la guérison fut très-longue,

Comme la lèvre du museau de tanche augmentait de volume, M. Breslaw eut recours à l'amputation du col, à l'aide de l'écraseur linéaire. Il avait diagnostiqué un carcinome épithélial du col dont l'aspect chancreux ne tenait plus qu'à une infiltration purulente de papilles hypertrophiées. L'examen microscopique, fait par le professeur Billroth, démontra qu'il s'agissait, en effet, d'un cancer épithélial des mieux caractérisés. La cicatrisation de la plaie eut lieu après deux cautérisations avec le fer rouge. M. Breslaw a revu cette malade à plusieurs reprises, et il a pu constater qu'elle ne présentait aucun signe de vérole ni de récidive du cancer.

On peut donc implanter un chancre mou sur une surface épithéliomateuse. Mais ce chancre mou détruirait-il complétement tout le mal de façon à en empêcher la récidive? Pénétrerait-il jusqu'aux couches les plus profondes? ne serait-il pas

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet 1877.

arrêté par l'hypertrophie fibreuse et fibro-plastique du derme, qui précède et prépare l'infiltration épidermique de toute la lésion. Il est permis d'en douter. Cependant, lorsque cette lésion se borne à un petit disque très-mince, comme dans le cas qui nous occupe, la chose ne serait pas impossible. Je comprends que le chancre mou du col, dans l'observation de M. Breslaw, ne soit pas venu à bout de la production morbide sur laquelle il s'était greffé. Elle était trop considérable. Il aurait fallu que l'ulcère virulent fût doué d'une propriété phagédénique bien extraordinaire, pour ne rien laisser et pour pénétrer aussi loin que l'instrument tranchant. Mais en serait-il ainsi dans tous les cas? M. Breslaw n'a-t-il pas été trop absolu quand il a dit : « En somme, il me paraît légitime de conclure de ce fait : 1° qu'un chancre mou peut être inoculé sur un chancre epithélial et rester inoculable; 2° que l'épithélioma n'est pas détruit par le chancre, mais qu'il continue à se développer au-dessous et autour de l'ulcération. » J'admets la première conclusion ; je fais des réserves au sujet de la seconde.

Au surplus, c'est une affaire de curiosité scientifique plutôt qu'une question pratique que je soulève ici. — Quand même l'inoculation chancreuse réussirait à détruire complétement un petit cancroïde, il serait toujours plus simple et surtout plus prudent de le détruire avec un caustique, ou mieux encore de l'extirper avec l'instrument tranchant, comme je l'ai proposé à mon malade.

Je ne l'ai pas revu depuis quelque temps et je ne sais quel parti il aura pris. Sans doute ce disque épithéliomateux s'agrandira et se creusera. L'infection ganglionnaire épithéliomateuse se fera-t-elle? et si elle se fait à quelle époque aura-t-elle lieu? C'est là une question de pronostic qu'il est impossible de résoudre. Dans le cancroïde de la verge, cette infection qui s'effectue par le transport direct des cellules reste localisée dans la sphère des lymphatiques et ne dépasse pas les ganglions inguinaux, pour se répandre dans l'organisme. Il arrive souvent qu'elle est très-tardive; on a remarqué qu'elle était plus tardive et plus fréquente dans les cas de récidive après opération. Jusqu'à présent, rien n'indique chez mon malade qu'elle soit imminente, ni même qu'elle se prépare par une prolifération plus active dans les éléments celluleux du foyer morbide.

Outre les abcès aigus non virulents du prépuce, dont j'ai rapporté un cas, il s'en produit aussi qui affectent la forme chronique et qui ne sont symptômatiques ni de la blennorrhagie, ni des chancres simples ou infectants. De pareils faits sont très-rares, puisque je n'en ai observé qu'un seul. On va voir combien leur processus diffère, de celui qu'on a l'habitude d'observer dans les lésions des organes génitaux.

M. A..., vingt-six ans, monteur en bronze, entré le 13 mars 1877, salle 7, n° 3, s'était toujours bien porté. Il n'avait eu qu'une maladie vénérienne, en mars 1871 ; c'était un chancre simple, comme il y en avait tant à cette époque, lequel s'était compliqué d'un bubon virulent et n'avait été suivi d'aucun accident constitutionnel.

Vers le milieu de février 1877, M. A..., à la suite de rapports sexuels avec une femme qu'il voyait habituellement depuis deux mois, s'aperçut d'une petite érosion située dans le sillon balano-préputial. Elle était survenue spontanément et sans violence traumatique.

Le malade vint se faire soigner à la consultation de l'hôpital du Midi; on lui fit faire des pansements avec du vin aromatique et il fut guéri au bout de quelques jours.

Mon interne qui examina et traita cette érosion ne savait si elle était simple ou infectante. Deux ganglions ne tardèrent pas à se développer dans l'aîne droite; ils restèrent indolents mais augmentèrent, même après que l'érosion se fut cicatrisée.

C'est à cette époque qu'il se produisit à quelque distance de l'ulcération, deux ou trois jours avant qu'elle se fermât tout à fait, deux tumeurs dures, sous-cutanées, indolentes, siégeant l'une à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure du prépuce. Elles prirent rapidement, surtout la première, un accroissement énorme.

Le malade présentait l'état suivant, le 14 mars, un mois environ après le début de son affection génitale.

Dans le sillon balano-préputial, un peu à gauche, au point où avait été l'érosion, il n'y avait pas de cicatrice, mais un peu d'engorgement dur, sous-muqueux, ne ressemblant que très-peu à une véritable induration chancreuse.

Derrière le filet, sous la peau et la muqueuse du prépuce siégeait une tumeur grosse comme une noisette, arrondie, régulière, très-légèrement bosselée, indolente, dure, n'ayant aucune adhérence avec les tissus qui l'entouraient, mobile, sans trace d'inflammation périphérique et vaguement fluctuante comme un kyste très-distendu.

Sur le dos de la verge, à droite, dans l'épaisseur du prépuce et se prolongeant en arrière jusqu'au 1/3 antérieur des corps caverneux, une deuxième tumeur, du volume d'une grosse noix, présentait les mêmes caractères que la précédente, c'est-à-dire ceux d'une poche liquide, à parois épaisses et fibreuses, libre et mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérence sauf sur un point de la peau du prépuce qui, à ce niveau, présentait une légère teinte rosée. Elle était régulièrement sphérique, d'une consistance uniforme, très-dure, mais, en la palpant avec soin on y découvrait de la fluctuation. Il n'existait ni en elle ni autour d'elle, aucune trace d'inflammation ancienne ou récente, et elle était absolument indolente.

Dans l'aine gauche, les ganglions lymphatiques avaient leur volume et leur consistance de l'état normal. Dans l'aine droite, il s'était développé une grosse adénopathie diffuse mesurant quinze centimètres de longueur pour 5 de largeur, présentant un sommet rouge un peu douloureux, une peau tendue, amincie et un commencement de fluctuation. Tout autour, empâtement comme dans les adénopathies strumeuses.

La santé générale était très-bonne. Depuis quinze jours il s'était fait sur les cuisses, sur le bras et un peu sur l'abdomen, une éruption de petites papules rouges, acuminées, prurigineuses dont quelques-unes étaient recouvertes d'une croûte sanguinolente. Deux ou trois ressemblaient à des papules syphilitiques; mais l'aspect général de l'éruption et l'époque de son apparition éloignaient toute idée de parenté entre elle et l'affection génitale.

Et puis qu'était-ce que cette affection génitale? L'érosion que je n'avais pas vue, et dont je ne pouvais juger que par le peu qui en restait, était-elle une érosion simple ou un chancre infectant? J'inclinais pour une érosion simple et voici pourquoi : c'est qu'un chancre syphilitique, si petit et si superficiel qu'il eût été, aurait laissé une induration plus accusée et plus circonscrite, un mois après son apparition, surtout dans le sillon, où les indurations se produisent si facilement.

Le 17 mars, les tumeurs de la verge étaient toujours dans le même état. Le bubon était devenu fluctuant à son sommet. Je l'ouvris et il en sortit une grande quantité de pus épais, un peu grumeleux, plutôt inflammatoire que strumeux.

Les jours suivants, les tumeurs de la verge diminuèrent un peu; comme elles ne se seraient résorbées qu'avec une lenteur extrême, à en juger par leur indolence et leur caractère kystique, je me décidai à les ouvrir. Le 26 mars, je ponctionnai la

plus grosse avec un trocart explorateur. Il en sortit deux cuillerées à soupe environ d'un pus extrêmement épais et visqueux, de couleur café au lait. En l'examinant au microscope, je le trouvai constitué par une immense quantité de granulations graisseuses, au milieu desquelles on distinguait beaucoup de globules de pus, volumineux, brisés, déformés et qui tous étaient en dégérescence graisseuse. Après l'évacuation du pus, la poche resta encore grosse et dure par suite de l'induration et de l'épaisseur de ses parois. Deux ou trois jours après, je l'incisai largement; elle était remplie de sérosité purulente. Afin d'empêcher le kyste de se reformer, j'en cautérisai l'intérieur au nitrate d'argent.

La petite tumeur fut ouverte elle aussi. Son contenu était le même que celui de la grosse, c'est-à-dire constitué par un pus très-épais et visqueux. *Je l'inoculai sans en obtenir aucun résultat.* Les parois de ces kystes étaient dures et fibreuses. Le bubon ne se fermait pas, mais ne se convertissait point en bubon chancreux; il rejetait un pus mal lié et séreux comme les bubons scrofuleux. Le malade se trouvait mieux, il sortit de mon service après l'évacuation des tumeurs de la verge (sixième semaine de l'affection générale).

CONSIDÉRATIONS MÉDICALES

SUR LA MARCHE ET LES RÉSULTATS DE L'EXPLOSION DE GRISOU QUI A EU LIEU AU PUITS SAINTE-BARBE A GRAISSESSAC LE 14 FÉVRIER 1877 (1)

Par M. le docteur Bourguet.

III

On voit par l'exposé succinct que je viens de faire, à quelle distance ont pu être foudroyés en quelque sorte les malheureux dont j'ai eu à constater la mort. On ne peut se faire une idée même approximative des quantités de grisou nécessaire pour produire un pareil effet, car le premier vide produit par l'explosion favorise nécessairement l'issue de nouveaux volumes de gaz qu'elle provoque en quelque sorte, et il serait téméraire de vouloir les mesurer.

Tout ce qu'on peut assurer, c'est que, presque instantanément, les divers effets de l'explosion sont obtenus. La position notée attentivement sur presque tous les cadavres indique, pour un petit nombre, une attitude défensive. A part ceux déjà signalés, trois ou quatre avaient les avant-bras fléchis à angle droit et ramenés au devant de la face qu'ils semblaient vouloir protéger.

Un plus grand nombre tenaient encore à la main leur panier, leur outil, ou s'appuyaient sur la benne dans l'attitude même du travail, toutes choses qui indiquent l'instantanéité de la mort.

On doit se demander, en présence de ces observations, si l'expression d'asphyxie est bien celle qui convient pour désigner le genre de mort auquel succombe une partie des mineurs dans un coup de grisou. La question de l'asphyxie n'est pas complétement étudiée à l'heure actuelle, mais les notions qui ont cours généralement ne coïncideraient pas dans l'hypothèse de mort par asphyxie, avec certains faits où l'on ne peut constater la moindre révolte, la moindre lutte de l'organisme qui succombe.

Je suis donc disposé à admettre, en considérant la nature du milieu délétère qui succède à un choc subit et très-intense, accompagné ou non de brûlure, qu'il y a d'abord syncope dans la plupart des cas, et asphyxie consécutive.

C'est toujours l'asphyxie blanche que j'ai constatée, et cette forme n'est autre qu'une syncope déterminée par une cause asphyxiante (1).

Ces explications données, chacun modifiera la désignation du genre de mort qui a été notée dans tous les cas comme se rattachant à l'asphyxie, et adjoindra à tel ou tel la syncope, dont l'existence permet de mieux expliquer l'arrêt subit de la vie dans la position même qu'avait la victime au moment de son dernier battement de cœur.

J'ai tenu à entrer à ce sujet dans quelques détails, non pas seulement au point de vue d'une satisfaction scientifique, mais encore à celui d'une satisfation morale. Il me paraît certain, en effet, qu'avoir la conviction que, dans semblable castastrophe, les victimes n'ont pas eu même l'idée de la mort, est une pensée consolante.

Au point de vue de l'intensité de la brûlure du grisou, il ressort clairement des faits ci-dessus, qu'elle n'est jamais profonde et qu'elle ne constitue un danger que par son étendue. On a pu voir que tous les points du corps recouverts par les vêtements, avaient été respectés, sauf dans deux cas où la chemise, très-légère et très-vieille avait été carbonisée en partie. De là ressort l'indication évidente de veiller sévèrement à ce que les ouvriers ne descendent pas dans la mine sans être suffisamment vêtus. Cette précaution existe, et des ordres sont donnés à cet effet; il importe cependant de rappeler combien elle est indispensable. Sans doute, dans le cas actuel, rien n'aurait été changé par l'exécution rigoureuse du règlement, mais dans la plupart des circonstances, l'explosion n'est pas générale, et mes observations antérieures, quoique peu nombreuses, m'ont démontré à n'en pas douter que si les instructions des ingénieurs avaient été suivies à la lettre, on aurait pu sauver la vie à quelques brûlés.

A quelle cause convient-il d'attribuer l'injection des muqueuses oculaire ou gingivale, constatée chez quelques-uns des brûlés. Faut-il y voir une brûlure, ou une lésion d'un autre genre? Je me range à cette dernière opinion, et voici pourquoi :

Sur le n° 1 seulement, les cils étaient brûlés; chez tous les autres ils étaient intacts, et bien évidemment si la flamme avait pu atteindre directement la conjonctive, elle eût en même temps détruit les cils. De plus, chez le brûlé qui a échappé à la mort (n° 22), j'ai noté l'intégrité parfaite des yeux, vingt heures après l'accident, tandis que, quatre heures plus tard, se déclarait une conjonctivite double, qui avait spontanément disparu à la visite du lendemain matin, après avoir duré une douzaine d'heures. Sur le vivant, il s'agit évidemment d'une action dynamique se passant dans les vaisseaux capillaires sous l'influence du système vaso-moteur, momentanément troublé dans son action régulatrice.

Sur le cadavre, on peut y voir une action mécanique rapidement obtenue à la suite de la suppression brusque du fonctionnement d'une grande partie de la surface cutanée, action qui a pour résultat la congestion des vaisseaux profonds et de leurs capillaires. Cette hypothèse me paraît d'autant plus vraisemblable, que l'injection des muqueuses a été observée sur les cadavres qui présentaient les brûlures les plus étendues et dont, par suite, une plus grande partie des capillaires de la peau avaient cessé subitement leurs fonctions.

L'issue de la langue entre les arcades dentaires, sa coloration blanche, sa rétraction, indiquant la vacuité de ses vais-

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 juillet.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Asphyxie*.

seaux, est un fait qui m'a frappé sur un certain nombre de cadavres qui ont été remontés après quelques heures. Sur certains autres, retirés plus tard de la mine, et dans un état de décomposition déjà assez avancé, je n'ai pu voir que la projection hors de la bouche de la pointe de l'organe. Je n'ai pu me rendre compte des causes de cette disposition, qui n'a pas été générale, mais dont la fréquence m'a paru mériter d'être signalée. Est-elle due à une action musculaire? Cette action, si elle existe, est-elle directe ou réflexe? Je craindrais d'être trop affirmatif en m'arrêtant à l'une de ces hypothèses.

Sur la première moitié des cadavres, j'ai examiné les pupilles, qui étaient dans l'état à peu près normal; peut-être y avait-il une légère dilatation, qui s'expliquerait par l'obscurité relative dans laquelle se trouvent les chantiers ou les galeries des mines. Il n'existait aucune différence entre la pupille des brûlés et celle des fracturés. Voilà le fait intéressant qu'il convenait de noter. Il est à peu peu près sûr que l'observation, si elle n'avait été empêchée par l'état de décomposition, aurait donné le même résultat sur tous les autres morts.

Quoi qu'il en soit, ces faits tendraient à faire admettre la mort par syncope, puisque la pupille des asphyxiés présente toujours une grande dilatation au moment de la mort.

Une autre preuve est fournie par l'autopsie du cheval, chez lequel, contrairement à ce que l'on observe dans l'asphyxie, le poumon n'était pas gorgé de sang et le cœur droit était sans caillots.

A la suite de ces remarques, il ne sera pas sans intérêt de mentionner quelques circonstances qui ont pu, par leur réunion, favoriser l'explosion ou la rendre plus intense.

D'abord, le jour de l'accident, on avait constaté une baisse notable de la pression barométrique; or il est reconnu que cette diminution favorise l'issue du grisou, qui trouve moins de résistance pour s'échapper des masses qui le contiennent, En second lieu, l'atmosphère fut très-tourmentée pendant la matinée du 14 février 1877. Le vent du Nord soufflait en tempête. A partir de midi, au contraire, le calme le plus complet s'établit et le soleil était très-chaud. Or l'accident eut lieu vers midi et demi.

La couche exploitée était composée de charbon poussiéreux, très-friable, et de récentes études s'accordent à faire jouer un rôle actif aux poussières dans les explosions de grisou. Il convient de dire qu'après l'explosion, MM. les ingénieurs ont cherché en vain à constater sur les piquets de soutènement la présence du coke, qui aurait pu résulter de la haute température à laquelle les poussières charbonneuses auraient pu être portées.

Un dernier détail, triste à signaler, mais dont il est nécessaire de faire ressortir toute l'importance au point de vue de la cause du désastre, doit être donné. On a découvert dans les poches de divers ouvriers deux clefs destinées à ouvrir les lampes de sûreté, une boîte contenant des allumettes; enfin, une pipe contenant du tabac non encore totalement consumé a été trouvée sur le sol d'une galerie, dès les premiers travaux de sauvetage. Il est malheureusement probable qu'on aurait constaté d'autres infractions au règlement, s'il avait été possible de pousser à bout les recherches.

Ces faits donnèrent immédiatement lieu à un ordre de M. l'ingénieur en chef, défendant aux ouvriers des mines à grisou d'avoir des vêtements munis de poches. Tout en approuvant hautement cette mesure, je doute qu'elle suffise à empêcher l'introduction dans la mine des objets défendus.

Si la chose était possible, je crois qu'il conviendrait qu'à part un préposé spécial (un chef de poste, par exemple, un garde, etc.) qui ferait une visite très-sévère, il existât dans chaque chantier un ouvrier sérieux et intelligent qui veillerait à la stricte observation des règlements et aurait le pouvoir de faire renvoyer celui qui commettrait la moindre infraction.

J'ai vu et interrogé un assez grand nombre d'anciens ouvriers, pour affirmer qu'on en trouverait suffisamment dont la surveillance serait sérieuse, car ils sont tous persuadés que la plus grande prudence est indispensable dans les mines à grisou.

Il serait en même temps désirable que l'intégrité des lampes de sûreté fût aussi parfaite que possible. Il existe dans certains modèles un cylindre métallique, recevant dans son intérieur l'extrémité de la flamme, et s'opposant absolument à la pratique déplorable qu'ont certains ouvriers de faire rougir le tamis pour allumer leur pipe. Je voudrais que la présence de ce cylindre fût exigée toujours.

Multiplier les visites et les surveillants, récompenser ces derniers quand ils signaleraient les coupables, faire faire la police de la mine autant que possible par les ouvriers eux-mêmes seraient, je crois, de bonnes mesures. Il ne faut pas pourtant se le dissimuler, on n'obtiendra par ces divers moyens qu'une sécurité relative.

Peut-être, un jour, la science arrivera-t-elle à mettre à l'abri de pareils accidents; en attendant, et sans vouloir empiéter sur des attributions qui ne sont pas les miennes, je me suis permis de rappeler quelques conseils déjà donnés. Je ne me dissimule pas que, fort probablement, je ne serai pas mieux écouté que mes devanciers. L'ignorance et l'insouciance de beaucoup de mineurs perpétueront les explosions de grisou, malgré tout ce qu'on pourra dire ou faire.

Je surprendrai peut-être bien des gens en disant que, moins d'un mois après l'accident du puits Sainte-Barbe, deux ouvriers ont été surpris dans une mine à grisou, l'un fumant, l'autre ayant fait partir un coup de mine.

En présence de pareilles aberrations de l'intelligence, on reste vraiment confondu.

REVUE DE LA PRESSE

De la diarrhée dite de Cochinchine; présence d'un parasite dans les déjections. — A la suite de recherches prolongées sur cette diarrhée particulière, que l'on ne rencontre habituellement que chez les gens qui ont séjourné en Cochinchine, et qui se distingue par une coloration grise avec consistance boueuse et une grande abondance des matières rejetées, la tenacité et l'incurabilité tout à fait remarquables du flux diarrhéique, l'absence de ténesme, de sang, et en général de tous symptômes inflammatoires ou apyrétiques, un médecin distingué de la marine, M. Normand, serait parvenu ainsi que nous l'avons fait pressentir dans un de nos articles (*Gaz. des hôp.* 1876, *p.* 829), à établir la nature parasitaire de cette maladie.

Selon lui, il existerait dans les selles des diarrhéiques un ver particulier auquel il donne le nom d'anguillule stercorale. Ce parasite microscopique qu'il est très-facile de constater dans une goutte de matières, avec un grossissement de cinquante diamètres, se rencontre le plus souvent par milliers dans les déjections des malades et à cinq états différents : embryon dans l'œuf, larve à l'état de mue, à l'état parfait jeune et enfin à l'état parfait mâle ou femelle. Sa présence provoque une irritation vive de l'intestin, une entérocolite vermineuse avec hypersécrétion énorme qui n'est pas toujours suffisante pour amener l'expulsion du parasite; alors se produisent de nouvelles générations qui amènent de nouveaux accidents. Peu à peu, l'entérite s'aggrave, les lésions, superficielles d'abord, deviennent plus profondes et le malade peut arriver à un état tout à fait incurable, alors même que, depuis longtemps, les parasites ont cessé

de se montrer dans les selles. Au début la maladie est presque toujours une lienterie; la diarrhée se produit presque d'une façon intermittente, toujours le matin; le processus chronique de la maladie est souvent coupé par des attaques d'entérite aiguë, qui peuvent revêtir soit la forme dysentérique, soit la forme cholérique. L'amaigrissement, l'anémie, l'adynamie se produisent en même temps d'une façon très-rapide. Enfin, si une complication grave tel que le scorbut, l'impaludisme ou la phthisie existent simultanément, la mort du malade peut survenir rapidement.

M. Normand n'a pu encore élucider de quelle manière se produisait l'absorption de ce parasite; toutefois, il lui semble que son introduction, dans l'économie, résulte de l'usage de légumes ou de fruits qui sont cultivés par des jardiniers chinois à l'aide d'irrigations avec du purin humain, qui peuvent laisser sur les plantes des animaux vivants. Enfin, c'est chez les individus débilités par des maladies antérieures ou un changement de climat que se développerait cette affection.

Le traitement que conseille M. Normand est le suivant ; constater si les déjections renferment le parasite, puis balayer l'intestin ; en cas de persistance, le régime lacté exclusif (de deux à quatre litres par jour, par petites quantités à la fois) ; suivre les effets de la nutrition et le parasitisme ; aider, par des purgatifs légers, l'intestin à bien se débarrasser de toutes les matières qu'il renferme ; associer, si c'est possible, l'hydrothérapie au régime lacté ; si, au bout de quinze jours ou trois semaines, le lait semble insuffisant, s'aider de quelques agents parasiticides, l'acide phénique, l'huile de foie de morue à très-hautes doses, le calomel plusieurs fois répété à dose purgative, et reprendre plus tard le régime lacté quand se fait une modification favorable. Plus tard, les eaux thermales, les reconstituants complètent le traitement. (*Arch. de méd. nav.*)

Fracture du col de l'omoplate. Diagnostic différentiel. — M. le docteur Demeules a récemment communiqué à la Société de médecine de Marseille un cas de fracture du col de l'omoplate, qui a donné lieu à une discussion intéressante entre quelques membres de cette assemblée. Il s'agissait d'un homme qui, occupé à charger du foin sur une charrette, était tombé de sa voiture. En se relevant il avait ressenti une douleur dans l'épaule droite. Quand M. Demeules l'examina, il trouva le moignon de l'épaule abaissé dans son ensemble. Au niveau de l'extrémité externe de l'omoplate, il y avait une saillie osseuse très-prononcée; le trapèze était contracté et le bras tombait en dehors. Dans les tentatives de réduction, en remontant le membre, on percevait un craquement très-net, et la lésion se reproduisait dès que l'on abandonnait le bras. La conservation des mouvements de circumduction, en l'absence de l'applatissement de l'épaule, éloignant l'idée d'une luxation ou d'une fracture du col de l'humérus, M. Demeules diagnostiqua une fracture du col de l'omoplate et appliqua un appareil inamovible silicaté en huit, se croisant sur l'extrémité supérieure du scapulum et prenant un point d'appui sur le coude.

En présence d'un cas semblable, M. Demeules ayant fait observer qu'il pouvait y avoir hésitation entre une fracture du col de l'omoplate, une fracture complète de l'acromion ; et même, quoique cette lésion fût éliminée par la crépitation, entre une luxation de l'extrémité externe de la clavicule, M. Chappelain fit remarquer que la fracture de l'acromion pouvait donner lieu à des déplacements différents, suivant le siége de la lésion et que, quant à la luxation de la clavicule, on la reconnaîtrait à ce caractère qu'elle se réduit très-bien avec le compresseur de Petit, placé entre le coude et la clavicule, et se reproduit dès qu'on lâche l'appareil. Enfin, toute incertitude disparaît si, ainsi que le conseille M. Rampal, on a soin, dans les cas semblables, de se préoccuper de la forme de la voûte qui surmonte la tête humérale. Celle-ci, en effet, est déformée s'il y a lésion de l'extrémité externe de l'omoplate ou de l'acromion; elle reste intacte dans la fracture du col de l'humérus (*Marseille méd.*)

Évacuation du pus dans la pleurésie purulente par l'inversion. — M. Raynaud aurait employé avec succès, chez une malade de son service, la méthode thérapeutique suivante. Une jeune fille de quinze ans, convalescente d'une fièvre typhoïde, contracta une pleurésie purulente, et, quelque temps après, se produisit une perforation pulmonaire suivie d'une vomique abondante. L'expectoration étant insuffisante à vider le liquide contenu dans la plèvre et l'état général devenant de plus en plus grave, M. Raynaud eut l'idée de faire placer la malade la tête en bas, au bord de son lit. La première fois qu'on exécuta cette manœuvre, il se produisit une expectoration des plus abondantes, qui amena l'évacuation d'une bonne partie du liquide pleural ; puis l'opération ayant été répétée pendant plusieurs jours de suite et toujours avec le même succès, sous cette influence, la maladie s'amenda rapidement, l'enfant reprit sa force et ne tarda pas à guérir. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Du Traitement du prolapsus utérin par les opérations chirurgicales, par le docteur A. Dard. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1877, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hérard se trouvait un peu mis en cause indirectement par le récit de l'accident que M. Empis avait observé, en employant l'acide salicylique contre le rhumatisme aigu d'après son exemple et ses formules. Aussi s'est-il hâté de venir communiquer à l'Académie, dans tous leurs détails, les résultats dont il m'avait parlé et qui sont vraiment des plus remarquables. Ses observations, dont les premières remontent à l'année 1876, ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu devant un grand nombre d'élèves, et avec toute l'exactitude, toute la précision scientifique de M. Hérard. On en a été vivement frappé.

M. Hérard en était venu à ne plus formuler l'acide salicylique que pour trois jours, à doses rapidement décroissantes, tant il se croyait sûr d'obtenir en trois jours la défervescence et l'apaisement des manifestations articulaires dans le rhumatisme aigu fébrile. Il avait d'ailleurs, avec cette méthode, une contre-épreuve, car ayant cessé prématurément l'emploi de l'acide salicylique, il assistait à des rechutes, qu'il guérissait bientôt par le même moyen.

M. Hardy a obtenu des résultats presque aussi rapides, sans récidives, par le salicylate de soude. Mais son expérience est plus récente, et il paraît moins enthousiaste.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Fièvres intermittentes chez une tuberculeuse.

Nous avons examiné ce matin une femme qui est couchée au n° 7, de la salle Sainte-Adélaïde, et qui présente un certain intérêt à un point de vue tout spécial. Non-seulement, en effet, elle est tuberculeuse à un degré avancé, car elle a, au sommet du poumon gauche, une caverne considérable, mais encore, et c'est sur ce point que je désire appeler votre attention, elle présentait, lors de son entrée à l'hôpital, ceci de particulier que, au lieu de se produire le soir, comme c'est le cas le plus habituel chez les phthisiques, le mouvement fébrile avait lieu le matin. De plus, ce phénomène coïncidait avec une augmentation notable du volume de la rate qui mesurait 18 centimètres dans le sens de sa longueur. Or, ce qu'il y a d'intéressant chez cette femme, c'est de savoir si les accès fébriles tenaient à sa maladie principale, à la tuberculose; ou bien si, à la fièvre qui est le propre de cette affection, n'étaient pas venus s'ajouter des accès paludéens.

Les motifs pour lesquels je suis porté à croire que la fièvre que nous observons chez notre malade reconnaît une autre cause que la tuberculisation pulmonaire, c'est que les accès fébriles qui caractérisent cette affection sont de deux sortes. Tantôt ils sont symptomatiques de poussées inflammatoires qui surviennent dans le poumon, de pneumonie, de bronchite, de pleurésie plus ou moins circonscrites; ils n'ont alors rien de régulier dans leurs allures et, dans ces cas, la fièvre est ordinairement continue ou subcontinue, avec accès vespéraux, et sans qu'il y ait de rémission complète dans l'intervalle qui les sépare. Tantôt, au contraire, les accès ne se reproduisent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, laissant parfois les malades, pendant le temps qui s'écoule avant leur prochaine manifestation, dans une apyrexie complète, quelquefois même, avec une température inférieure à la normale. Tels sont les accès de fièvre hectique : ils ressemblent à ceux de la fièvre intermittente, en ce sens que, dans leur intervalle, il y a cessation absolue du mouvement fébrile et, dans certains cas même, ainsi que je viens de le dire, hypothermie. Mais ils diffèrent de ces derniers par les caractères suivants : d'abord en ce qu'ils surviennent toujours, ou presque toujours, le soir, commençant vers la fin de la journée, et se prolongeant plus ou moins longtemps dans la nuit, puis, en ce qu'ils débutent rarement par des frissons; en ce que la transpiration ne succède pas d'une façon régulière au stade de chaleur qui a précédé, mais commence au moment où les malades s'endorment; en ce que dans l'intervalle qui sépare les uns des autres les accès de la fièvre intermittente, on ne voit pas, comme chez le tuberculeux, la température descendre dans certains cas au-dessous de la normale et que, pendant ce temps, les malades sont dans un état de calme et de bien être parfait; enfin, en ce que le mouvement fébrile, qui caractérise l'intoxication paludéenne, commence presque toujours dans la première partie de la journée, entre minuit et midi, apparaissant en général le matin, pour se terminer dans la soirée, contrairement aux accès fébriles de la fièvre hectique qui ont lieu entre midi et minuit, c'est-à-dire dans la soirée et quelquefois dans le milieu de la nuit.

Si donc, ordinairement, il est possible de distinguer les

accès fébriles paludéens de ceux qui sont le propre de la phthisie pulmonaire, il est cependant des cas, et c'est celui de notre malade, dans lesquels les accès commencent dans la matinée même. Mais, même dans ce cas, on les reconnaîtra facilement aux caractères que je viens de vous indiquer.

Examinons donc comment les choses se passent chez cette femme? A-t-elle une fièvre intermittente paludéenne et comment celle-ci s'allie-t-elle avec la tuberculisation pulmonaire.

La fièvre paludéenne est, comme vous le savez, une espèce d'intoxication, d'empoisonnement. C'est un point sur lequel tous les médecins sont d'accord aujourd'hui. Cet empoisonnement a pour principaux caractères une période d'incubation plus ou moins longue, qui sépare le moment où le malade a contracté le germe de son affection de l'époque à laquelle celle-ci commence à se manifester; les récidives fréquentes qui surviennent chez ces individus; enfin l'altération générale de l'organisme qui en est la conséquence.

Mais si tous les observateurs sont unanimes à voir dans la fièvre paludéenne le fait d'un empoisonnement, ils sont loin d'être d'accord sur les causes capables de le faire naître, et les nombreuses recherches qui ont été entreprises à ce sujet, ont donné lieu, de la part de ceux qui s'y sont livrés, aux résultats les plus différents.

Les uns ont attribué la série des accès de fièvre intermittente à l'humidité exagérée du sol jointe à l'élévation de la température; d'autres ont invoqué l'électricité et ont pensé que, dans la superposition des couches terrestres, il y avait quelque raison suffisante de penser au dégagement d'un courant magnétique capable d'influencer l'économie. Certains ont prétendu que les émanations qui se dégagent des sols paludéens, notamment des gaz, tels que les hydrogènes sulfuré, phosphoré, carboné, pouvaient avancer la fièvre chez les gens qui sont exposés à leur action habituelle. Pour quelques-uns il y aurait, dans l'air qui règne au-dessus des marais, certains acides gras, plus ou moins dérivés de l'alcool et des aldéhides, qui contribueraient, pour une certaine mesure, à la production des accès fébriles. En somme, on ignore absolument, jusqu'à présent, en quoi consiste la substance qui empoisonne; mais ce quelque chose existe, c'est un fait certain.

Toutefois, dans cet empoisonnement, il y a des degrés et des manifestations diverses qui varient suivant la dose absorbée, suivant l'action plus ou moins prolongée du poison, suivant la résistance individuelle, suivant enfin les conditions de milieu qui accompagnent la fièvre et les causes occasionnelles qui font naître la manifestation paludéenne ou qui viennent s'y ajouter.

Le poison paludéen peut être comparé au poison alcoolique, mais tandis qu'on peut suivre celui-ci pas à pas et, pour ainsi dire, à la piste, dans l'économie, il n'en est pas de même pour le poison paludéen, parce que l'on ignore par quelles voies il pénètre dans l'économie. Ce qu'on sait, c'est qu'il fait subir à certains organes des altérations plus ou moins graves. C'est ainsi qu'il imprime au foie des modifications souvent profondes qui, dans la période cachectique, peuvent aller jusqu'à la régression inflammatoire du tissu hépatique, à laquelle on a donné le nom de sclérose du foie; c'est ainsi également que la rate, d'abord hyperémiée et riche en pigment, peut présenter à la longue une exsudation diffuse dans son parenchyme avec foyer hémorrhagique. Souvent aussi, on trouve les reins congestionnés, quelquefois même présentant l'inflammation pigmentaire ou la dégénérescence amyloïde. Enfin, le sang lui-même est altéré d'une façon notable, et cette altération consiste dans une diminution du nombre des globules rouges avec augmentation des globules blancs, quelquefois dans des proportions considérables.

Avec ces altérations il y a encore, dans l'intoxication paludéenne, au point de vue symptomatique, de singuliers caractères. Ce sont d'abord des accès de fièvre qui prennent des types divers; tierce, quarte, etc. D'autres fois, pour compliquer un peu cette forme symptomatique, les accès se dédoublent et vous avez tantôt le type double quotidien, double tierce, double quarte, etc.

Tout ceci n'a qu'un intérêt médiocre, quoique ces faits bizarres aient bien préoccupé les médecins autrefois. Mais ce qui a une importance considérable, sont les diverses modifications que ces accès peuvent présenter quant à leur durée et à leurs valeurs réciproques.

C'est ainsi, par exemple, que la fièvre peut se prolonger assez longtemps pour que l'accès précédent empiète sur le suivant, ou bien que l'un des stades, le stade de chaleur surtout, se prolonge de façon à empiéter sur le suivant. Telles sont les formes continues et subcontinues.

Mais à côté de ces types, il en est d'autres moins faciles à reconnaître. Telles sont en premier lieu, les formes dites pernicieuses dans lesquelles la maladie prend un caractère grave, soit parce qu'une des manifestations habituelles de l'accès s'exagère, soit parce qu'elle détermine, dans une des fonctions de l'économie, quelque trouble qui devient le phénomène prédominant; dans le premier cas, je vous citerai, par exemple, la forme algide dans laquelle la température est assez abaissée pour que la vie du malade soit gravement compromise; dans le second vous avez la forme cérébrale, délirante ou comateuse, la forme thoracique, la forme cholérique, etc., suivant que les phénomènes prédominent du côté du cerveau, du thorax, du ventre, etc.

Jusqu'ici, rien de bien difficile, car toutes ces manifestations s'accompagnent de l'accès de fièvre caractéristique; mais ce qui embarrasse le plus souvent les médecins, ce sont les formes dites larvées, dans lesquelles l'intoxication se manifeste exclusivement par des phénomènes tout à fait étrangers au mouvement fébrile. C'est ainsi que chez certains individus vous verrez des névralgies et principalement du nerf orbitaire, des intercostaux, etc., apparaître régulièrement à certains intervalles; chez d'autres, ce seront des mouvements choréiformes, des tics; ailleurs, des paralysies temporaires, des sens particulièrement, et surtout de l'ouïe ou de la vue. Cela pourra même être, ainsi que cela s'est vu, un mutisme absolu, survenant dans le cours d'une maladie intermittente, la fièvre typhoïde, par exemple.

Mais ce qui est moins rare, ce sont des accès de palpitations, de toux, d'asthme intermittent. En ce qui concerne les accès de toux, la chose est peut-être difficile à déterminer; il en est de même pour les accès d'asthme, parce que c'est leur habitude d'être intermittents; mais il n'en est pas moins vrai que quelques-uns paraissent naître sous l'influence de l'exposition aux miasmes paludéens et qu'ils disparaissent par le sulfate de quinine. J'en dirai autant du coryza qui précède ordinairement les accès d'asthme.

Ainsi, l'intoxication paludéenne a deux façons de se larver. Ou bien elle abandonne la forme fébrile et revêt une apparence tout à fait étrangère à la fièvre intermittente; ou bien la fièvre coïncide avec des phénomènes prédominants dans un des organes de l'économie, de telle sorte qu'il faut le plus grand soin pour reconnaître si elle est cause ou effet.

Les accès de fièvre paludéenne ne commencent pas toujours immédiatement après la cause qui leur a donné naissance ; on voit, il est vrai, des cas dans lesquels ils se déclarent de suite, mais le plus ordinairement une période d'incubation plus ou moins longue s'écoule, et il faut qu'une cause étrangère intervienne, soit une émotion violente, soit des excès de table, de plaisir, on un traumatisme pour provoquer l'explosion de la fièvre.

Ainsi vous voyez qu'il est, dans la fièvre intermittente, pas mal de complications auxquelles le médecin peut avoir affaire, et il se pourrait très-bien que, chez notre malade, nous fussions en présence d'un cas de ce genre, dans lequel l'intoxication paludéenne viendrait modifier un des phénomènes habituels de la tuberculose et donner à la fièvre son caractère spécial. C'est même ainsi, je crois, qu'il faut entendre ici l'agencement de ce symptôme, attendu que nous avons vu, après l'administration du sulfate de quinine, la fièvre cesser de se manifester le matin pour ne plus se reproduire que le soir avec les caractères propres aux tuberculeux.

Mais, comment comprendre que cette femme, qui n'a jamais habité de pays paludéen, puisse être intoxiquée ? A ce sujet nous avons interrogé avec soin ses antécédents, et la seule condition suspecte que nous avons trouvée dans son système, c'est que, pendant longtemps, elle a demeuré à Vaugirard et à Grenelle, et que, dans cette dernière localité, sa maison était située dans le voisinage d'un maraîcher. Or, il n'en faut pas davantage pour contracter la fièvre intermittente.

En effet, l'intoxication paludéenne est ordinairement provoquée par de grandes étendues de marais où des matières végétales en décomposition sont en contact avec l'atmosphère, mais à côté de ces grandes plaines humides, il y a de petits marais, des marais domestiques, ainsi que les appelle Fonssagrives. Vous connaissez tous ce fait que rapporte l'éminent professeur de Montpellier, et d'après lequel il aurait vu la présence d'une petite quantité d'eau stagnante dans la cale d'un navire donner lieu à une épidémie de fièvre intermittente, qui ne disparut qu'après le nettoyage complet de cette partie du bâtiment.

Un médecin américain, Salisbury, a été plus loin encore. Ayant placé, sur le rebord d'une croisée, de la terre provenant d'un pays dans lequel la fièvre intermittente était endémique, et cette croisée ayant été laissée ouverte la nuit, au bout de douze jours, il a vu des accès de fièvre tierce bien caractérisés se développer chez des jeunes gens habitant la chambre aérée par cette croisée, bien que l'on fût dans un district salubre, éloigné de cinq milles de tout pays marécageux.

Une autre fois, il fit venir dans une caisse une certaine quantité de ce sol suspect, pour le montrer à son cours et l'étudier devant ses élèves ; puis la démonstration terminée, la caisse fut reléguée dans un coin du laboratoire et l'on n'y pensa plus. Mais, à quelque temps de là, un collègue de Salisbury, qui travaillait dans ce laboratoire, contracta la fièvre intermittente. Ce fait parut d'abord étonnant, mais il s'expliqua bientôt quand on trouva, sous la table même du professeur, la caisse remplie de terre qui y avait été déposée quelques jours auparavant.

Mais il suffit encore d'un marais bien plus minime pour que les symptômes de l'intoxication paludéenne viennent à se manifester. C'est ainsi, en effet, qu'on a vu des naturalistes contracter la fièvre intermittente pour avoir simplement couché dans une chambre où étaient déposées quelques plantes aquatiques.

J'ai moi-même observé un fait de ce genre chez une dame de mes clientes qui possédait, à Bellevue, une maison de campagne dans laquelle elle était venue passer l'été. Elle y était à peine installée qu'elle fut prise d'accès de fièvre intermittente qui, après avoir persisté pendant assez longtemps, finirent par céder à l'usage du sulfate de quinine. L'année suivante, cette dame qui était venue passer l'hiver à Paris, retourna à Bellevue et, comme précédemment, elle eut la fièvre. La cause de sa maladie était donc toute locale, et je ne tardai pas d'ailleurs à la découvrir. La maison était bâtie sur le penchant d'une côte assez rapide et longée, d'un côté, par un petit ruisseau dans lequel s'écoulait l'eau des pluies, dont une partie allait, par une rigole, se déverser dans un carré de terrain inoccupé, situé à côté de l'habitation. Il en résultait un état d'humidité constant du sol qu'il suffit de faire disparaître pour faire cesser le retour des accès.

Ces faits vous prouvent donc que le maraîcher dans le voisinage duquel notre femme habitait, peut, à bon droit, être suspecté. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir les gens de ce quartier être pris d'accès de fièvre intermittente : l'humidité constante du sol dans laquelle les cultivateurs entretiennent leurs jardins, les détritus végétaux dont ils recouvrent la surface, enfin la température assez élevée qui règne à certains moments de l'année, sont, en effet, autant de conditions favorables à l'éclosion du miasme paludéen.

Quant à ce qui se passe à la surface du sol dans ces conditions, notre ignorance à ce sujet est complète. Ce n'est pas que certains médecins n'aient entrepris de nombreuses recherches dans ce but ; mais les conclusions auxquelles ils sont arrivés ne sont que de pures hypothèses. Tout ce que nous savons des miasmes paludéens, c'est, ainsi qu'il résulte des expériences de Salisbury, qu'on ne les rencontre plus audelà d'une certaine hauteur (30 à 100 pieds), c'est qu'elles accompagnent ordinairement les brumes et que celles-ci sont favorables à leur transmission.

Maintenant qu'y a-t-il dans ces brouillards, dans ces émanations ? Moscati n'y a rien trouvé qu'une odeur désagréable. Lemaire, qui a recueilli de ces brumes en Sologne, y a constaté la présence de microphytes et de microzoaires. Quelques esprits aventureux ont pensé qu'il s'agissait d'un certain venin produit par des infusoires. Salisbury dit avoir découvert dans cette vapeur condensée, entre autres éléments, des spores de *palmella* qu'il n'aurait jamais observés dans les pays où il ne règne pas de fièvres intermittentes, et qu'on rencontrerait surtout dans les crachats des gens affectés de l'intoxication paludéenne. D'après ce médecin, ces spores seraient de deux sortes : les unes vertes, les autres rouges, et ces deux variétés donneraient lieu à des formes différentes de fièvre intermittente. Enfin ces champignons végéteraient facilement à l'humidité, et Salisbury affirme même qu'il reconnaîtrait leur présence à la surface du sol.

Cet observateur n'est d'ailleurs pas le seul qui aurait constaté la présence de spores et de cryptogames dans les vapeurs condensées de pays paludéens, car Malestra, en 1869, a observé également, dans les Marais-Pontins, des spores de mucédinées ; mais la description qu'il en a faite est trop incomplète pour qu'on puisse reconnaître si ce sont les mêmes que Salisbury a rencontrées.

Maintenant, par quels moyens peut-on combattre le développement du miasme paludéen? La question est difficile à résoudre, Salisbury conseille de recouvrir d'une couche de chaux et de paille le sol suspect, mais on conçoit que ce procédé est d'une exécution bien difficile, quand il s'agit de

vastes étendues de terrain. Le meilleur moyen serait encore de faire disparaître l'humidité des pays paludéens, soit en les desséchant, en surélevant, en drainant le sol; soit enfin en y plantant des végétaux qui exigent, pour leur développement, une grande quantité de liquide. Tel est l'*eucalyptus globulus*, qui donnerait d'excellents résultats en Algérie; tel serait encore le platane.

Quant aux accès de fièvre eux-mêmes, nul médicament n'est plus efficace à les faire disparaître que le sulfate de quinine, auquel on a vainement essayé de trouver un succédané qui agit aussi sûrement et aussi rapidement. Mais il convient de l'administrer avec méthode, et c'est ce que je me propose d'étudier un jour avec vous.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Les préparations que j'ai ici sur la table, aussi bien que les figures, montrent combien sont compliqués les rapports anatomiques de ces anévrysmes. Je ne puis vous indiquer aucun moyen à l'aide duquel le chirurgien peut prévoir si, au niveau de son incision, il trouvera le sac recouvert ou non par les nerfs du plexus brachial. Les sensations que le malade éprouve, la paralysie du mouvement ou de la sensibilité qu'il peut présenter attesteront sans doute, dans beaucoup de cas, qu'un ou plusieurs nerfs du plexus sont comprimés; l'œdème du membre et des doigts peut indiquer que la veine est comprimée, et, dans ces circonstances, on n'entreprend l'opération qu'avec la plus grande répugnance. Mais en aucun cas, le chirurgien n'est assuré que l'incision du sac ne divisera pas un ou plusieurs troncs nerveux ou la veine axillaire; si cela arrivait, la gangrène s'en suivrait très-probablement. En outre, si une large branche naissant du sac passe inaperçue et n'est pas liée, il y a lieu de craindre une hémorrhagie secondaire quand la circulation collatérale se sera établie.

Pour ces raisons, je dois protester énergiquement contre la doctrine avancée par M. Syme, que l'opération ancienne est préférable à la ligature de la sous-clavière dans les cas ordinaires d'anévrysme axillaire. Dans les ruptures d'artères, quand le sac manque ou qu'il est imparfait, j'admets qu'elle est nécessaire; quant aux anévrysmes dont j'ai parlé, qui s'étendent tellement haut que la ligature ne peut s'appliquer que tout contre le sac ou sur le sac lui-même, le chirurgien peut y recourir. Mais lorsqu'on s'y est décidé, il doit se résigner à affronter des dangers et des difficultés que rien ne peut faire prévoir. Il ne peut pas dire où se trouvera l'orifice de l'artère, ni quelles sont les parties en rapport avec la tumenr qu'il va ouvrir, ni quelles artères il aura à lier, outre le tronc principal, et il doit faire ses préparatifs pour l'amputation, au cas où elle deviendrait nécessaire. Une incision préliminaire au-dessus de la clavicule permettant de lier la sous-clavière immédiatement, dans cette dernière hypothèse, est une précaution qui ne devrait jamais être négligée.

Les faits que je vous ai indiqués suffisent à établir les propositions suivantes :

1° Il y a un grand nombre d'anévrysmes traumatiques et spontanés, qui cèdent à la compression graduelle et intermittente quand elle est soigneusement exercée au-dessus de la tumeur.

2° Dans les cas où cela n'est pas possible à cause des douleurs intolérables qu'éprouve le malade, on peut obtenir la guérison par la compression totale et rapide pendant le sommeil anesthésique.

3° La ligature de la sous-clavière est une opération tellement dangereuse par ses propres risques et par la proximité du sac, qu'elle doit être réservée pour les cas dans lesquels la compression a échoué et pour ceux dans lesquels le volume et l'accroissement rapide de la tumeur font craindre au chirurgien qu'elle ne soit inutile.

4° L'ancienne opération doit être préférée à la ligature de la sous-clavière dans les ruptures d'artères; on peut la pratiquer quand, par suite de l'élévation de l'épaule ou de l'extension de la tumeur, il serait difficile de lier la sous-clavière, ou bien qu'il y aurait à craindre de léser le sac; mais les rapports anatomiques des anévrysmes axillaires rendent cette opération très-dangereuse, et le chirurgien doit se tenir prêt à faire l'amputation si cela devient nécessaire.

5° Dans les anévrysmes très-volumineux, le traitement qu'on doit choisir est l'amputation après la ligature de la sous-clavière.

Les anévrysmes qui se produisent au-dessous de l'aisselle peuvent être divisés en anévrysmes artériels de la brachiale, anévrysmes artério-veineux du pli du coude et anévrysmes des artères de l'avant-bras et de la main.

Les anévrysmes de la brachiale sont presque toujours la conséquence de blessures. Cependant on cite des cas d'anévrysme spontané. M. Birkett (*Guy's hospital reports*, série III, vol. VIII, 1862, p. 310) en cite un cas; le malade était un médecin qui fut guéri en quatre mois par la compression aidée de la flexion. Le malade put satisfaire aux exigences de sa profession pendant tout ce temps. La guérison, comme le fait observer M. Birkett, fut due en grande partie à l'habileté du malade en dirigeant la compression.

Kade (*Petersbourg, med. Zeitsch*, 1866, vol. X, p. 202) rapporte un autre cas très-intéressant. On peut le considérer comme un anévrysme spontané, bien qu'on l'attribue à un coup reçu vingt ans auparavant.

Fischer (*Prager Vierteljahrschrift*, 1869) indique un cas d'anévrysme spontané de la brachiale qui lui a été raconté dans une lettre particulière par Girzstorvt; c'était un anévrysme du pli du bras résultant d'athérome, chez un malade atteint de maladie du cœur. La compression, appliquée par intervalles pendant six jours, amena la guérison, mais le malade mourut peu de temps après d'embolie cérébrale.

Il y a aussi deux autres cas qui, si je ne me trompe, sont considérés comme spontanés; mais je n'ai pas pu en retrouver les descriptions originales.

Denucé, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1860, page 170, rapporte un cas d'anévrysme spontané de la brachiale guéri par la compression mécanique, et M. Birkett m'a dit que, depuis la publication de son observation, il avait eu à soigner un autre anévrysme spontané de la brachiale à Guy's hospital.

Si nous ajoutons les trois cas de Pelletan, Liston et Spanton, que je citerai brièvement, nous avons tous les cas d'anévrysme spontané de la brachiale dont j'ai connaissance.

Cet anévrysme est donc une maladie rare, et quand il se montre, il est généralement la conséquence d'une maladie du cœur et résulte d'un caillot embolique qui se loge dans une artère affaiblie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juillet.

Il faut apporter un grand soin dans l'examen d'un pareil cas, et il ne faut évidemment pas recourir à un traitement trop actif. S'il y a de bonnes raisons de diagnostiquer ou même de craindre une maladie du cœur ou une dégénérescence étendue des artères, la vie du malade ne peut, en aucun cas, se prolonger bien longtemps, et il est un mauvais terrain pour la ligature, et d'autre part, le mal n'est pas, par lui-même, assez terrible pour justifier un pareil risque; de telle sorte qu'il faut employer avec persévérance la compression et, de préférence, la compression digitale, et l'artère est si facilement accessible qu'elle réussira très-probablement.

La compression est encore plus efficace dans le traitement de l'anévrysme traumatique du bras. La table de Fischer contient quinze cas, dans lesquels l'anévrysme semble avoir été purement artériel; il n'est pas fait mention, du moins, de blessure de la veine. La compression digitale réussit dans douze cas; dans le treizième, la compression indirecte digitale et instrumentale échouèrent, mais la compression directe amena la guérison; dans le quatorzième, on lia la brachiale, mais le malade mourut d'érysipèle. Dans le dernier, la compression digitale échoua et on ne mentionne aucun traitement ultérieur.

Si, par une cause quelconque, la compression digitale ne peut être employée, ou si elle a échoué, on peut employer la compression mécanique, soit à l'aide du tourniquet (celui de Key ou de Signorini) soit à l'aide d'un appareil improvisé.

Si dans ces anévrysmes, la compression échoue, on peut se demander s'il ne faut pas préférer l'ancienne opération à la ligature de Hunter, car le sac est souvent imparfait, et par conséquent, la coagulation se fait ou ne se fait pas.

Les symptômes de l'anévrysme artério-veineux au pli du coude, résultant d'une saignée maladroite, sont trop bien connus pour qu'il soit utile de les rappeler dans cet amphithéâtre, bien que cette maladie soit devenue fort rare dans notre pays. Le traitement, avant qu'on ne connût la compression digitale, consistait, quand on en adoptait un, dans l'incision du sac et la ligature des orifices de l'artère. La compression mécanique réussissait quelquefois, mais rarement, à cause de la congestion veineuse qu'elle provoque, et la ligature de Hunter était justement discréditée. Des cas comme celui de C. Bell, dont la préparation est sur la table, dans lequel il lia l'artère au-dessus d'un anévrysme artério-veineux, et dans lequel le malade mourut de gangrène, montrent l'inefficacité et le danger de la ligature faite à distance de la tumeur, tandis que l'opération ancienne n'est pas très-dangereuse et amène indubitablement un bon résultat. On peut remarquer que dans beaucoup d'observations, comme dans celle de sir C. Bell, l'artère blessée n'était pas la brachiale elle-même, mais la radiale dont l'origine était plus élevée que de coutume. Quand on pensait avoir affaire à une varice anévrysmale, plutôt qu'à un anévrysme variqueux, on abandonnait ordinairement le cas à lui-même.

Cependant, la compression digitale, appliquée seulement sur l'artère au-dessus de l'anévrysme, a souvent effectué la guérison. La table Fischer, déjà mentionnée, donne douze cas, sur lesquels la compression digitale a donné neuf succès. Dans le dixième cas, on ouvrit le sac et on lia les deux bouts de l'artère, mais le malade mourut d'infection purulente. On ne donne pas le résultat définitif des autres cas. Dans quelques-uns de ces neufs succès, la compression fut exercée sur l'artère seulement; mais dans quatre au moins, la compression digitale fut appliquée à la fois directement sur l'orifice veineux de l'anévrysme et indirectement sur l'artère qui y aboutit.

Vanzetti, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 672, décrit ainsi la manière dont il fit la compression dans deux cas d'anévrysme artério-veineux :

Dans le premier cas, c'était une très-petite tumeur, qui résultait d'une blessure reçue quarante-cinq jours avant. Il remarqua, qu'en appuyant légèrement le doigt sur la veine basilique au point précis de la cicatrice, point où la veine était légèrement gonflée, il arrêtait complétement le thrill continu, pendant que les pulsations intermittentes devenaient plus manifestes, montrant ainsi que l'orifice veineux était obturé. Cette compression fut exercée à l'aide d'un compresseur, en prenant soin de le faire agir légèrement, de façon à ne pas comprimer la tumeur elle-même, mais seulement assez pour obturer l'orifice veineux, pendant qu'un aide comprimait la brachiale à la manière ordinaire.

On commença à six heures du soir. A neuf heures, le malade se sentit fatigué et alla se coucher, interrompant ainsi la compression pendant un quart d'heure. A minuit les pulsations avaient complétement disparu et la tumeur était solidifiée. On n'employa plus aucun appareil, se bornant à maintenir le bras fléchi pendant quelque temps. La guérison fut parfaite et la petite tumeur disparut complètement.

Dans l'autre cas, la tumeur était plus ancienne, elle datait de cinq mois et demi et elle était un peu plus volumineuse; la même personne comprima les deux vaisseaux, l'humérale fut comprimée par le pouce de la main gauche, les doigts étant appliqués autour du bras, pendant que le pouce de la main droite comprimait la veine basilique qui passait sur la face interne de la tumeur. Le thrill veineux s'arrêta au bout de cinq heures; une heure plus tard, il n'y avait plus de pulsations.

Dans la *Gazette des Hôpitaux*, (1867, p. 505), on trouve un troisième cas, soigné par Franzolini, dans lequel le même plan fut suivi. La compression fut maintenue sans interruption aussi longtemps que possible, et en soixante heures le thrill veineux disparut; à partir de ce moment, le traitement fut celui d'un anévrysme ordinaire, seulement le neuvième jour il sembla qu'on percevait encore un faible thrill, et en conséquence, on comprima la veine d'une manière continue pendant quatre heures; le thrill disparut complètement. Le malade quitta l'hôpital et la compression digitale intermittente fut continue chez lui. Le soixantième jour, il était définitivement guéri; la guérison fut constatée plus tard, mais je ne sais à quelle époque, la date étant mal imprimée.

Maintenant que nous connaissons l'efficacité de la compression directe, ainsi combinée à la compression indirecte de l'artère, dans le traitement de l'anévrysme variqueux, ne peut-on pas traiter la varice anévrysmale, par l'application prolongée d'une compression légère, qui suffirait probablement dans beaucoup de cas pour clore l'orifice veineux? Tout en reconnaissant que dans beaucoup de cas les symptômes n'ont rien de menaçant, la maladie vaut la peine qu'on cherche à la guérir, si on peut le faire sans danger.

Nous avons enfin les anévrysmes au dessous du pli du coude. Ils sont ordinairement traumatiques, et affectent, par conséquent, les portions les plus superficielles des vaisseaux, qui sont le plus exposées à l'action des agents vulnérants, comme la radiale et la cubitale près du poignet et l'arcade palmaire. Mais l'anévrysme spontané des artères de l'avant-bras n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement. Il dépend le plus souvent d'une maladie de cœur (l'anévrysme étant probablement causé par une embolie), ou il est un symptôme d'une dégénérescence avancée des artères. Dans les deux cas, l'état général du malade a plus d'importance que la lésion locale. Cette prépa-

ration et ce dessin, provenant du musée de l'hôpital Saint-George (VI, 226) font voir un anévrysme de la cubitale résultant d'une maladie du cœur ; il y avait également des infarctus de la rate et des reins.

Cette préparation de notre musée (nº 1697) montre un anévrysme de la radiale qui, par la continuité des tuniques de l'artère, jusque dans le sac, est considéré par M. Erichsen comme étant spontané ; cependant on ne possède aucun renseignement.

On trouvera dans le *Medical Times and Gazette* de 1865, vol. 1, p. 517, un intéressant travail sur les anévrysmes spontanés au-dessous de l'aisselle, par le docteur D. Spanton. Il cite le cas d'une femme de trente-trois ans, qui avait un anévrysme de la brachiale et de la radiale, et une tumeur vasculaire enflammée, de nature indéterminée, de l'éminence thénar, le tout du même côté. Il y avait aussi un bruit de souffle au cœur. La compression mécanique diminua un peu les pulsations des anévrysmes, mais on ne jugea point convenable de pousser plus loin. Les anévrysmes n'occasionnaient aucun inconvénient et s'accroissaient d'une manière inappréciable.

Après avoir rapporté cette observation, certainement très-rare, M. Spanton donne le résultat de ses recherches dans les travaux de chirurgie, et d'une enquête faite dans quarante et un hôpitaux de la province et de la métropole au point de vue des anévrysmes spontanés se montrant au-dessous de l'aisselle. Dans les livres qu'il a consultés, il a découvert trois observations d'anévrysme spontané de la brachiale : 1° un de Pelletan (*Clinique chir.* T. II, p. 4) ; 2° de Liston (*Pratical Surgery*, p. 18) ; 3° celui de Birkett cité plus haut. De plus, quatre cas d'anévrysme spontané des artères de l'avant-bras : 1° de Guattani de l'arcade palmaire (*Erichsen's observ. on anevrysm, Syd. Soc.* p. 316, cas 31e), mais il y a du doute sur la question de savoir s'il était spontané ou traumatique ; 2° d'Astley Cooper, de la cubitale (*Leçons de chirurgie*, p. 78) ; 3° de M. C. De Morgan, également de la cubitale (*Med. Times and Gazette nov.* 22, 1862) ; 4° un cas rapporté par Todd et cité par Erichsen, dans lequel l'artère affectée n'est pas indiquée. L'enquête de M. Spanton dans les hôpitaux, n'amena que la découverte de trois autres cas : 1° de M. Pollock, dont voici la préparation ; 2° un de l'hôpital de Norwich, situé près du pli du coude ; 3° de l'hôpital de Newcastle, anévrysme spontané de l'arcade palmaire. On n'institua de traitement dans aucun de ces cas. Cela fait un total de onze cas d'anévrysme de l'avant-bras, dans lesquels il y a six fois une maladie du cœur constatée, et une fois suspectée. Dans les observations les plus anciennes, on ne trouve aucun renseignement à ce sujet. On essaya la compression trois fois sur ces onze cas, mais sans résultat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux de Saint-Galmier pour la saison de 1875. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur l'acide salicylique, par M. le docteur Alfred Grillot, de Chatel-sur-Moselle (Vosges).

2° Un travail de M. le docteur Chassagny (de Lyon) sur la *compression et l'immobilisation méthodiques par l'air ou par l'eau, sur le pansement des plaies avec occlusion hermétique.* (Commission du prix Barbier.)

3° Une note intitulée : *Observation de fracture du crâne avec enfoncememt du pariétal gauche, pouvant servir à élucider l'histoire des localisations cérébrales,* par le docteur Louis Caradec, lauréat de l'Académie.

4° Un dépôt cacheté de M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Accepté.)

5° Un mémoire intitulé : *Considérations sur le traitement des affections nerveuses*, par M. le docteur Nogaret.

RAPPORT

M. Empis, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel sur le service de l'année 1875.

Les discussions de ce rapport sont remises, pour être discutées en comité secret.

DISCUSSION SUR L'ACIDE SALICYLIQUE

M. Hérard communique six observations de rhumatismes articulaires, qu'il a traités dans son service à l'Hôtel-Dieu depuis l'année dernière par l'acide salicylique. Le désir d'expérimenter ce remède lui avait été inspiré par une brochure de M. le docteur Barèty (de Nice), où étaient relatés non-seulement les succès obtenus déjà en Allemagne par Stricker, etc., mais encore deux succès personnels remarquables.

La première malade ainsi traitée était accouchée et avait été prise d'un rhumatisme articulaire aigu, dans le service même. Inutilement traitée jusque-là par diverses médications, elle fut soulagée, du jour au lendemain, par l'acide salicylique, employé d'abord à la dose de 5 grammes, puis à celle de 3 grammes par jour. Une récidive fut traitée de même, et avec un égal succès.

Chez la seconde malade, la dose fut de 3 grammes seulement par jour. Elle était nourrice et avait été également traitée sans succès par le sulfate de quinine. L'amélioration se produisit dès le second jour. La température qui était à 38°8, baissa de 1 degré 2 dixièmes le quatrième jour ; la fièvre était tout à fait tombée et la malade ne souffrait plus. Trois rechutes survenues, chaque fois après la cessation du remède, cédèrent chaque fois à sa reprise.

La troisième observation a trait à un homme de peine, entré le 6 décembre 1876 à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait également d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, la température était de 39 degrés, les douleurs, extrêmement vives, immobilisaient le malade. L'acide salicylique fut prescrit à la dose de 5 grammes en dix paquets et, dès le premier jour, à la visite du soir, le malade n'ayant pris encore que six paquets, les douleurs étaient moindres, la température avait baissé d'un degré. Le lendemain matin, il ne restait plus qu'un peu de douleur au genou gauche. L'acide salicylique est encore continué durant plusieurs jours avec doses de 5, puis de 3 grammes.

La température s'abaisse graduellement jusqu'à 36 degrés, le pouls jusqu'à 54 pulsations. A ce moment, quelques intermittences du pouls et une augmentation d'un bruit de souffle qui s'était produit à la pointe du cœur, font supprimer l'acide salicylique. Douze jours après récidive, guérie de nouveau par cette substance aux doses de 5, puis de 3 grammes.

Les quatrième, cinquième, sixième observations sont tout aussi satisfaisantes. Chez ces trois malades, l'acide salicylique a été employé également aux doses de 7 grammes le premier jour, 5 grammes le second jour et 3 grammes le troisième jour, divisées en dix paquets, à prendre d'heure en heure. Chez tous les trois, il s'agissait de rhumatisme aigu très-généralisé et très-fébrile. Dans le dernier cas, la température atteignait 39 degrés 8 dixièmes. Chez tous les trois, les douleurs, la fièvre, le gonflement articulaire, disparurent très-rapidement. Chez tous les trois, il y eut des rechutes après cessation du remède, et ces rechutes furent calmées de suite par le remède réemployé aux mêmes doses.

Il faut seulement noter que chez le sujet de la quatrième observation, les accidents du côté du cœur se sont notablement aggravés

pendant l'emploi de l'acide salicylique et ont exigé un traitement énergique par les ventouses, les vésicatoires et la digitale à l'intérieur.

Comme chez deux autres malades qui présentaient, au moment de l'entrée à l'hôpital, un léger souffle cardiaque indice d'endocardite; ces phénomènes sont restés stationnaires. M. Hérard se demande jusqu'à quel point l'acide salicylique peut influer sur le rhumatisme cardiaque.

Il croit, du reste, qu'il serait bon de continuer durant un certain temps l'emploi de l'acide salicylique ou des salicylates, pour éviter les rechutes qui se produisent, quand on en suspend trop tôt l'emploi.

M. HARDY a employé le salicylate de soude contre le rhumatisme articulaire aigu, fébrile, avec des résultats très-satisfaisants.

La première fois, c'était chez une malade en ville, il s'agissait d'une récidive, la fièvre était vive, la douleur extrême.

On donna par jour 6 grammes de salicylate de soude, et dès le surlendemain il n'y avait plus ni fièvre, ni douleur. ni gonflement articulaire. Le médicament fut cessé alors. Pas de rechute.

Le second cas est celui d'un jeune homme de vingt-deux ans, soigné également en ville et guéri de même en treis jours par le salicylate de soude. Le médicament fut continué encore trois jours. Pas de rechute.

Les deux dernières observations ont été recueillies à l'hôpital. Des individus qui avaient eu déjà l'un et l'autre de fortes attaques antérieures de rhumatisme articulaire aigu étaient repris avec violence. La guérison fut obtenue du deuxième au quatrième jour.

Malgré ces résultats personnels, M. Hardy craint que la proportion de succès dans la série de faits rapportés jusqu'ici soit trop élevée pour se maintenir. Il n'est pas étonné pourtant de voir dans le rhumatisme aigu, la douleur et le gonflement céder rapidement à l'action de l'acide salicylique, comme celles de la goutte cèdent si fréquemment à l'emploi du colchique; mais il est probable qu'on sera tombé sur une série, sur une veine heureuse.

M. G. SÉE insiste d'abord sur la concordance des résultats obtenus par lui, en ce qui touche le rhumatisme aigu, avec ceux que M. Hérard avait obtenus vers la même époque dans un autre service du même hôpital, et ceux qui ont été publiés ou communiqués par beaucoup d'autres médecins. Puis, après avoir répondu aux objections de M. le professeur Bouillaud, il lit une lettre de M. Besnier, dans laquelle ce médecin annonce avoir calmé très-rapidement par les salicylates les douleurs vives d'une sclérodermie avec arthropathies. Les salicylates agiraient donc comme des analgésisants pour les douleurs profondes.

M. BOUILLAUD ne croit pas qu'il y ait contre le rhumatisme aigu d'autre traitement rationnel que le traitement antiphlogistique, préconisé depuis Hippocrate et dont il a donné la meilleure formule. C'est le seul qui puisse guérir les manifestations viscérales, dont on meurt, tandis qu'on ne meurt pas des arthralgies, quelque douloureuses qu'elles soient.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Empis.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

111. Bourceret. De la sysphagie dans le péricardite et en particulier de la péricardite à forme hydrophobique.
112. Langue. Étude sur l'atrophie musculaire progressive et en particulier sur les différents modes de début.
113. Musy. L'acide salicylique et le salicylate de soude.
114. Gardin. De l'œdème dans la pleurésie.
115. Cuisnier. De l'extraction de la cataracte sénile par la méthode à lambeau périphérique du docteur L. de Wecker.
116. Fugier. Étude sur le traitement et le pronostic des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.
117. Domec. De l'infection purulente sans plaies exposées.
118. Caradec. Considérations sur quelques procédés relatifs à l'amputation sus-malléolaire et à l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Six concours pour huit places de chefs de clinique (deux de clinique médicale, deux de clinique chirurgicale, une de clinique obstétricale, une de clinique ophthalmologique, une de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, une de clinique des maladies mentales) s'ouvriront à Lyon, le lundi 15 octobre 1877.

La durée des fonctions de chef de clinique est de deux ans. Le traitement qui y est attaché est de 1,000 francs par an.

— *Cours d'accouchements.* — MM. Budin et Pinard commenceront le 15 juillet un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° anatomie, physiologie et grossesse; 2° entocie; 3° dystocie; 4° exercices pratiques. — S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique chirurgicale. Appendice contenant dix-huit nouveaux mémoires de chirurgie par le professeur RIZZOLI, chirurgien en chef de l'hôpital-major de Bologne (Italie); traduits de l'italien par le docteur ANDREINI. — 1 vol. avec 18 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet, 15 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai clinique sur le nystagmus, par le docteur RAVAUD. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — 1877, Coccoz.

Étude sur la choroïdite antérieure, par le docteur COURSERANT. — In-8°. Prix : 2 francs. — 1877, Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étude nouvelle sur les symptômes de l'alcoolisme chronique.

Avant de poursuivre l'étude de l'alcoolisme chronique par de nouvelles observations, je dois rappeler les traits principaux de celles que j'ai données pour types dans ma revue clinique de samedi dernier.

Soit au point de vue des dyspepsies et gastralgies, soit au point de vue des vertiges et tremblements, etc., ce qui frappe, au premier abord, c'est qu'il ne s'agit pas d'un état permanent, toujours le même ou à peu près, mais de légers troubles habituels qui s'accentuent à certains moments, de manière à former de véritables crises.

Ces crises peuvent être ramenées par diverses causes, excès nouveaux, fatigue extrême, émotion violente, époque menstruelle chez la femme, ébranlements quelconques du système nerveux. Parfois la cause occasionnelle n'en est pas facile à déterminer.

Quoi qu'il en soit, quand elles commencent, on voit survenir un grand changement dans l'état de l'alcoolique.

Les *pituites* du matin sont remplacées chez lui par des vomissements répétés, avec rejet de ce qu'il mange et dégoût pour les aliments.

Il est pris d'une gastralgie à forme tout à fait spéciale, comparable à la sensation d'une pression plus ou moins forte qui s'exercerait d'avant en arrière, sur la région épigastrique, avec un point d'appui placé sur un même niveau, dans le dos.

La respiration est gênée à certains moments par une sensation tout à fait semblable de pression, portant sur la poitrine, soit vers la base et latéralement, soit vers la partie supérieure et plutôt d'avant en arrière.

Les éblouissements, les vertiges, les rêves effrayants, l'insomnie, les troubles sensitifs de diverses sortes deviennent beaucoup plus accusés et plus fréquents.

Les tremblements, qui d'ordinaire ne dépassent pas une sorte de trémulence, peu gênante, sont saccadés et violents dans les crises, et ils mettent alors obstacle à la précision des mouvements. Ils s'étendent à tous les membres au lieu de siéger seulement aux mains.

Je ne parle pas de leur direction qui, quoi qu'on en ait dit, n'a rien de caractéristique. Ils se font aussi bien dans le sens horizontal que dans le sens vertical.

La crise dont nous venons d'esquisser la physionomie, et dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours et plus encore, est un élément fondamental de l'alcoolisme chronique.

On la retrouve même chez les ivrognes qui ont fait abus de l'absinthe et chez lesquels les effets funestes de ce poison sont venus compliquer ceux des autres alcooliques.

J'ai déjà mentionné brièvement, samedi dernier, un de ces cas mixtes, en annonçant de plus amples détails que je vais donner aujourd'hui.

L'homme dont il s'agit, couché salle Saint-Jean-de-Dieu n° 27, à la Charité, dans le service de M. Vulpian, était naturellement d'une constitution des plus robustes, et il a fait des excès de tous genres.

Lors de la guerre de Crimée, il eut le scorbut durant un mois : il faisait alors partie d'un régiment arabe avec lequel il retourna en Algérie ; il y resta trois ans. C'est à cette période de son existence qu'il rapporte une dizaine de blennorrhagies qui figurent parmi ses commémoratifs. Il a eu aussi, dans sa jeunesse, un chancre induré. En Afrique, il buvait surtout, en quantités énormes, de l'absinthe et de cette liqueur très-enivrante que l'on appelle le *mastic*. A l'expiration de son congé, il possédait le grade de sergent-major, et, espérant obtenir bientôt l'épaulette d'officier, il se réengagea dans les chasseurs de la garde, en garnison à Paris. Mais il s'y ennuya bientôt et, il y a dix-huit ans, ayant encore une année de service à faire, il se racheta, pour se marier et s'établir dans le commerce de vêtements confectionnés.

Ce fut après cela seulement, à ce qu'il affirme, qu'il devint sujet, d'abord à des *pituites* survenant le matin, puis, en outre, à des tremblements. Le début de ces tremblements remonterait à douze ou quatorze ans.

Tout l'ensemble ordinaire des phénomènes sensitifs, fourmillements dans les doigts et dans les orteils, picotements dans les membres, démangeaisons imitant celles que causent les piqûres d'insectes, étaient dès lors très-accusés chez lui. Il dormait mal et avait souvent des rêves effrayants,

De temps en temps, et principalement le lendemain des jours où, sans s'être enivré à proprement parler, ce qui, dit-il, ne lui arrive jamais depuis qu'il est rentré dans la vie civile, il avait fait de plus grands abus d'absinthe ou d'eau-de-vie de marc que d'ordinaire, il était pris de vomissements,

qui s'accompagnaient de dégoût pour toute espèce d'aliments, mais qu'il parvenait souvent à calmer en ayant de nouveau recours aux alcooliques.

Pendant ces crises de vomissements, les tremblements, devenus très-violents, se généralisaient à tout le corps, tellement que cet homme pouvait à peine se tenir debout.

Il éprouvait des oppressions, comme si on lui avait comprimé la poitrine, des éblouissements et des vertiges, surtout quand il avait à descendre un escalier ou à regarder en l'air, des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles, des hallucinations de la vue, qui, quelquefois, consistaient seulement en corps brillants, ou coloris, en flammes, passant avec rapidité d'un côté à l'autre, mais qui parfois aussi revêtaient une forme plus compliquée. Une nuit, entre autres, il y a dix ans environ, étant parfaitement éveillé, il se figurait voir dans sa chambre une vieille femme, qu'il voulait chasser. Il n'eut jamais pourtant de *delirium tremens*, jamais de folie alcoolique, proprement dite.

Très-impressionnable, très-irritable, il eut bientôt, dans le mauvais état de ses affaires et dans ses dissensions avec sa femme, un prétexte constant pour des idées noires et pour des pensées de suicide, dans lesquelles il se complaît.

Il est, en général, beaucoup plus souffrant durant les orages ou quand le baromètre baisse rapidement.

Depuis quelque temps déjà, mais surtout depuis six ou sept mois, il se trouve beaucoup plus malade. Il n'est plus capable de travailler. A peine peut-il marcher. Des douleurs dans les membres, des crampes violentes, parfois des contractures ou des mouvements convulsifs de la lèvre supérieure, un affaiblissement qui va toujours croissant et qui réduit déjà la puissance musculaire de la main droite au quart ou au cinquième de ce qu'elle devrait être, des douleurs de tête, etc., indiquent qu'il doit exister une complication de pachyméningite, comme il s'en produit si souvent chez les ivrognes, et particulièrement chez ceux qui ont fait abus de l'absinthe.

Les gastralgies ont pris un caractère plus douloureux. Le sentiment de pression d'avant en arrière, qui, pendant longtemps, les constituait seul, existe encore, mais il s'y joint une sensation de déchirement et d'arrachement qui, autrefois, ne se produisait pas durant les crises.

Au mois de septembre dernier, cet homme a vomi, durant deux jours, du sang caillé et des matières couleur de café.

Au mois d'avril, il a été repris des mêmes vomissements, il est allé se faire soigner à l'hôpital Saint-Antoine, où il est resté un mois.

Après cela, il a voulu reprendre son travail, mais le papatron, qui l'employait depuis que son fonds a été vendu, lui a facilement démontré qu'il ne le pouvait plus.

Au commencement de juillet, étant repris de vomissements, il s'est fait recevoir à la Charité.

De l'histoire de cet homme, nous allons rapprocher celle d'un autre malade qui, lui aussi, a bu beaucoup d'absinthe; mais chez lequel les résultats de l'intoxication ne sont point aussi profonds encore.

Il est actuellement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont, suppléé par M. Audouy, salle Sainte-Martine, n° 10. Agé de trente-sept ans, charretier, il a toujours bu énormément. Autrefois, il prenait d'abord en se levant un litre de vin blanc, puis dans la journée, huit ou neuf verres d'absinthe et cinq ou six litres de vin; maintenant, il prend moins d'absinthe, et en fait de vin, il se contente de quatre ou cinq litres environ.

Il s'était toujours très-bien porté jusqu'à l'année 1862. A cette époque, il eut une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il commença à trembler des mains. Pourtant, ce ne fut que trois ou quatre ans plus tard que, pour la première fois, il fut sujet à rendre le matin, en se levant, quelques gorgées d'un liquide glaireux. Il commença en même temps à ressentir des fourmillements dans les membres, des *picotements*, surtout *à la pointe des doigts*, suivant son expression, des démangeaisons, *comme s'il avait été piqué par des puces*.

Le sommeil devint de plus en plus léger, de plus en plus souvent troublé par des cauchemars. Généralement, il semblait à cet homme que sa voiture versait ou tombait dans la Seine. Il voyait aussi des animaux en rêve, et parfois même étant éveillé. Ainsi il se rappelle très-bien qu'il y a deux ans environ, dans une des crises dont nous allons parler, il s'est figuré voir auprès de lui un chien noir. Ce même chien noir lui est apparu une autre fois, alors qu'il était à l'hôpital de la Pitié, pour s'y faire traiter d'une autre crise.

Les crises dont il s'agit ont commencé seulement il y a quatre ou cinq ans. Elles surviennent, en général, soit le lendemain d'un plus grand excès, soit à l'occasion d'une émotion vive. Cet homme est très-impressionnable. Ce qui chez lui caaactérise surtout la crise, ce sont d'abord les vomissements, qui se répètent à de courts intervalles et rendent impossible toute alimentation; ce sont les vertiges, les tournoiements de tête, les bourdonnements et les sifflements dans les oreilles, la vue d'objets mobiles passant rapidement devant les yeux, les tremblements des mains, devenus si intenses qu'ils feraient répandre en entier le liquide contenu dans un verre; c'est aussi parfois une sensation d'étouffement et d'oppression, « comme si j'étais *resserré*, » dit le malade.

Souvent, il lui suffit de boire quelques verres de vin pour se remettre. La crise dure alors seulement quelques heures. Mais d'autres fois, ce moyen échoue, et elle se prolonge durant quelques jours, rendant tout travail impossible.

Depuis quelques mois, depuis deux mois et demi surtout, ce malade s'aperçoit qu'il est beaucoup moins fort. Il devient sujet à des idées sombres.

Une crise plus longue et plus violente que d'ordinaire l'avait fait entrer à la Pitié. En en sortant, il eut l'idée d'aller se reposer chez son frère, dans la Haute-Savoie, son pays natal. Il s'y nourrit comme la famille de son frère, bien plus sobrement qu'à Paris, ne prenant aucune liqueur, ne mettant pas les pieds dans un café ni dans une auberge, ne buvant du vin qu'aux repas, encore était-ce du vin fort peu alcoolique, et la quantité en était-elle, relativement à ses habitudes, bien peu considérable, puisqu'elle atteignait rarement et ne dépassait jamais deux litres par repas pour cinq personnes. Il ne sortait guère de la maison, et ne faisait plus aucun excès d'aucune sorte.

Ce fut au milieu de cette vie calme, qu'il fut pris tout à coup de la plus forte crise qu'il eût encore eue de sa vie.

Vers la fin de la seconde semaine de son séjour en Savoie, n'ayant rien éprouvé d'extraordinaire la veille, une nuit, vers une heure du matin, il se réveille en sursaut, avec de très-violents frissons, tant dans les bras que dans les jambes, et, dans la partie supérieure de l'abdomen, en arrière comme en avant, une douleur qu'il compare à ce qu'il eût ressenti *s'il eût été pressé entre deux morceaux de pierre ou de bois*. Il se mit à vomir à plusieurs reprises, et depuis lors, durant quinze jours, il ne put rien manger sans le rendre aussitôt. En outre des vomissements, il existait de la diarrhée avec coliques.

En même temps, tous les troubles nerveux s'étaient accrus dans une proportion considérable : vertiges, bruits dans les

oreilles, objets mouvants passant devant les yeux, fourmillements et crampes douloureuses dans les membres, susceptibilité nerveuse tellement surexcitée qu'il suffisait de toucher le lit où cet homme se trouvait couché, pour le faire, suivant son expression, *sauter en l'air*. Il ne pouvait plus tenir son verre, tant les tremblements étaient violents; il fallait lui donner à boire. L'insomnie était absolue. Le malade revint à Paris dans cet état, et il fut transporté à l'Hôtel-Dieu, il y a quinze jours environ. Là il fut traité par le rhum, l'opium et les bains. Dès le second jour, les vomissements cessèrent. Peu à peu, les troubles nerveux surajoutés se calmèrent, le sommeil revint. Maintenant les tremblements sont fort peu accusés, et ils n'occupent que les mains. Mais la faiblesse persiste, la mémoire est bien diminuée, les yeux se fatiguent très-vite. Quand le malade veut lire, au bout de peu de temps, *tout se brouille*, dit-il, et pour distinguer de nouveau les lettres, il est obligé de se reposer durant quelques minutes.

Chez un autre malade, qui se trouve à la Pitié dans le service de M. Gallard, nº 9, l'étiologie est à peu près la même; mais les accidents sont plus récents et moins marqués.

Il s'agit d'un homme qui a fait aussi un séjour de trois ans en Afrique, mais dans un régiment de ligne. Il y prenait beaucoup d'absinthe, mais certainement infiniment moins que le sergent-major d'un régiment arabe.

De retour en France, après son congé, il se remit à travailler comme journalier, et il renonça, paraît-il, définitivement à l'absinthe. Il boit seulement beaucoup de vin.

Depuis plusieurs années, il avait souvent, le matin, des pituites, mais sans douleur, sans aucun malaise, il ne souffrait pas de l'estomac, ne vomissait jamais et ne tremblait pas.

Il y a deux ans environ, le lendemain de ce qu'il appelle *une soulographie*, il fut pris de vomissements et en même temps de tremblements, encore peu accusés du reste. Les vomissements se continuèrent de huit à quinze jours, durant lesquels l'appétit fut complétement nul, tout ce qui était avalé étant rejeté presque tout de suite.

Le malade éprouvait des crampes douloureuses dans les membres, il n'était pas solide sur ses jambes et le moindre choc sur les reins le faisait bondir.

Tel fut le début des tremblements, des fourmillements dans les mains et les pieds, des crampes actuellement fréquentes; le malade rapporte à la même époque l'origine de ses insomnies et des songes effrayants auxquels il est sujet. Quand il rêve, il se voit poursuivi par des bêtes; mais étant éveillé, il n'a jamais eu d'hallucination.

Depuis deux ans, deux ou trois fois par mois, sans cause appréciable, de nouvelles crises de gastralgies surviennent. Il se sent alors « l'estomac et le dos serrés comme s'il était dans une presse ». En même temps il est anhélant « comme s'il était aussi serré de la poitrine, mais sur les côtés. » Cela dure quelquefois toute une journée. Après cela les tremblements augmentent; mais jusqu'à présent, ils ne sont jamais extrêmement violents. Les jambes sont faibles, il semble à cet homme que la tête lui tourne, surtout quand il se baisse.

Depuis un mois, il est plus malade que d'ordinaire, vomit presque tout ce qu'il mange et ne peut plus travailler, il souffre beaucoup de sa gastralgie, qui conserve toujours la forme d'une pression sur la région de l'estomac.

Cet homme est très-impressionnable. Ne sachant pas lire et ne faisant rien de minutieux, il n'a pas remarqué que sa vue se fatiguât rapidement.

Avant de terminer cet article, disons quelques mots d'un autre malade couché salle Saint-Louis, nº 27, à la Charité, dans le service de M. Bourdon.

Cet homme, âgé de trente-huit ans, est garçon de café depuis une vingtaine d'années. Il boit beaucoup de liqueurs de tous genres, y compris l'absinthe.

En ce moment, il est atteint d'un commencement de cirrhose alcoolique. Chez lui, les crises furent plus rares que chez les malades précédents, mais elles furent plus longues, ayant chacune au moins trois semaines de durée. Depuis 1866, il y en eût quatre en tout. Dans les intervalles, il est sujet aux pituites et il tremble toujours, mais bien peu. Les fourmillements dans les doigts, les picotements et crampes dans les membres, les vertiges, les étourdissements le matin, l'affaiblissement notable de la vue, qui se fatigue facilement, les songes effrayants, l'insomnie, complètent le fonds du tableau. Durant les crises, l'inappétence est absolue, les vomissements se répètent dans la journée à plusieurs reprises, et surtout chaque fois que le malade essaye de manger : la gastralgie reparaît sous la forme d'une constriction très-pénible; les tremblements, ordinairement légers, deviennent de fortes secousses; tous les troubles nerveux augmentent.

C'est donc encore, sauf la complication hépatique et ce qui s'y rattache, une variété d'un même type.

Dr Victor REVILLOUT.

ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE PRIMITIVE GAUCHE.

APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA SURFACE DE LA TUMEUR. GUÉRISON.

Par le docteur JOZÉ PEREIRA-GUIMARAEZ, professeur substitut de l'École de médecine de Rio-Janeiro, membre titulaire de l'Académie impériale de médecine,

Le nommé Casimir, âgé de quarante ans, mulâtre, au tempérament sanguin, d'une constitution forte, de taille assez élevée, brésilien et portefaix, entra dans la maison de santé de *Nossa senhora d'Ajuda*, le 5 janvier 1874.

Ce malade présente, dans la région cervicale latérale gauche une tumeur pulsatile, à la distance de 2 ½ centimètres de la clavicule, et s'étendant jusqu'auprès du bord supérieur du cartilage thyroïde et placée sous le muscle sterno-mastoïdien, dont le bord antérieur excède un peu en avant. Cette tumeur est mobile et ne semble adhérer, ni aux parties profondes, ni aux parties superficielles, et elle a le volume d'un petit œuf de poulet. La peau qui la recouvre ne présente aucune altération. Elle est un peu réductible, et, quoique présentant des pulsations artérielles, elle a un vrai mouvement d'expansion, qui se passe dans toute son étendue. L'auscultation y fait percevoir un bruit de souffle diastolique.

En fléchissant la tête du sujet sur le thorax, et en l'inclinant un peu du côté malade, on remarque que la tumeur fait partie de la carotide primitive, avec laquelle elle se continue en bas ainsi qu'en haut.

En comprimant l'artère un peu au-dessous, la tumeur cesse de battre et de grossir, et elle diminue en volume, en même temps que la compression au-dessus la fait augmenter et battre plus violemment.

Les artères temporales du côté affecté frappent avec moins d'intensité que celles du côté sain.

Le malade souffre aussi de bourdonnements dans les oreilles et de vertiges.

L'auscultation, appliquée au thorax, n'indique aucune lésion du cœur ou de l'aorte.

Le malade ne sait pas à quoi il doit attribuer l'apparition de

la tumeur, qui existe depuis près de trois mois, et il m'informe que, dès le commencement, il ressentait des douleurs fortes, toutes ces souffrances ayant diminué un mois après l'existence de la maladie.

Il ne se souvenait pas d'avoir eu d'autres maladies, sans parler de chancres vénériens, de bubons et de blennorrhagies.

D'après ce que je viens d'exposer, l'on voit qu'il s'agissait d'un cas d'anévrysme de la carotide primitive gauche, diagnostic avec lequel ont été d'accord tous les collègues qui ont examiné le malade, parmi lesquels je citerai les noms de MM. les docteurs Tiras et Hilario de Gouvêa.

J'avais l'intention de faire la ligature de l'artère, entre la tumeur et le cœur; pour cela, je disposais du vaisseau, dans l'extension de près de six centimètres, espace suffisant pour pouvoir espérer la formation et persistance du caillot, et par conséquent une garantie, jusqu'à un certain point, contre l'hémorrhagie secondaire.

Cependant il ne me fut possible de rien tenter parce que les personnes qui avaient envoyé le malade à la maison de santé le firent sortir le 17 janvier.

Le 3 octobre de cette même année, il revint de nouveau à la maison de santé.

La tumeur avait pris alors des proportions épouvantables, elle s'étendait jusqu'au-dessous de la clavicule et avait un volume quatre fois plus grand qu'en janvier; elle avait grandi avec une telle rapidité, d'après les informations, peu de jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, que ce malheureux croyait bientôt mourir.

Il n'était pas possible de tenter la ligature; il était imprudent de faire usage des injections coagulantes, contre-indiquées dans des anévrysmes aussi volumineux, j'hésitais à employer l'électro-puncture et la compression directe.

Je me souvins alors d'un moyen qui n'avait pas été conseillé, ni employé non plus (du moins que je le sache), les chocs électriques sur la surface externe de la tumeur. Je pensais que peut-être ils produiraient la coagulation et conséquemment la guérison de la tumeur.

Mais avant d'employer l'électricité, je commençai à faire appliquer de la glace sur l'anévrysme, ce qui a été fait constamment jusqu'au 24, sans qu'il y eût la moindre modification.

Le 25, j'appliquai les deux électrodes d'une machine électrique, en plaçant tour à tour les pôles positif et négatif sur divers points de la tumeur, les rapprochant et les éloignant tour à tour. L'appareil choisi était à peu près de la force de l'appareil électro-magnétique de Gaiffe. Les chocs étaient appliqués avec la même force dont on fait usage dans les cas de paralysie musculaire, en les portant jusqu'au degré où le malade pouvait les tolérer. Sous l'action du courant, le sterno-mastoïdien en se contractant fortement et douloureusement, contribuait à faire diminuer la tumeur. L'application durait dix minutes, pendant lesquelles on l'interrompait un peu, parce que le malade accusait d'assez fortes douleurs, lesquelles cessaient immédiatement après.

Après la première séance, je remarquai que la tumeur avait diminué, qu'elle était devenue plus dure et qu'elle battait moins.

Le lendemain, elle semblait être un peu plus petite, mais en craignant d'y provoquer l'inflammation, je ne fis la deuxième application qu'un jour après (27). Les mêmes règles ont été observées, et il s'est passé les mêmes phénomènes.

Le 30 octobre, la troisième application eut lieu, et le 2 novembre, la quatrième.

Le 3, on remarquait que la tumeur était diminuée; mais la peau était rouge, tendue; il y avait de la douleur et quelque chaleur; mais pas de réaction générale. La glace a été employée pour combattre cet état inflammatoire, qui céda au bout de deux jours.

Le 6 et le 11, on fit les deux dernières séances d'électricité, dans l'intervalle desquelles des phénomènes inflammatoires se reproduisirent, mais cédèrent à l'application de la glace.

La tumeur alla toujours en diminuant, elle devint plus dure et battait très-lentement, de sorte que le 22, elle était réduite aux deux tiers du volume. J'avais l'intention de m'arrêter, en accompagnant la marche de la tumeur et de ne revenir à l'électricité que dans le cas où il y aurait de la tendance à augmenter de nouveau, lorsque l'exeat a été exigé.

Avec beaucoup de difficulté et bien à contre-cœur je l'accordai, en recommandant au malade le plus grand repos possible.

Ce n'est que deux mois après, que j'ai eu l'occasion de le revoir, et, à mon grand plaisir, j'ai vérifié que mes efforts avaient été couronnés du résultat le plus brillant.

La tumeur était complétement endurcie, sans le moindre battement, et elle était réduite à presque la moitié du volume qu'elle avait, lorsque le malade sortit de la maison de santé.

Il m'informa alors que l'anévrysme avait diminué petit à petit, cessant de battre tout à fait un mois après sa sortie de l'hôpital. Je lui dis de me revoir souvent et lui défendis de porter des fardeaux.

Je le rencontrai plusieurs fois, et, quoiqu'il ne cessât de porter de lourds fardeaux (une fois je l'ai vu avec un panier énorme, chargé de pain, sur la tête) la tumeur diminuait toujours, étant réduite au commencement de cette année (1876) à un noyau dur, aplati, plus ou moins circulaire et du volume d'une petite monnaie de nickel (de cinq sous).

Je présentai alors, à l'Académie impériale de médecine de Rio, le malade et la photographie qui le représentait avec l'anévrysme, avant de subir le traitement par l'électricité.

Mes collègues ont vérifié que la guérison était complète.

Dernièrement encore, j'ai rencontré le malade, et la guérison persiste, quoiqu'il ne cesse d'exercer son service de portefaix et de se livrer à l'abus des boissons alcooliques.

Voilà donc un fait de guérison d'un anévrysme volumineux, par le seul emploi des courants électriques, appliqués sur la surface extérieure de la tumeur.

Ce fait, certifié par un grand nombre de collègues qui ont observé le malade pendant le temps où il s'est trouvé dans la maison de santé de *Nossa senhora d'Ajuda*, et après, par les membres de l'Académie de médecine, qui ont vérifié la guérison complète de la tumeur, est peut-être le seul cas que la science possède.

En parcourant, en effet, un grand nombre de travaux sur la chirurgie, soit anciens soit modernes, il ne m'a pas été possible d'en rencontrer un seul, où l'électricité eût été employée ou conseillée de cette manière; on trouve une omission complète à ce sujet.

L'électricité, comme l'on sait, a été conseillée et employée avec plus ou moins de succès en portant les courants dans l'intérieur de la tumeur, au moyen d'aiguilles qui la traversent de dehors en dedans et auxquelles on attache les réophores d'une pile à courants continus, en constituant ainsi le procédé de l'électro-puncture, dont on croit l'invention due à Pravaz et à Guérard, et les premiers succès à Pétrequin et peu après à Ciniselli de Crémone; Pétrequin dans un anévrysme de la temporale et Ciniselli dans un de la poplitée.

Ce procédé, pour être suivi d'un résultat plus sûr, exige la

compression de l'artère, au-dessus et au-dessous de la tumeur, afin que le sang, pendant l'opération, ne passe pas dans la tumeur, ce qui empêcherait, jusqu'à un certain point, la formation de caillots et pourrait les entraîner, après leur formation, vers quelque point de l'arbre circulatoire, donnant lieu ainsi à une embolie.

Chez mon malade, il était impossible de faire la compression entre le sac et le cœur, et, quoique, malgré cela, il me fut possible de tenter l'électro-puncture, attendu que l'on devait faire quelque chose, je me souvins que peut-être je parviendrais à quelque résultat, en employant les courants électriques, de la manière déjà indiquée.

Dans ce cas, il n'est pas possible d'attribuer la guérison à la glace, parce que celle-ci, employée dans le commencement, n'influa en rien; son application postérieure ayant eu lieu dans le but de combattre l'inflammation, qui faillit plus d'une fois se développer.

Ce n'est qu'à l'électricité qu'elle doit être attribuée. Sous son action, l'on remarquait toujours, non-seulement qu'il y avait diminution et dureté de la tumeur, mais aussi que ces modifications persistaient et augmentaient davantage les jours suivants; cependant, il faut remarquer qu'après les deux premières séances, elles n'ont pas été aussi observées nettement après les autres.

Comment expliquer l'action de l'électricité dans ce cas?

Par une action coagulante, sans doute, qui donna comme résultat la formation lente de caillots, laquelle doit avoir été aidée en partie, par la compression exercée par le sterno-mastoïdien, dont la contraction, sous l'influence des courants, faisait aussi diminuer le volume de la tumeur.

Les caillots ont provoqué probablement quelque travail inflammatoire dans le sac, en favorisant son oblitération.

Mais, quoi qu'il en soit, ce qui est vrai c'est que la guérison eut lieu par l'action des courants d'induction, qu'on ne considère pas doués d'un pouvoir aussi coagulant du sang, que les courants continus, et, ce qui est aussi hors de doute c'est que l'électricité, appliquée de la manière dont je l'ai employée, constitue un procédé chirurgical pour la guérison des anévrysmes, plus simple et beaucoup plus innocent que l'électro-puncture. Elle doit éviter mieux la gangrène et assurément les hémorrhagies par les points de pénétration des aiguilles.

THÉRAPEUTIQUE

Du phosphure de zinc.

Par M. le docteur Em. Gros.

Les recueils étrangers enregistrent de nombreux succès obtenus par le phosphure de zinc dans divers cas habituellement réfractaires à toute thérapeutique; mais peu de médecins sont au courant de ces faits que nos journaux insèrent d'ailleurs d'une façon trop sommaire pour qu'on puisse les mettre à profit. — Ce médicament est donc peu employé en France, et l'on ignore généralement son mode d'action, ses indications et la façon de l'administrer. C'est là un fait des plus regrettables, car on se prive d'un médicament d'une haute valeur et qui peut rendre de grands services à la thérapeutique dans des cas précisément où nous sommes fort souvent désarmés.

Le phosphure de zinc a des indications fort nombreuses et très-diverses, mais nous n'en serons pas surpris si nous considérons son mode d'action. On doit, en effet, le considérer comme un stimulant, un tonique tout spécial du système nerveux, et il sera susceptible d'agir efficacement toutes les fois que la dépression nerveuse sera en cause ou lorsqu'il paraîtra utile d'exercer une vive stimulation. Tous les faits qui ont été publiés démontrent cette manière de voir; c'est l'opinion, d'ailleurs, de tous les médecins qui l'ont le plus employé, et récemment, le professeur Hammond, de New-York, la développait dans un article du *The Practionner*, reproduit en extrait par le *Journal de thérapeutique*.

C'est donc à ce titre que le phosphure de zinc a pu donner les excellents résultats enregistrés par les médecins étrangers dont les noms suivent : Asburthon Thompson, Sanger, Broadbent, Bradley, Routh, Aiken, Seguin, Hammond, Gerolamo Tempi, et bien d'autres que nous oublions, dans des cas en apparence très-dissemblables : l'hystérie, les névralgies, la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, les dysménorrhées, l'aménorrhée, le tremblement mercuriel ou alcoolique, l'incontinence d'urine, la spermatorrhée, l'hypochondrie. — C'est en relevant d'une façon toute particulière et en régularisant l'action nerveuse, que les guérisons signalées ont été obtenues.

Mais il n'est besoin ni de remonter le passé, ni d'aller outre mer pour trouver aujourd'hui des observations sur les effets thérapeutiques du phosphure de zinc. — Quoique peu répandu encore, nous avons pu recueillir près de nous un certain nombre de faits très-intéressants, et que nous nous proposons d'étudier.

Commençons par l'hystérie, qui tout à l'heure est venue la première sous notre plume. Nous devons au docteur E. Jacques, de Florenville (Belgique), l'observation suivante, fort bien présentée et très-propre, croyons-nous, à entraîner la conviction.

« Honorine B***, âgée de dix-huit ans, d'une constitution et d'un tempérament irréprochables, éprouve depuis deux ans des accidents hystériques très-pénibles. Elle est bien réglée. Elle ne présente aucune lésion fonctionnelle ou matérielle d'aucun organe. Chaque jour il lui survient soit le hoquet, soit les bâillements précurseurs; puis apparaissent les symptômes caractéristiques de l'attaque d'hystérie convulsive : perte de connaissance, cris rauques, mouvements désordonnés des membres et du tronc, etc. Cet état se prolonge quelquefois plusieurs heures et se termine par de nouveaux bâillements ou par un hoquet persistant et tout à fait insupportable.

Plusieurs médecins distingués de la ville qu'elle habitait, après avoir vainement essayé toutes les médications en vogue, renoncèrent à traiter cette affection rebelle et envoyèrent Mlle B*** à la campagne.

Je lui fis reprendre la série des médicaments réputés efficaces et tous les antispasmodiques. Je conseillai l'hydrothérapie méthodiquement employée; je traçai des règles de diététique convenables, et, finalement, je désespérais d'obtenir le moindre succès, lorsque les articles du *Moniteur* sur le phosphure de zinc me décidèrent à essayer le nouveau médicament.

Quelle ne fut pas ma surprise en voyant tous les accidents cesser après cinq jours de traitement !

Un seul flacon de granules fut employé. Voilà bientôt un an que ma malade ne suit plus aucun traitement; elle a repris ses habitudes d'autrefois, elle a quitté depuis longtemps la campagne, et des renseignements d'hier me permettent d'affirmer que sa guérison ne s'est pas un seul instant démentie. »

On pourra nous objecter que l'hystérie est une affection aussi bizarre dans ses terminaisons que dans ses manifestations. Cela est vrai; mais, si on rapproche le fait qu'on vient de lire de ceux qui ont été publiés, il est difficile de ne pas rapporter au médicament le bénéfice obtenu. Admettons néanmoins qu'il faille une longue suite de succès pour être définitivement fixés, cela ne saurait nous empêcher d'essayer le phosphure de zinc si nous nous trouvons en face d'un cas qui aura déjà résisté à d'autres moyens. — Nous préférerions même employer tout d'abord ce médicament, en raison de sa promptitude d'action, de la facilité de son administration et de son innocuité.

Nous disons son innocuité, contrairement à ce qu'on pourrait supposer *a priori*. — En effet, peu de médicaments énergiques sont aussi maniables et exposent à aussi peu de dangers, car 8 à 16 milligrammes par jour suffisent le plus souvent pour produire l'effet qu'on doit attendre du médicament, alors qu'on pourrait, sans danger aucun, en administrer quotidiennement 40 milligrammes. Mais, bien mieux, que par erreur on en prenne une quantité quelconque, on n'a encore rien à redouter, car il survient immanquablement des vomissements qui empêchent toute action toxique.

Quant à son mode d'administration, il est des plus simples; 4 milligrammes de phosphure de zinc représentent exactement un demi-milligramme de phosphore actif. — On en peut donner d'emblée 4 à 8 milligrammes à chacun des deux principaux repas, soit 1 à 2 milligrammes de phosphore actif par jour, et s'en tenir là. Autre observation : le phosphure de zinc est insoluble ; on ne peut donc l'administrer en potion. Il présente en outre des difficultés de préparation exceptionnelles ; ainsi des kilogrammes de ce médicament en contenaient à peine à l'analyse, et plusieurs observations que nous avons sous les yeux, et que nous donnerons, signalent de nombreux insuccès occasionnés par le phosphure de zinc du commerce, alors qu'administré sous la forme de granules trois cachets, il avait produit une action presque immédiate. Il n'est même pas douteux que nombre d'insuccès semblables n'aient nui à la vulgarisation du médicament. Nous ne saurions donc trop recommander de le prescrire sous cette forme de granules trois cachets, qui se trouvent d'ailleurs dans toutes les pharmacies. Ces granules sont dosés à 4 milligrammes, ce qui rend l'administration et le fractionnement faciles, et ils sont préparés avec du phosphure de zinc provenant du laboratoire même de M. Vigier, ce qui assure la pureté et l'efficacité du médicament.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. GUÉNIOT présente : 1° de la part de M. le docteur Lévi, médecin-major de l'armée, une brochure intitulée : *Etude historique et critique sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache et sur les divers procédés en usages. Procédé particulier de l'auteur* ; 2° de la part de M. Mandillon (de Bordeaux), deux observations manuscrites intitulées : *Un cas de dystocie rare et sarcôme congénital opéré le quatrième jour de la naissance par le thermo-cautère.* (Rapporteur : M. Guéniot.)

M. GUYON présente, de la part de M. Krishaber, une note sur une *canule à trachéotomie,* modifiée pour faciliter, l'introduction après l'incision trachéale, sans avoir besoin de dilatateur.

M. DE SAINT-GERMAIN a vu M. Krishaber employér cette canule avec facilité chez l'adulte. Il l'a lui-même essayée avec moins de succès, chez les enfants.

M. DESPRÈS rappelle qu'on a cherché depuis longtemps à se passer de dilatateur et que diverses canules ont été faites dans ce but ; mais on a dû renoncer à leur emploi, aucune n'offrant plus d'avantages que la canule classique des hôpitaux, celle de Guersant, avec laquelle d'ailleurs on peut aussi se passer de dilatateur.

M. GUYON fait observer que les recherches qui ont été faites et qui se font encore prouvent que les chirurgiens les plus autorisés ne jugent pas, comme M. Desprès, que la perfection ait été atteinte pour la disposition des canules à trachéotomie.

M. HERGOTT (de Nancy), membre correspondant, adresse une note sur le spondylizème.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire, et invite les candidats à faire parvenir leur demande et leurs titres dans un bref délai.

COMMUNICATION

Uranoplastie et staphylorrhaphie. — M. LANNELONGUE fait une communication sur l'uranoplastie et la staphylorrhaphie par le procédé de Ferguson qu'il a employé huit fois. Sur ces huit cas, M. Lannelongue a obtenu cinq succès et trois insuccès dont un insuccès complet. Il conclut, d'après les nombreuses recherches qu'il a faites, que les résultats sont désastreux quand on opère les enfants pendant le premier mois de la naissance. Ils sont meilleurs quand on fait l'opération après le premier mois jusqu'au douzième. Mais comme l'uranoplastie n'est pas une opération d'urgence, quoi qu'en dise Rouge (de Lausanne), il vaut mieux attendre que l'enfant ait atteint l'âge de trois ou quatre ans, âge auquel il est dans les meilleures conditions pour supporter cette opération. Les résultats sont d'autant meilleurs, au point de vue de la phonation que l'enfant n'a pas encore appris à parler.

DISCUSSION

M. ANGER s'est servi une fois du procédé de Ferguson pour restaurer une perforation du palais, et a constaté que cette opération était avantageuse. Il emploie pour maintenir, rapprocher les bords des parties avivées, de petits tampons d'éponge sèche qui se dilatent par l'humidité, s'engrènent dans les anfractuosités des plaies et restent ainsi de sept à dix jours sans tomber, jusqu'à ce qu'il y ait réunion parfaite au niveau de la plaie. Il a fait par différents procédés cinq uranoplasties; trois ont réussi.

M. LANNELONGUE recommande de bien surveiller les tampons dont on se sert pour maintenir le rapprochement de la plaie. Il attribue un de ses insuccès à un lambeau d'amadou qu'il avait oublié dans la plaie. Il est bon de les enlever au bout de deux jours; leur effet utile est alors produit, et, si on les laisse plus longtemps, ils entretiennent la suppuration et une très-mauvaise odeur, et empêchent la réunion des incisions libératrices. Quant à l'emploi de l'éponge, M. Lannelongue a vu cette substance contracter de telles adhérences avec les bourgeons charnus, qu'il était impossible d'enlever l'une sans arracher les autres.

M. PANAS a vu ce dernier fait se produire à l'extrémité du fémur, après une amputation de cuisse. L'opération avait été faite à la fin de la guerre et il était resté une fistule qui empêchait la guérison. Le malade entra dans le service de M. Panas, qui découvrit, avec une certaine difficulté, que la cause de cette suppuration était l'enfouissement dans les bourgeons charnus, d'un petit tampon d'éponge qui avait été laissé sur l'extrémité du fémur. L'adhérence était si grande qu'il fallut faire la résection de l'extrémité osseuse.

M. GUÉNIOT a observé le même accident dans l'emploi de l'éponge préparée pour la dilatation du col de l'utérus. On a souvent de grandes difficultés à la retirer et on n'y parvient pas sans faire saigner le col. La laminaire est bien préférable.

PRÉSENTATION DE MALADES

Blépharorrhaphie. — M. VERNEUIL présente un malade qu'il a guéri d'un ectropion considérable, consécutif à une brûlure, par la simple suture des paupières. Cette méthode peut donner, dans certains cas, d'aussi bons et même de meilleurs résultats que la blépharoplastie. L'œil n'a été ouvert qu'un an après la suture des paupières.

M. TILLAUX ne croit pas que la blépharorrhaphie réussisse toujours autant que la blépharoplastie. Il sera bon de suivre ce malade pour savoir si les deux bords libres des paupières peuvent se joindre, au moins autant qu'aujourd'hui, car déjà ils n'arrivent pas tout à fait au contact. Denonvilliers obtenait de la blépharoplastie d'admirables résultats.

M. LANNELONGUE partage l'avis de M. Tillaux.

M. VERNEUIL ne proscrit aucun procédé. Il présentera de nouveau ce malade dans quelques mois. Il croit cependant que la rétraction cicatricielle a déjà produit tout son effet.

M. PANAS a fait la même opération sur une femme, à Lariboisière, il y a plus de deux ans, et n'a pas encore désuni les paupières. Il s'est produit une traction très-puissante sur les sutures qu'il a dû maintenir rapprochées avec des bandelettes enduites de collodion. Il en fera très-prochainement l'ouverture, pensant que la rétraction du tissu cicatriciel est aujourd'hui épuisée. Cette opération n'a chance de réussir que si les deux paupières sont cicatricielles; dans le cas contraire, la paupière saine se laisse toujours distendre par la rétraction qui s'opère sur l'autre.

Taille périnéale par le thermo-cautère. — M. ANGER présente un homme de quarante-six ans auquel il a fait la taille périnéale, à l'infirmerie générale des prisons, en se servant du thermo-cautère. Cet homme souffrait depuis deux ans tantôt de rétention, tantôt d'incontinence d'urine. Depuis six mois, la rétention était constante ; l'urine ne pouvait s'écouler en très-petite quantité qu'après le séjour d'une bougie dans le canal pendant une ou deux heures; elle était rouge comme du vin, et le malade souffrait de

douleurs néphrétiques très-vives. Il était dans un état de marasme profond.

Quoiqu'il n'eût jamais eu qu'une blennorrhagie, il y a vingt ans, il y avait un rétrécissement considérable. M. Anger put cependant pénétrer par le canal d'abord avec une bougie très-fine, puis avec un cathéter métallique de même diamètre, et constater la présence d'un calcul prostatique ou vésicoprostatique. Voulant éviter à ce malade épuisé toute perte de sang qui aurait pu lui être fatale, le chirurgien fit l'incision avec le thermo-cautère jusqu'à l'urèthre qu'il ouvrit avec le bistouri. Le calcul était mou et fut facilement extrait avec les tenettes. L'écoulement de sang peut être évalué à 30 ou 40 grammes seulement.

Il ne survint aucune ulcération des bords de la plaie qui fût guérie en moins de trente jours, ne laissant qu'une cicatrice linéaire.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

119. Destais. Considérations sur quelques accidents pulmonaires et sur la pneumonie pseudo-lombaire en particulier survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.
120. Aubert. Quelques considérations sur les lymphadénomes du médiastin.
121. Dupeux. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le cyanure de potassium.
122. Michel. Quelques considérations sur les plaies de la trachée et de l'emploi de la canule comme moyen hémostatique.
123. Simon. Des tumeurs gommeuses de la langue.
124. Redon. Du diabète sucré chez l'enfant.
125. Margnat. Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale considéré surtout au point de vue du traitement.
126. Barker. Considérations sur les soins à donner à la femme en dehors de tout accident avant, pendant et après l'accouchement.
127. Baillod. Étude sur la rétraction de l'aponévrose palmaire.
128. Barié. Étude sur la ménopause.
129. Pierin. Contribution à l'étude de l'amblyopie congénitale sans lésions appréciables à l'ophthalmoscopie.
130. Du Souich. De l'incontinence d'urine essentielle.
131. Feuillet. Quelques cas d'hémianesthésie de cause mésocéphalique.
132. Isautier. Considérations sur les pansements des plaies de la tête, solutions de continuité des parties molles externes.
133. Holman. Considérations sur la menstruation chez les femmes rhumatisantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 juin 1877, M. Guyon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants sont prévenus que le stage sera exigé pour la prise de la neuvième inscription.

— *Hôpitaux de Paris.* — Sont admis à subir les épreuves définitives du conconrs ouvert pour trois places de médecin du Bureau central : MM. Debove, Gougueinhem, Hallopeau, Hanot, Homolle, Huchard, Labadie-Lagrave, Quinquaud, Sevestre, Tenneson.

— La composition écrite du concours pour les prix de l'internat, en médecine et en chirurgie, aura lieu samedi 3 novembre 1877 à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août, inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division, devra être déposé, conformément au réglement, avant le 15 août, dernier délai.

— *École de médecine de Tours.* — Trois concours pour des emplois de suppléant des chaires de médecine, de chirurgie et de chef des travaux anatomiques s'ouvriront à Tours; le 7 janvier 1878 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques; le 4 févier 1878 pour l'emploi de suppléant des chaires de médecine; le 4 mars 1878 pour l'emploi de suppléant des chaires de chirurgie. Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans; le chef des travaux anatomiques est nommé pour dix ans.

De l'Urine et des sédiments urinaires. Propriétés et caractères chimiques et microscopiques des éléments normaux et anormaux de l'urine. Analyse qualitative et quantitative de cette sécrétion. Description et valeur séméiologique de ses altérations pathologiques, etc., par NEUBAUER et VOGEL. — Deuxième édition française traduite sur la septième édition allemande et annotée par le docteur L. GAUTIER. — Paris, 1877. 1 vol. gr. in-8° de 520 pages avec 69 fig. dans le texte et 4 planches coloriées. — Prix : 10 francs. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Flexion incomplète et permanente de l'auriculaire due à l'existence d'une bride fibreuse. — II. Légère inflammation au-dessous d'un durillon du pied droit. — III. Eczéma érythémateux mercuriel à la suite d'une friction mercurielle.

I. — Vous venez de voir un malade âgé d'environ trente-quatre ans, et exerçant la profession de valet de chambre, qui se plaint d'avoir une flexion incomplète très-prononcée et permanente du petit doigt. Celle-ci, cependant, n'est pas accompagnée d'immobilité du doigt, qui peut être complétement fléchi. Ce dernier caractère prouve que les articulations sont mobiles et que les tendons fléchisseurs glissent dans leur gaîne et agissent efficacement. Il y a donc seulement une impossibilité de ramener le doigt dans l'extension, et ceci coïncide avec l'existence d'une bride dense, résistante, que l'on sent parfaitement bien avec le doigt et qui se dessine sous la peau, dans la paume de la main et au niveau de la face palmaire du doigt à la hauteur de la première phalange. En effet, il existe en ces points un relief se dirigeant de haut en bas et moins bien accusé au niveau de la partie digitale que manuelle de la bride. Celle-ci est formée par un tissu dense, résistant, inextensible, quoique cependant elle soit assez molle encore pour se fléchir dans les mouvements de flexion. Au niveau du doigt cette petite bride peut être très-bien circonscrite; là, en effet, on sent qu'elle est tout à fait confondue avec la peau ; mais il n'en est plus de même à la paume de la main, où il est facile de s'assurer que les téguments glissent sur le tégument indiquant, par conséquent, qu'en ce point, elle ne leur est pas adhérente.

Je vous ai fait remarquer que la maladie est bien limitée au petit doigt, qu'il n'existe absolument rien de semblable au niveau des autres et que de même on n'observe rien d'anormal à la main du côté opposé. Or, dans le cas qui nous occupe, il est très-fréquent de voir le tissu inextensible occuper transversalement une certaine étendue de la main, gêner les mouvements d'extension de deux doigts au moins, l'annulaire et le médius (car la maladie a coutume, comme ici, de débuter par l'auriculaire), et fréquemment même, de voir la maladie occuper les deux mains.

Enfin, je vous ai fait observer encore ceci, c'est que, chez cet homme, cette bride inextensible paraissait s'être développée indépendamment d'une lésion traumatique et, qu'en effet, ce cordon fibreux se manifestait quelquefois à la suite de la pression prolongée d'un corps dur, sur le doigt ou sur la main, du fouet, par exemple, chez les cochers ; du balai, du plumeau chez les valets de chambre.

Eh bien, il s'agit maintenant de déterminer ce que c'est que cette lésion, quel est l'avenir du malade et ce que nous pouvons faire contre cette maladie.

Comme lésion, il est évident qu'il s'agit d'une bride formée par un tissu fibreux inextensible. Mais où celui-ci s'est-il développé et aux dépens de quelle partie de la main?

On a cru, jusqu'à l'époque de Dupuytren, que ces brides étaient formées par les tendons fléchisseurs raccourcis et rétractés sur eux-mêmes. Cela n'est pas impossible, en effet, dans certains cas. Mais, depuis les travaux de Dupuytren sur la rétraction de l'aponévrose palmaire, nous savons que, le plus souvent, l'extension des doigts ou de la main est empêchée par un tissu fibreux placé au devant des tendons et que ce qui distingue cet état de la rétraction tendineuse, c'est que, dans le premier cas, ces brides sont situées sous la peau et souvent confondues avec elle.

Une autre lésion que Dupuytren nous a fait connaître également et que confirment, en effet, les autopsies, c'est un certain degré de rétraction de l'aponévrose palmaire qui, comme vous le savez, envoie des prolongements au-devant de chaque doigt; ce chirurgien a admis qu'à la suite d'irritations résultant de l'action prolongée de corps durs sur la paume de la main, l'aponévrose palmaire était susceptible de subir dans toute, ou seulement dans une partie de son étendue, un travail particulier, qu'il a appelé simplement rétraction.

Mais les travaux de Gerdy sur ce sujet, sont venus montrer très-catégoriquement qu'il ne fallait pas considérer ces brides comme appartenant exclusivement à l'aponévrose palmaire, attendu que, sinon dans toutes, du moins dans une partie de leur étendue, elles sont confondues avec le derme. Et c'est ce que, moi-même, j'ai voulu vous faire bien comprendre quand je vous disais, au sujet de ce malade, que nous avions une portion digitale, complétement confondue avec la peau.

Si, en effet, l'aponévrose palmaire était seule malade, la couche de tissu cellulaire interposée entre celle-ci et le derme permettrait encore à la peau de glisser sur la bride fibreuse.

Gerdy disait, en outre, qu'en effet, l'aponévrose s'épaississait et se rétractait un peu, mais que ce qui constituait surtout la maladie, c'étaient en partie le derme et en partie le tissu conjonctif placé entre ce dernier et l'aponévrose palmaire, en un mot, que c'était surtout une maladie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, avant d'être une maladie de l'aponévrose palmaire.

Il est évident, en effet, que sous l'influence du processus inflammatoire qui, par suite de la cause que je vous ai signalée, s'est développé dans le tissu cellulaire et le derme, l'aponévrose palmaire peut elle-même finir par se rétracter à son tour, mais ce n'est que consécutivement que cela a lieu.

Ces observations de Gerdy ont une grande importance au point de vue du traitement, car, ainsi que je vous le démontrerai tout à l'heure, on ne saurait sectionner ces brides fibreuses, ainsi que le conseillaient Dupuytren et Goirand.

En même temps qu'il a montré cette topographie du tissu fibreux qui amène la flexion permanente, Gerdy l'a rattachée à une maladie qui n'avait pas été décrite jusqu'alors et sur laquelle j'ai beaucoup insisté moi-même, à une maladie généralisée des tissus, qui n'est autre que l'inflammation et la rétraction de tissus blancs et la transformation du tissu cellulaire ou cellulo-fibreux normal, en tissu fibreux très-dense.

Pour bien caractériser la maladie de cet homme, il faut donc dire que c'est une bride fibreuse très-dense, résultant de la transformation en tissu fibreux, d'une partie du tissu cellulaire ou conjonctif sous-cutané, et d'une partie du derme, et peut-être de la transformation en tissu fibreux plus dense d'une partie de l'aponévrose palmaire, au niveau de la main.

Chez le malade que vous avez eu devant les yeux, cette maladie est insolite parce qu'elle n'occupe que le petit doigt au lieu de se prolonger à l'annulaire et au médius ou d'envahir les deux mains, comme cela se voit quelquefois. De plus, elle ne menace pas l'existence; elle emprunte seulement sa gravité à la tendance très-grande et invincible à l'augmentation d'étendue de l'état maladif. Aussi, est-il possible que, chez ce malade, les lésions que je vous ai signalées s'accentuent de plus en plus, que le doigt s'étende de moins en moins, et qu'à la longue, l'annulaire et le médius finissent par être pris eux-mêmes. Cette propagation de la maladie est, en effet, la conséquence de toute profession, qui, comme celle de valet de chambre, oblige la main à être continuellement en contact avec des corps durs, ainsi que d'une tendance particulière qui existe chez certains sujets.

Nous avons conseillé à ce malade de faire, matin et soir, sur le doigt, des frictions avec de l'axonge, mais n'existe-t-il pas des moyens plus énergiques de combattre cette infirmité?

Dupuytren, en même temps qu'il a décrit la rétraction de l'aponévrose palmaire, a conseillé de pratiquer une série de sections transversales, au nombre de deux, trois ou quatre, sur la bride fibreuse. Au premier abord, ce moyen a l'air très-rationnel, et il donne en effet, pour résultat, la possibilité d'étendre le doigt que l'on fixe sur une attelle en attendant la guérison. Mais l'expérience a démontré que, alors même que l'opération avait réussi, les tissus, une fois la cicatrisation obtenue, continuent à jouir de la même tendance à la rétraction, que le tissu cicatriciel partage lui-même, comme le reste, de sorte que la maladie ne tarde pas à se reproduire.

Un autre inconvénient que l'expérience a démontré également, c'est que ces sections transversales ne sont pas toujours inoffensives et que l'inflammation suppurative, qui se développe au niveau de chaque point sectionné, peut très-bien prendre un caractère érysipélateux, phlegmoneux même, se prolonger profondément au-delà des gaînes tendineuses, et amener une inflammation suppurative des gaînes fibreuses et des synoviales des tendons fléchisseurs, dont vous connaissez les effets fâcheux. Notre devoir est donc de rejeter cette opération.

Je n'aime pas davantage, et pour les mêmes raisons, le procédé de Goirand qui, comme vous le savez, consiste à pratiquer une incision longitudinale à la peau, à disséquer, à couper la bride tendineuse transversalement et à réunir la peau au moyen de points de suture.

Enfin, à la suite de ses travaux sur la section sous-cutanée, M. J. Guérin, a proposé cette méthode contre la maladie qui nous occupe. Mais, pour que ce procédé fût applicable chez ce malade, il faudrait que la bride fibreuse ne fût pas confondue avec la peau dans toute une partie de son étendue. Néanmoins, si ce malade avait une augmentation très-grande de sa difformité, et si celle-ci le gênait beaucoup plus tard, je ne serais pas très-éloigné d'y avoir recours, parce que, suivant toutes probabilités, cette opération ne donnerait pas de suppuration. Mais, j'ai la conviction que, même après une section très-bien faite et après avoir pris le soin de maintenir le doigt étendu sur une attelle, jusqu'à la cicatrisation complète, le tissu de nouvelle formation participerait à la même tendance que celui dont nous aurions combattu les effets.

II. — Nous donnons la sortie à un malade qui a encore une transformation fibreuse. Celle-ci consiste dans la présence de durillons, l'un sous la pointe, l'autre sous la plante du pied, formés par la succession de couches épidermiques qui, non-seulement se condensent, mais subissent également un certain degré de transformation fibreuse au-dessous de la portion épidermique du durillon. Ce malade était entré à l'hôpital parce que, avec ces durillons très-étendus, il éprouvait des douleurs fréquentes quand il restait un certain temps dans la station verticale.

Évidemment, il ne s'agissait pas ici de ces douleurs des adolescents, qui occupent parfois les articulations, mais bien de celles qu'on observe à la suite des cors plantaires, et qui sont dues à la pression des nerfs de la région par la partie indurée qui les recouvre. Il est même certains cas, et c'est ce qui avait encore lieu ici, où cette pression détermine un certain degré d'inflammation qui se traduit alors par un peu de rougeur autour de ces durillons.

Cette maladie est aussi commune dans la pratique particulière que dans celle des hôpitaux; elle survient chez les gens que leur profession oblige à rester longtemps debout ou à faire de longues marches. Quoique ces individus cependant, aient un pied bien conformé, ces douleurs tiennent simplement à l'existence de durillons, c'est-à-dire à l'existence de ces productions épidermiques que Boyer a appelées, quand elles sont limitées, des cors plantaires.

Quand il s'agit simplement de ces derniers, leur ablation peut être pratiquée. Pour cela, il suffit de circonscrire les parties indurées de la peau, par deux incisions semi-elliptiques et de les enlever. Mais quand, comme c'est ici le cas, ces durillons sont tels qu'il faudrait pour les extirper faire une plaie très-étendue à la partie antérieure de la région plantaire et une autre au-dessous du calcanéum, il serait imprudent de recourir à une opération sanglante. Aussi je me contente de mettre le malade à l'abri de ces douleurs et de la petite inflammation dont nous avons eu un exemple chez celui-ci, en conseillant l'emploi d'une semelle de liége avec un trou correspondant à la partie épidermique qui est le siége du durillon, dont je réussis généralement ainsi à pallier les inconvénients.

III. — Nous avons, au n° 15 de la salle des hommes, un malade intéressant qui, je l'espère, restera assez gravé dans vos souvenirs pour vous éviter une erreur de diagnostic et ne pas vous faire rechercher autre chose que ce qui existe, quand un cas semblable se présentera à vous. C'est un homme de vingt-huit ans qui s'est présenté à la consultation avec une rougeur très-étendue, d'une coloration presque vineuse, occupant la partie inférieure de la poitrine, l'épigastre, l'ombilic, les flancs, l'hypogastre et les fosses iliaques, en un mot, presque toute l'étendue de la poitrine et l'abdomen depuis le pubis jusqu'au delà de l'appendice xyphoïde. Cette rougeur allait en décroissant à mesure qu'on se rapprochait de la partie supérieure où l'on observait un grand nombre de vésicules transparentes, jaunâtres, semblables à des vésicules d'eczéma simple ou de miliaire, tandis qu'à la partie inférieure, où la rougeur était très-vive, celles-ci étaient peu abondantes. Cette rougeur se retrouvait encore sur la verge et le scrotum où il existait en même temps un œdème assez marqué.

Une telle rougeur sans fièvre ni mal de gorge, et rappelant l'éruption de la scarlatine, était tout à fait caractéristique de celle que donne une friction mercurielle un peu exagérée ou disproportionnée avec les habitudes du malade, telle qu'elle se manifeste chez certains sujets à peau mince et délicate, comme les femmes et les enfants.

Cette inflammation qui rentre surtout dans la catégorie de l'érythème, cette entité érythémateuse, comme on l'appelle, s'accompagne, en effet, dans une partie de son étendue de vésicules semblables à celles que nous avons observées chez ce malade. Mais ce qui est surtout très-singulier, c'est que l'onguent mercuriel détermine cette rougeur, non pas seulement dans les points sur lesquels il a été appliqué, mais encore sur une grande étendue au delà de la région qui a été le siége des frictions. Cet homme nous a déclaré, en effet, ne s'être frictionné que sur le pubis et cependant, au lieu d'être limitée au scrotum, la rougeur a envahi l'abdomen et une partie de la poitrine. Ailleurs, elle s'étend jusqu'aux cuisses et aux genoux; et il est même des gens chez lesquels cet érythème remonte jusqu'au menton.

C'est dans ces cas surtout, et alors que l'éruption s'accompagne d'un léger état fébrile, que l'on peut être disposé à croire à l'existence d'une scarlatine.

Cet érythème est une maladie bien connue aujourd'hui. Décrite pour la première fois sous le nom d'hydrargyrie vers 1804 ou 1805, par le médecin anglais Alley, ce mot ne s'applique plus maintenant qu'à certains accidents généraux déterminés par l'introduction du mercure dans l'économie. C'est à Rayer, que la description d'Alley avait frappé, que l'on doit de nous avoir fait connaître, dans son traité des maladies de la peau, cette conséquence de l'onguent mercuriel, qu'il a désignée sous le nom d'érythème avec vésicules miliaires ou eczéma mercuriel.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Dujardin-Beaumetz.

Du traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électrolyse.

L'application de l'électrolyse à la cure des anévrysmes est de date récente; elle a été faite pour la première fois par Pétrequin (de Lyon) qui, en 1845, traita avec succès par ce moyen un anévrysme traumatique de l'artère temporale. De 1845 à 1849, Pétrequin compléta sa méthode, en la limitant toutefois au traitement des anévrysmes chirurgicaux. Pendant ce temps, une commission médicale, formée en Italie, étudiait sur les animaux l'action coagulante des courants électriques. Ces expérimentateurs montrèrent que, tandis que le pôle négatif d'un courant électrique continu, introduit dans une artère, ne jouit d'aucune propriété coagulante, le pôle positif, au contraire, est le point de départ d'une coagulation qui, d'abord incomplète, devient assez solide pour oblitérer un vaisseau artériel de gros calibre. C'est en se basant sur ces expériences que Ciniselli établit, en 1856, la nouvelle méthode de traitement des anévrysmes de l'aorte, méthode qui consiste à obtenir la coagulation de ces anévrysmes par l'électro-puncture. Cette opération a été pratiquée soit par lui, soit par d'autres médecins italiens, plus de quarante-cinq fois.

Voici comment procède Ciniselli : il emploie une pile fort complexe qui porte son nom et dont l'action chimique est mesurée de la façon suivante : cette pile, à courant constant, donne 2 centimètres cubes de gaz en cinq minutes, en décomposant de l'eau acidulée avec un trentième en poids d'acide sulfurique de commerce.

Les aiguilles qu'il fait pénétrer dans la tumeur sont en acier poli, et ce n'est que dans ces derniers temps qu'il a conseillé de les revêtir, dans une certaine étendue, d'un enduit protecteur. Ces aiguilles ont, en maximum, 2 millimètres de diamètre, et une fois qu'elles ont pénétré dans la tumeur, voici comment Ciniselli dirige les courants : il applique sur la première aiguille le courant positif, tandis que le pôle négatif est placé à l'extérieur sur un point du thorax proche de l'anévrysme; au bout de cinq minutes, il remplace le pôle positif par le pôle négatif, et place alors le premier de ces pôles sur la seconde aiguille; cinq minutes après, nouvelle modification des courants, le pôle négatif est appliqué sur la seconde aiguille, tandis que le pôle positif est placé sur la troisième, et ainsi de suite, de telle sorte que, par chaque aiguille, on fait passer alternativement un courant positif et un courant négatif, en ayant soin de toujours commencer par le courant positif.

Les résultats obtenus par cette méthode sont les suivants : sur trente-huit cas ainsi traités, on n'a jamais obtenu une guérison absolument radicale, mais dans vingt-sept cas, les malades ont été assez améliorés pour reprendre pendant des mois et des années leurs occupations plus ou moins fatigantes; jamais on n'a observé d'accidents graves pendant l'opération.

En Angleterre, la pratique de Ciniselli a été aussi mise en usage, et c'est à Anderson (1873) qu'on doit les travaux les plus complets sur ce sujet. Il insiste sur les précautions suivantes : les aiguilles doivent être très-fines, munies d'une couche isolante dans les parties qui ne pénètrent pas dans la tumeur; le courant doit être faible; le pôle positif seul appliqué sur les aiguilles et le pôle négatif à l'extérieur. En Amérique et en Allemagne, l'électrolyse a été également appliqué au traitement des anévrysmes de l'aorte. Enfin, en 1849, Piédagnel a appliqué l'électrolyse sur un malade, ouvrier de Charrière, pour un cas d'anévrysme de l'aorte. C'est la première tentative qui fut faite en France.

C'est en se basant sur tous ces travaux que M. Dujardin-Beaumetz a songé à appliquer, dans le cas suivant, la méthode de l'électrolyse.

G..., trente-six ans, cuisinier, entre, le 17 mars 1877, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine; bonne santé habituelle, aucune maladie héréditaire, pas de syphilis ni de rhumatismes, pas d'excès alcooliques; mère bien portante, père mort d'une apoplexie cérébrale. A quatorze ans, il a présenté tous les symptômes d'une néphrite parenchymateuse. Il y a quatre ans, il fit une chute violente sur le côté droit de la poitrine. Il y a deux ans, sans cause appréciable, survint une douleur sourde dans le côté droit, et qui s'irradiait dans les bras; puis il se plaignit de palpitations, qui augmentaient sous l'influence des émotions ou des efforts, et lorsqu'il était couché sur le côté gauche, il était pris d'une dyspnée intense. Il y a à peu près un an, il constata une voussure du côté droit de la poitrine; la voix devint sourde; dysphagie et douleurs névralgiques. Amélioration notable sous l'influence de la glace et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Au moment où il entra à l'hôpital Saint-Antoine, il présentait l'état suivant : la respiration est fréquente, précipitée; le moindre effort augmente cette dyspnée; le thorax est soulevé par les batte-

ments, et on constate une voussure manifeste à droite du sternum, au niveau des troisième, quatrième et cinquième côtes, et s'étendant jusqu'à la région mammaire. Dans toute l'étendue de cette voussure on observe des battements expansifs très-visibles à l'œil nu. La main, appliquée sur la tumeur, est soulevée par des battements énergiques et rhythmés comme ceux du cœur. La percussion révèle de la matité dans toute l'étendue de la tumeur; l'auscultation fait entendre un bruit de souffle double, et beaucoup plus marqué au second bruit qu'au premier; ce bruit a son maximum de densité au niveau du troisième espace intercostal, à 1 centimètre du bord droit du sternum. La pointe du cœur bat sous le sixième espace intercostal; son volume est augmenté et l'on entend à la base un bruit de souffle au deuxième temps; le pouls est rebondissant et présente tous les caractères du pouls de Corrigan. Tous ces symptômes mettent le malade dans l'impossibilité de faire le moindre effort.

Le diagnostic est des plus faciles : on avait affaire à un anévrysme de l'aorte.

Avant de recourir à l'électro-puncture, il fallait étudier exactement le siége de la tumeur, son étendue et son origine, M. Dujardin-Beaumetz et M. Constantin Paul ont examiné ce malade avec le plus grand soin à ce sujet, à l'aide du cardiographe, du sphygmographe, d'un sphygmomètre imaginé par M. C. Paul, et qui permît de constater que les battements de la tumeur et ceux du cœur alternaient entre eux, et de sthétoscopes bi-auriculaires, simples et composés, à l'aide desquels on put voir qu'il existait une séparation entre les limites des souffles cardiaques et ceux perçus dans la tumeur. Une fois fixé sur l'étendue de la poche, sur sa nature son siége, et son origine, nous pouvions, dit M. Dujardin-Beaumetz, en nous guidant sur les indications formulées par Ciniselli, savoir quelles chances nous offrait l'électrolyse. Le malade, d'après ces indications, se trouvant dans les conditions les plus favorables, M. Dujardin-Beaumetz se décida à pratiquer l'opération suivante avec le concours de M. Gaiffe, qui fit fonctionner les appareils électriques.

L'appareil électrique employé était une pile de Gaiffe de 26 éléments, dont l'action avait été réglée de telle sorte que le courant donnait à son maximum 2 centimètres cubes de gaz en cinq minutes dans l'eau additionnée d'un trentième de son poids d'acide sulfurique du commerce. Des collecteurs permettaient de ramener la pile à zéro et d'augmenter graduellement le courant jusqu'à son maximum, et un rhéostat permettait de graduer l'intensité du courant. Des fils excessivement ténus et tournés en spirale faisaient communiquer la pile avec les aiguilles, ce qui donnait à ces dernières toute liberté de mouvement. Les aiguilles étaient protégées dans la moitié supérieure de leur étendue par un vernis protecteur, le temps n'ayant pas permis de les envelopper d'une couche isolante de gutta-percha ; elles avaient 65 millimètres de long et 6 dixièmes de millimètre de diamètre.

Le pôle négatif était représenté par une très-large plaque recouverte d'une épaisse peau de chevreau que l'on avait eu soin de tremper dans l'eau. Une fois tout disposé, nous avons pris une des aiguilles et l'avons plongée dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres du bord droit du sternum, puis nous avons introduit une seconde aiguille à un centimètre plus loin dans le même espace intercostal; enfin une troisième aiguille a été enfoncée dans le troisième espace intercostal à 3 centimètres et demi du bord droit du sternum. Puis, le pôle négatif étant toujours appliqué sur la plaque posée sur la partie latérale droite du thorax, nous avons fait passer successivement par chaque aiguille le courant positif pendant cinq minutes, en ayant toujours soin de ramener la pile à zéro lorsque nous changions les courants, et d'augmenter graduellement le nombre de piles que nous employions. Après cette première série d'applications, nous avons recommencé de nouveau une seconde application de cinq minutes de durée par chaque aiguille, de telle sorte que, pendant une demi-heure, le courant positif a traversé la tumeur. Le malade, pendant tout ce temps, éprouva peu de douleur; seulement, l'aiguille placée dans le troisième espace intercostal produisait, au moment du passage du courant, une sensation douloureuse plus vive et différente de celle qu'il éprouvait lorsque le courant avait passé par les autres aiguilles.

Les aiguilles furent retirées sans difficulté, elles présentaient une oxydation des plus marquées. Le malade fut laissé dans l'immobilité la plus complète et une vessie pleine de glace fut appliquée sur la tumeur.

Quatre heures après l'opération, on sentait déjà une diminution notable dans les battements et le malade éprouvait un grand soulagement. Le lendemain on constatait, d'une façon évidente, la production d'un caillot au niveau du quatrième espace intercostal et là où la main, avant l'opération, était vivement soulevée et où l'œil distinguait des battements fort appréciables, c'est à peine si on observait des pulsations lointaines et profondes.

Dans le troisième espace intercostal les pulsations, quoique amoindries, se manifestaient encore ; les jours qui suivirent l'opération ne firent qu'augmenter l'amélioration déjà constatée.

Aujourd'hui (10 juillet) le malade ne ressent plus les battements si douloureux qu'il éprouvait autrefois; l'application de la main constate une diminution très-notable dans les battements de la tumeur, et le cardiographe vient compléter ces renseignements en nous montrant dans les tracés une notable différence entre l'intensité des pulsations telles u'elles s ont aujourd'hui avec celles que l'on avait obtenues précédemment.

Tous ces signes nous permettent d'affirmer que, par l'électrolyse, nous avons obtenu une coagulation d'une certaine quantité du sang contenu dans la tumeur, et que la couche ainsi formée vient doubler les parois de la poche, mais cette couche est de peu d'étendue; aussi, nous proposons-nous de revenir dans peu de temps à une nouvelle application de l'électricité et nous espérons que, par des séances répétées à l'intervalle d'un mois, nous pourrons obtenir la coagulation complète de la tumeur. En admettant cette hypothèse, nous ne croyons pas cependant, qu'après ce résultat obtenu, notre malade pourra reprendre ses occupations d'autrefois. En effet, en admettant que la tumeur, de liquide qu'elle était, devienne solide, nous n'empêcherons pas qu'elle n'apporte un trouble notable dans la circulation; l'insuffisance aortique qui en est la conséquence persistera donc, ainsi que l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

Ainsi notre malade, en admettant les circonstances les plus heureuses, conservera tous les symptômes qui accompagnent les affections aortiques; mais, grâce à l'électrolyse, nous aurons paré aux accidents les plus redoutables, et, tout en le soulageant considérablement, nous lui aurons permis de vivre sans doute plus longtemps.

En résumé, nous voyons que l'électrolyse, appliqué pour la première fois en France pour la cure des anévrysmes de l'aorte, nous a donné des résultats assez avantageux pour encourager à renouveler ces tentatives, et nous croyons pouvoir conclure du fait que nous venons d'exposer :

1° Que l'électrolyse est un mode rationnel du traitement des anévrysmes de l'aorte ;

2° Que l'on doit recourir à cette méthode lorsque les autres moyens locaux ou généraux n'ont donné aucun résultat appréciable ;

3° Qu'appliquée avec toutes les précautions nécessaires et en suivant les indications et les contre-indications formulées par Ciniselli, cette méthode ne s'est jamais accompagnée d'accidents graves immédiats ;

4° Que l'électro-puncture a donné jusqu'ici, dans près de de tiers des cas d'anévrysmes de l'aorte, des améliorations notables.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 juillet 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des altérations paludéennes du rein en Algérie. — M. Kiener, médecin-major à Constantine, fait une commmunication dont voici le résumé.

Il a étudié les altérations paludéennes du rein en Algérie. Ses observations, au nombre de vingt-neuf, se répartissent ainsi :

Quatre cas sont des maladies de Bright paludéennes; leur description fera l'objet d'une communication ultérieure.

Vingt cas sont fournis par des sujets morts de pneumonie dans les premières périodes de l'intoxication chronique, et seront décrits sous le nom de *rein engorgé*.

Cinq cas se rapportent à la cachexie confirmée et seront décrits sous le nom de *rein atrophié et tacheté*.

Du rein engorgé. — Reins volumineux, pesant de 410 à 560 grammes lisses, rouge sombre, parsemés de taches hémorrhagiques, de consistance ferme, adhérents par places à la capsule.

Les lésions histologiques se résument ainsi : 1° congestion intense du système artériel; hémorrhagies interstitielles; pigmentation des épithéliums par des globules rouges inclus dans le protoplasma et en voie de digestion; 2° néphrite catarrhale plus ou moins intense, contemporaine de la pneumonie; 3° sclérose glomérulaire ayant transformé en nodules fibreux une proportion notable des glomérules.

La pigmentation mélanique des glomérules, rare, toujours discrète, est sans importance pathologique.

Les altérations concomitantes des autres organes sont : une tuméfaction considérable et constante du foie et de la rate; une pneumonie plus ou moins étendue; dans la moitié des cas environ, une hypertrophie du ventricule gauche du cœur sans altérations valvulaires.

Du rein atrophié et tacheté. — Reins petits, pesant de 200 à 360 grammes, lisses, bosselés, résistants à la section, très-adhérents à la capsule, tachetés à la surface et sur les coupes de taches couleur acajou foncé, de dimensions variables, quelquefois confluentes; substance corticale diminuée d'épaisseur, renfermant des kystes colloïdes; substance medullaire pâle, de consistance fibreuse, renfermant des fibrômes et quelquefois des angiômes.

Les lésions histologiques se résument ainsi : 1° sclérose diffuse. étendue à tout l'arbre artériel et au stroma conjonctif de la glande. Comme conséquences de la sclérose : rétrécissement du calibre des vaisseaux artériels, transformation fibreuse de plus de la moitié des glomérules; ischémie; dilatation et hyperémie passive du système veineux. Ces congestions veineuses, localisées au niveau des taches brunes, s'accompagnent de pigmentation hématique ocreuse, et d'hémorrhagies dont les foyers sont ordinairement enkystés; 2° atrophie, infiltration graisseuse ou colloïde des épithéliums glandulaires dont la vitalité est épuisée; formation de kystes colloïdes aux dépens des glomérules et des tubes urinifères.

Les altérations concomitantes des autres organes sont : l'induration de la rate; des lésions atrophiques et dystrophiques du foie, consécutives à l'hyperémie chronique; le cœur est atrophié et pigmenté.

En résumé :

Dans une première période de l'impaludisme, que l'on pourrait appeler *la période des hyperémies phlegmasiques*, le rein tuméfié, hyperémié, présente une activité exagérée des phénomèmes de nutrition, et se trouve sous l'imminence de phlegmasies catarrhales et d'hémorrhagies.

Dans une deuxième période, qui est *la cachexie*, l'ischémie a succédé à l'hyperémie initiale; les hémorrhagies qui continuent à se produire peuvent être considérées comme passives; la transformation fibreuse d'un grand nombre de glomérules, et la déchéance organique des épithéliums glandulaires, réduisent au minimum la fonction uropoétique.

Cardiopathie. — M. JOSEPH RENAULT présente en son nom et en celui du docteur Landouzy, une note dans laquelle il signale les faits suivants :

Dans un grand nombre de circonstances les malades qui succombent aux cardiopathies chroniques ne présentent pas de dégénérescence graisseuse du myocarde, bien qu'ils aient subi la série complète des accidents asystoliques caractérisant l'asthénie cardiaque.

Dans ces cas, quelle est la condition matérielle qui empêche le le cœur de se contracter?

On sait que les fibres ramifiées du cœur sont coupées, de distance en distance, par des traits transversaux qui répondent à des lignes de ciment unissant dans le sens de la longueur des cellules contractiles placées bout à bout. En dissociant un myocarde normal après l'avoir soumis à l'action de la potasse à 40 pour 100, on isole ces cellules musculaires qui offrent chacune un noyau distinct.

On conçoit que les fibres cardiaques étaient produites par une série de cellules semblables disposées en chaine si le ciment intercellulaire venait à faire défaut, l'unité de contraction cardiaque ferait défaut et la systole serait compromise.

Or, c'est précisément ce qui arrive dans le myocarde non granulo-graisseux des cœurs recueillis sur la plupart des sujets asystoliques, de telle sorte que cette fragmentation spontanée des fibres cardiaques paraît la cause la plus prochaine de l'asthénie cardiaque qui engendre l'ensemble des symptômes connus sous le nom de phénomènes asystoliques.

Acide carbonique exhalé pendant la respiration. — M. PAUL BERT, fait une communication sur l'acide carbonique exhalé pendant la respiration. Pour lui, l'acide est à l'état dissous et non combiné.

Du mode de contraction musculaire. — M. ONIMUS présente, au nom de M. Trouvé, un appareil électrique destiné à mettre en évidence le mode de la contraction musculaire.

M. Trouvé, frappé des effets considérables que produisait sur ses muscles un faible courant électrique, a pensé que là devait résider un des principaux récepteurs de la force électro-motrice. Ce fut dans ce sens qu'il dirigea ses expériences, dont le résultat fut la construction d'un instrument répondant à toutes les fonctions du muscle.

M. Trouvé a assimilé les molécules actives du muscle a de petits électro-aimants s'attirant par leurs pôles contraires. Il est facile de comprendre de suite le travail produit par un pareil mécanisme. L'effort exercé par deux électro-aimants, multiplié par le carré de la section, donne bien l'idée du travail produit par le système, et l'amplitude du mouvement, mais ne peut rendre compte des effets considérables observés sur le muscle. Aussi M. Trouvé, continuant son étude, acquit la preuve qu'il fallait nécessairement totaliser chaque effort individuel des électro-aimants, car ce total devait donner mathémathiquement le résultat de la puissance totale du système, et, par cela même, une plus haute idée de celle du muscle.

Quel pouvait être maintenant le mécanisme pouvant totaliser les effets? M. Trouvé, se rappelant ce jeu des enfants, appelé grenouillette, qui consiste dans des parallélogrammes articulés faisant mouvoir des soldats, construisit un appareil qui se compose d'une série d'électro-aimants s'attirant entre eux par leurs pôles contraires, et réunis par des parallélogrammes articulés qui en totalisent les efforts.

Sans oser préjuger, en aucune façon, de la forme du muscle et sans prétendre en rappeler tous les effets, ce petit appareil en explique cependant presque toutes les propriétés, et permet, dès maintenant, de formuler la théorie suivante :

La puissance d'un muscle est la résultante de toutes les attractions moléculaires. Ce petit appareil explique, d'une façon très-satisfaisante, la contraction totale d'un muscle, par l'électrisation localisée (méthode de Duchenne, de Boulogne), sans avoir recours à des actions reflexes ou à la propagation de l'ébranlement moléculaire.

Il permet encore d'expliquer la persistance de la contraction musculaire dans ses effets par la persistance du magnétisme.

ÉLECTION

M. LANDOUZI est nommé membre titulaire de la Société.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 uillet 1877. — Présidence de M. LABRIC.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Kyste hydatique du foie. — M. GÉRIN-ROZE lit une observation ayant pour titre : *Kyste hydatique du foie vidé à deux reprises*

au moyen de l'aspirateur et guéri spontanément par rupture et évacuation dans l'estomac. Il rappelle avoir, lors de la discussion de 1876, soutenu devant la Société cette opinion que les ponctions du foie faites avec le trocart aspirateur, étaient peu dangereuses lorsqu'on prenait toutes les précautions nécessaires. Il apporte ce nouveau fait à l'appui de cette opinion.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, qui entra à l'hôpital Beaujon le 5 octobre 1874, présentant tous les caractères d'un kyste hydatique du foie.

Le 15 octobre, M. Gérin Roze, se servant de l'aspirateur Dieulafoy, ponctionne ce kyste et n'enlève le trocart que lorsque le liquide cesse de couler. Il retire ainsi 800 grammes d'un liquide incolore, transparent, clair comme de l'eau de roche, sans débris membraneux, et dans lequel on ne trouve pas de crochets. La malade se lève dès le lendemain.

Un peu moins d'un an après, en août 1875, la malade entre à la Charité pour y subir une deuxième ponction. La tumeur, saillante, lisse, rénitente, produit une voussure très-marquée, soulève les fausses côtes et s'étend transversalement de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche, sur une longueur de 13 centimètres. Son point le plus saillant est situé un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau du rebord costal. C'est à ce niveau que M. Gérin Roze plonge l'aiguille aspiratrice n° 2 et retire 900 grammes d'un liquide verdâtre ressemblant à de la purée de pois, mélangé de quelques débris de membranes blanchâtres. On y trouve, au microscope, plusieurs crochets d'échinocoques, des globules purulents, de nombreux cristaux de cholestérine. La tumeur a disparu; la malade respire plus facilement, mais la douleur persiste. Le soir, le pouls est à 112, la température à 39°; dès le lendemain, la réaction avait cessé, et dans les jours qui suivent, la température oscille entre 37° et 37° 4/5, et le pouls entre 90 et 92. Dix jours après l'opération, la malade sort en bon état.

En mars 1876, les douleurs sont revenues; la malade accuse, en outre, de la dyspepsie. Cependant, la région du foie ne présente rien d'anormal. Le 28 juin 1876, la malade vomit une grande quantité de pus et de débris membraneux. Elle fut prise tout à coup d'une très-vive douleur au niveau de l'épigastre et rejeta, par la bouche, une très-grande quantité de liquide d'une saveur détestable, et de grandes peaux, dont l'expulsion, fort pénible, dura près d'un quart d'heure. Ces peaux offraient tous les caractères des membranes hydatides. A la suite de ces vomissements, la malade ne se plaignit que de fatigue et de douleur dans la région du foie. L'état général est satisfaisant; rien ne ferait supposer le travail pathologique qui vient de se produire, sauf la douleur hépatique que provoque la pression. Langue blanche, inappétence complète; pas de selle dans les jours qui suivent. Régime lacté absolu et repos. Sous l'influence de ce régime, l'état de la malade s'améliora de jour en jour, et un mois après, elle put retourner chez elle complétement rétablie. Elle est restée guérie depuis.

Cette observation confirme cette opinion que la ponction des kystes hydatiques du foie par le trocart aspirateur, constitue une opération peu dangereuse. Devant cette malade, il n'y avait que trois partis à prendre : l'expectation, l'ouverture avec les caustiques, la ponction. L'expectation, c'était condamner cette malade à tous les dangers occasionnés par le développement incessant du kyste. L'ouverture par les caustiques devait être regardée plutôt comme une dernière ressource que comme un premier effort à tenter. Restait donc la ponction par le trocart aspirateur, opération très-simple et qui donnait la chance de débarrasser la malade du premier coup. Lorsque neuf mois plus tard, ayant dû recourir à une nouvelle ponction, M. Gérin Roze constata l'inflammation du kyste et la présence du pus, il se demanda s'il était prudent de fermer l'ouverture. Il s'y décida cependant, se réservant, si la douleur et la fièvre se montraient, de placer une canule à demeure. Les résultats de la ponction simple furent des plus favorables. Il est curieux de constater que, depuis lors, la malade a pu porter un kyste suppuré sans en être très-incommodée.

Anévrysme de l'aorte traité par l'électro-puncture. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Pathologie cérébrale. — M. LUYS fait à la Société les trois communications suivantes relatives à certains points de la pathologie cérébrale.

1° Il présente le cerveau d'une femme de quarante ans, morte dans son service, ayant été passagèrement aphasique et ayant récupéré la faculté de parler. Cette malade dont l'observation a été présentée l'an dernier à la Société de biologie, fut atteinte à l'âge de trente-deux ans, d'hémiplégie droite avec aphasie. Au bout d'une période d'environ quinze à dix-huit mois, au dire de la malade, elle récupéra la faculté du langage, et, pendant tout le temps qu'elle fut dans le service elle put donner des réponses correctes à toutes les questions qu'on lui posait. Elle succomba aux progrès rapides d'une paralysie des bronches avec engouement pulmonaire. A l'autopsie, on constata une diminution très-notable du volume du lobe cérébral gauche, la troisième circonvolution frontale était complètement détruite, réduite à l'état de moignon ainsi que les plis de l'insula. Le corps strié paraissait aussi presque complètement effacé. Le lobe droit, inversement, était très-notablement augmenté de volume ainsi qu'on peut le voir sur la pièce présentée et cette augmentation de volume portait surtout sur la région frontale, et en particulier sur la troisième circonvolution frontale droite.

D'après l'examen de la pièce présentée, M. Luys est porté à penser qu'il s'est fait dans ce cas une véritable suppléance cérébrale, l'influence du lobe droit se substituant à l'influence absente du lobe gauche. Il est, en effet, vraisemblable de supposer qu'à l'état normal, si c'est avec le lobe gauche que la faculté du langage s'exprime, il peut se faire qu'à un moment donné la suppléance puisse s'opérer à l'aide des régions homologues de l'hémisphère du côté opposé demeuré indemne. La substitution d'influx, en effet, paraît admissible pour la faculté du langage, car ainsi que le fait remarquer M. Luys, si à l'état normal, la motricité de notre membre supérieur et de notre membre inférieur est complètement indépendante à gauche et à droite pour chacun de ces membres, il n'en est pas de même pour la motricité des appareils musculaires qui concourent aux opérations phono-motrices. Pour les muscles du larynx, en effet, pour ceux du pharynx, des joues, des lèvres, l'indépendance unilatérale n'existe pas, ils sont conjugués, ceux du côté gauche avec ceux du côté droit, et comme, à l'état normal, dans l'acte de l'émission des sons articulés, ils ne reçoivent en grande partie leur influence excito-motrice que d'un seul lobe cérébral qui suffit seul à l'innervation bilatérale; on comprend ainsi comme quoi, dans certains cas pathologiques, un foyer d'innervation moteur qui puisse se substituer au foyer naturel qui vient de s'éteindre, et la fonction phono-motrice se continuer par le fait de la mise en activité d'un foyer d'action nerveuse normalement silencieux. C'est ainsi qu'il est vraisemblable que cette femme, qui, à un moment donné, parlait avec son cerveau gauche, a pu, après son attaque, émettre des sons articulés à l'aide de son cerveau droit. C'est ainsi que la faculté du langage a pu réapparaître, après une disparition de quinze à dix-huit mois, d'une façon assez rapide, au dire de la malade, et persister régulièrement pendant huit ans jusqu'au moment de sa mort.

2° La seconde pièce est le cerveau d'un amputé de la cuisse, qui présente une atrophie localisée au niveau de la deuxième circonvolution frontale du côté opposé au membre amputé.

Il s'agit, en effet, d'un vieillard qui, à l'âge de vingt-cinq ans, a subi l'amputation de la cuisse au tiers supérieur et qui, pendant toute sa vie, a marché à l'aide d'un appareil prenant son point d'appui sur le bassin, sans mettre en mouvement le moignon fémoral. Le cerveau présenté offre une inégalité très-notable des deux lobes. L'amputation ayant eu lieu à gauche, c'est le lobe droit qui est le moins volumineux. Le foyer atrophique correspondant vraisemblablement au centre psycho-moteur de la cuisse et représenté par une dépression linéaire avec interruption très-nette de la continuité de la deuxième circonvolution frontale droite. En ce point, il y avait un épanchement notable de sérosité formant un petit lac séreux sous-méningé.

Les autres régions corticales ne présentaient pas de déformations importante à noter.

3° La troisième communication de M. Luys est relative à la non-existence de cette forme spéciale de tremblement que l'on désigne

ordinairement dans tous les traités nosographiques sous la dénomination de tremblement sénile. Depuis en effet plus de dix ans, dit-il, qu'il est à même d'observer les faits qui intéressent la pathologie sénile dans les services de Bicêtre aussi bien que de la Salpêtrière, il n'a jamais constaté que les individus âgés et sains, eussent du tremblement. Déjà, depuis plusieurs années, ce fait a été pour lui l'objet de recherches spéciales qu'il n'a pas consignées, il est vrai, dans des articles de journaux, mais qu'il a exposés aux élèves qui suivaient sa visite; et il a fait voir ainsi que chez tous les vieillards qui sont bien portants, la sénilité n'entraîne pas fatalement avec elle le tremblement. Il a eu, entre autres, une femme de quatre-vingt-dix-neuf ans, bien portante, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de ses fonctions intellectuelles et chez laquelle n'existait aucun tremblement. Il rattache les tremblements partiels qui existent dans certains cas dans les muscles des mains, dans les muscles du cou, à des formes incomplètes de paralysie agitante et à des scléroses localisées dans certains points de la protubérance et du bulbe.

DISCUSSION

M. FÉRÉOL trouve que le cerveau, présenté par M. Luys, offre plutôt une certaine irrégularité qu'une véritable atrophie.

M. LUYS répond que la lésion était beaucoup plus nette et indiscutable sur la pièce fraîche que sur le cerveau durci. Cependant, en l'examinant avec soin, il est aisé de reconnaître une dépression manifeste et une interruption très-nette de la continuité du lobe cérébral.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que la plupart des cerveaux sont dissymétriques et que, dans ces cas, il existe une sorte de suppléance entre le côté atrophié et le côté hypertrophié. Il a eu occasion de constater très-fréquemment ce fait pendant son séjour à l'hôpital de Bicêtre. Mais pour se rendre compte de la fréquence de cette dissymétrie cérébrale, il suffit d'examiner, chez les chapeliers, les mesures qu'ils prennent pour la confection des chapeaux qui leur sont commandés.

M. LUYS a fait la même remarque que M. Constantin Paul, et pense, comme lui, que la dissymétrie cérébrale est un fait général si, sur une coupe verticale du cerveau, on prend le calque des deux moitiés, jamais on ne peut appliquer exactement le calque d'une moitié sur l'autre moitié. C'est généralement le côté gauche qui est plus volumineux que le côté droit, ce qui pourrait s'expliquer par ce fait que c'est le côté gauche seul qui préside à la parole et au langage graphique.

PRÉSENTATIONS

M. CADET DE GASSICOURT présente, au nom de Mme veuve Isambert, un ouvrage posthume de son mari, le docteur Isambert, intitulé : *Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des voies respiratoires.*

M. DIEULAFOY présente, au nom de M. le docteur Vergely (de Bordeaux), un instrument destiné à pratiquer l'opération de l'empyème.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — MM. Dégugis et Amouretti ont été promus au grade de médecin principal.

MM. les médecins principaux Manès et Rulland ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services, et sur leur demande.

— Le concours pour deux places de prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Peyrot et P. Reclus.

— Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 16 août 1877. Les candidats devront se faire inscrire à la direction de l'Hospice-Général de cette ville avant le 1er août. Les fonctions de médecin sont gratuites.

— M. le docteur Verrier, préparateur du cours d'accouchements à la Faculté, fera répéter gratuitement les manœuvres décrites dans le cours de M. le professeur Pajot, les mardis, jeudis et samedis, à midi, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

La première séance aura lieu le mardi 17 juillet.

Étude critique sur l'anémie dite pernicieuse progressive, par RICKLIN, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1877, in-8°. Prix : 2 francs. — A. Coccoz.

Essai sur la chéloïde inguinale spontanée, par LIRON. — Paris, 1877, in-8°. Prix : 2 francs. — A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de l'étiologie des maladies dites spécifiques, il avait été beaucoup question des théories parasitaires et de l'influence de M. Pasteur, qui se faisait sentir, prépondérante, dans les hypothèses les plus récentes de la jeune génération médicale. M. Chauffard avait regretté vivement cette influence, désastreuse, suivant lui.

L'illustre savant, ainsi mis en cause, vient de répondre à ces critiques par de magnifiques démonstrations des résultats obtenus par lui dans la maladie charbonneuse. Nous nous sommes efforcés, dans notre compte rendu, de donner une vue d'ensemble de ces démonstrations, faites tant au tableau qu'à la tribune, et qui, durant près de deux heures, ont tenu sous le charme toute l'assistance. La précision des expériences, la rigueur des raisonnements excitaient une admiration universelle. Il paraît maintenant amplement démontré que la maladie charbonneuse est bien due exclusivement à la présence d'un parasite microscopique, d'une bactéridie spéciale, que cette bactéridie peut se multiplier dans divers liquides nutritifs en conservant toujours sa puissance nocive, que les liquides dans lesquels elle vit, privés d'elle, sont incapables de communiquer le charbon.

M. Pasteur a également parlé de la septicémie et de ses vibrions, mais beaucoup plus brièvement et d'une manière assez peu nette. Il nous a semblé qu'il admettait la transmission de la septicémie par des liquides infectés, en l'absence des vibrioniens, bien qu'il attribuât à ceux-ci un rôle capital dans la putréfaction septicémique. Faut-il au moins que les vibrioniens soient représentés dans les liquides infectants par les corpuscules brillants qui en sont le germe? Je n'oserais pas affirmer que telle est bien toute la pensée de M. Pasteur. Il me semble qu'il y a quelque hésitation dans ses convictions sur ce point. Il ne me paraît pas arrivé à pouvoir, les preuves en main, appeler telle septicémie *maladie de tel vibrion*, comme il a nommé le charbon la *maladie de la bactéridie*.

Du reste, il faut le reconnaître, les transitions avaient été si habilement calculées, qu'on ne voyait pas bien au juste où s'arrêtait le terrain solide, quand, vers la fin de son discours, M. Pasteur a hasardé, au sujet de la fièvre typhoïde l'hypothèse suivante :

« Supposons un instant que la fièvre typhoïde est déterminée par un des nombreux vibrions de la putréfaction. La maladie sera contagieuse, puisqu'elle sera déterminée par un organisme microscopique. Sera-t-elle spontanée? Non, puisqu'elle procédera d'un être vivant et que, dans l'état actuel, de la science, la génération spontanée est une chimère. Pourrait-elle, néanmoins, être le produit de causes banales? Oui, puisqu'elle viendrait d'un des vibrions communs de la putréfaction. Quant à la rareté relative du mal, dans cette hypothèse, toute gratuite, qu'il soit dû à un vibrion des putréfactions communes, je raconterai à l'Académie une très-curieuse circonstance de mes recherches. Je les avais entreprises avec l'idée de mener de front l'étude du charbon et de la septicémie. Je cherchai donc à produire celle-ci à l'aide du sang de bœuf abandonné à une putréfaction spontanée. Eh bien, pendant quatre mois, nous n'avons pas réussi a obtenir un sang vraiment septique : c'est-à-dire que, dans aucun cas, la putréfaction étant abandonnée au hasard, sans ensemencement direct, le vibrion septique ne prit jamais naissance, au moins dans un état de pureté relative suffisante pour rendre le sang virulent.

Or, on lit dans tous les auteurs que la septicité du sang s'obtient facilement en abandonnant le sang à lui-même. »

Je ne dirai rien de la théorie, puisque M. Pasteur lui-même la représente comme une hypothèse toute gratuite.

Mais quant à l'expérience qui s'y trouve invoquée pour expliquer la rareté relative des fièvres typhoïdes, elle est loin d'avoir la portée des démonstrations habituelles de M. Pasteur.

En effet, il y a sang et sang. Dans des expériences de ce genre, on ne peut pas confondre le sang du bœuf, animal qui ne suppure jamais, bien que blessé, avec celui du cheval, par exemple, animal qui suppure avec une si remarquable facilité.

Il aurait fallu, par conséquent, démontrer que le sang de bœuf, étant abandonné à la putréfaction spontanée, devenait quelquefois septique, avant de s'appuyer sur les cas dans lesquels on n'aurait pas pu y découvrir de septicité.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Rétrécissement aortique.

I

Le malade, dont je me propose de faire l'histoire devant vous, est un homme âgé de quarante-trois ans, garçon de magasin, couché actuellement au nº 16 de la salle Saint-Charles, et dont voici en quelques mots l'observation, laquelle se divise en deux périodes : la première, qui est antérieure à l'entrée du malade dans nos salles; la seconde, plus importante, qui est relative aux symptômes et aux signes physiques qu'il présente actuellement.

Relativement à ses antécédents, cet homme a d'abord eu, en 1860, un rhumatisme articulaire qui aurait été peu intense, car il a guéri, sans laisser aucune trace. En 1863 et 1864, il a contracté une affection thoracique dont il ne peut préciser la nature, mais que la douleur de côté dont elle s'est accompagnée et la lenteur avec laquelle le rétablissement s'est fait, peuvent faire considérer comme ayant été un rhumatisme des parois thoraciques ou une pleurésie. Quelques années plus tard, en 1870, il fut pris d'une bronchite assez intense, caractérisée par de la toux, et, à partir de ce moment, il a commencé à éprouver un symptôme qui ne s'était pas manifesté jusque-là, consistant en une sorte d'étouffement, de dyspnée habituelle, qui se faisait surtout sentir quand ce malade marchait ou montait des escaliers, en un mot, toutes les fois qu'il se livrait à quelque exercice un peu violent.

En 1875, ce malade fut repris de nouveau de ces symptômes de bronchite; seulement cette fois, non-seulement il eut de la toux, mais encore il présenta, pendant plusieurs jours, un crachement de sang assez abondant. A la suite de cette hémoptysie, les autres symptômes, la toux et la dyspnée, augmentèrent d'intensité et des battements de cœur ne tardèrent pas à venir s'y joindre. Ceux-ci survenaient parfois spontanément, pendant le repos, mais le plus souvent sous l'influence d'un exercice quelconque, même très-modéré.

Enfin, dans ces derniers temps, ces palpitations sont devenues tellement fréquentes, tellement intenses que cet homme a dû interrompre tout à fait son travail. Je dirai, d'ailleurs, qu'à ce signe était tout récemment venu s'ajouter une faiblesse musculaire, une fatigue, une courbature générale qui auraient empêché à elles seules le malade de se livrer à ses occupations.

J'ajouterai à ces antécédents, que, depuis l'année dernière, parfois encore, il a éprouvé une douleur particulière, ayant son siége derrière le sternum, assez vive, s'accompagnant d'un sentiment de constriction et donnant lieu, de temps en temps, à des irradiations vers l'épaule droite et même vers le bras du même côté où elle se propageait quelquefois jusqu'à l'extrémité des doigts. Mais cette douleur n'est pas permanente et s'est manifestée l'année dernière pour la première fois.

Voyons maintenant l'état actuel. Tout d'abord, nous trouvons que cet homme présente une grande faiblesse générale : il est pâle, un peu anémique; ses caroncules lacrymales sont un peu exsangues, ses conjonctives palpébrales également peu rouges; son visage, enfin, est très-amaigri. Mais ce qu'il offre de plus particulier, c'est l'existence de palpitations, survenant pour la moindre cause, même pendant le repos; c'est enfin une dyspnée assez intense se manifestant sous l'influence du moindre effort, de la plus petite fatigue. Néanmoins, celle-ci n'est pas apparente et n'existe que pour le malade, car il n'est pas obligé de s'asseoir sur son lit pour respirer quand il est couché, par exemple, ou s'il est levé, de se livrer à des mouvements exagérés, à ces contractions musculaires énergiques que l'on observe fréquemment, dans des cas analogues, chez certains individus.

Ces phénomènes nous engagent de suite à étudier l'état du cœur et voici ce que nous apprend cet examen. Tout d'abord, lorsqu'on applique la main sur la poitrine de ce malade, au niveau de la région précordiale, on est frappé de l'énergie considérable de l'impulsion cardiaque; celle-ci indique d'une manière bien apparente, que le cœur se contracte avec une force peu commune. Un autre signe également très-marqué, très-appréciable à la vue, c'est que la pointe du cœur est projetée en avant d'une manière bien plus marquée que dans l'état ordinaire. Enfin, au lieu de battre à sa place normale, c'est-à-dire à trois travers de doigt environ au-dessous du mamelon, dans le cinquième espace intercostal, le choc de la pointe a lieu beaucoup plus bas, à peu près au niveau de la septième côte. Il y a donc une différence d'au moins quatre centimètres entre le lieu normal où bat la pointe du cœur et son siége actuel. Ceci indique un point tout particulier qui correspond en somme à un allongement du diamètre vertical du cœur. Celui-ci, d'ailleurs, n'est pas abaissé et sa base occupe sa place habituelle.

Non-seulement la pointe bat plus bas que de coutume, mais on constate encore, d'une manière non moins marquée, qu'au lieu de se trouver sur le prolongement de la ligne verticale qui correspond au mamelon, elle est un peu située en dehors de celle-ci.

Un autre signe tiré de l'examen de la région précordiale, c'est que la percussion présente à une matité plus grande que celle à laquelle le cœur donne lieu ordinairement. Cette matité a, à peu de chose près, la forme d'un triangle dont le sommet regarderait en bas et dont la base serait dirigée en haut; elle répond, par conséquent, d'une façon absolue à la forme du cœur.

Enfin, en appliquant l'oreille sur la région précordiale et en auscultant les bruits du cœur, on constate l'existence d'un bruit de souffle très-marqué, rude, râpeux, assez prolongé. Ce bruit correspond manifestement à la base du cœur, au niveau de l'orifice aortique et de là il se propage dans l'aorte, où il va en s'affaiblissant graduellement, à mesure qu'on s'éloigne du foyer d'auscultation.

J'ajouterai enfin, qu'on l'entend pendant un intervalle de temps relativement plus considérable qu'à l'état normal. Ce bruit est manifestement systolique, il remplace le premier bruit du cœur.

Mais ce n'est pas tout, car, continuant l'examen du cœur, nous trouvons à la partie inférieure de cet organe, un autre bruit de souffle assez marqué dont la production a lieu, comme pour le premier, au premier temps de la révolution cardiaque, qui se présente, en un mot, dans des conditions telles que l'on doit se demander si réellement on a affaire à un bruit nouveau, ou s'il ne s'agit pas simplement de la propagation du bruit supérieur.

Enfin, je vous ferai remarquer que le second bruit du cœur, n'est pas tout à fait normal, mais qu'il est légèrement dédoublé; de sorte qu'il donne lieu à un bruit de galop caractérisé par l'existence de trois bruits : l'un principal, les deux autres secondaires.

Quant au pouls, il est petit, serré, mais régulier. Et l'auscultation des carotides, de la crurale, révèle dans ces vaisseaux, l'existence d'un bruit de souffle simple, très-perceptible, qui n'est évidemment que la transmission de celui qui a lieu à la base du cœur.

Enfin les tracés du pouls et du cœur, fournis par les appareils enregistreurs, présentent des caractères extrêmement remarquables. C'est ainsi qu'au cardiographe la ligne d'ascension qui correspond à la contraction ventriculaire est longue, convexe, tandis que la ligne de descente qui coïncide avec la diastole du cœur est régulière. Ces mêmes caractères se retrouvent dans le tracé sphygmographique. Ici encore, au lieu d'être verticale comme elle l'est à l'état normal, la ligne d'ascension est courbe, convexe, en dos d'âne, et se termine par une ligne de descente à peu près régulière. Ces signes ont une grande importance pour le diagnostic.

Maintenant, j'ajouterai comme complément à cette observation, qu'en outre de ces signes tirés de l'examen du cœur et des artères, ce malade présente encore quelques phénomènes particuliers. C'est ainsi que la percussion de la poitrine donne lieu à une sonorité un peu exagérée, et qui est due à un certain degré d'emphysème pulmonaire. Enfin, en ce moment même, il présente également quelques troubles digestifs caractérisés par de l'inappétence, par du dégoût pour les aliments et même par quelques vomissements. Mais ces désordres du côté de l'estomac paraissent être, comme nous le verrons tout à l'heure, plutôt en rapport avec l'administration de la digitale, à laquelle cet homme est soumis depuis quelque temps, qu'avec une maladie spontanée de cet organe.

Maintenant, après vous avoir ainsi détaillé ce que ce malade offre de particulier, j'éprouve le besoin, pour arriver au diagnostic, de grouper en un faisceau unique, les divers signes et symptômes que je viens de vous énumérer.

En présence d'un malade qui, depuis quelques années, se plaint d'étouffements, de palpitations survenant sans cause appréciable et qui une fois a craché du sang, nous sommes conduits d'abord à mettre ces divers phénomènes sur le compte d'une affection cardiaque, plutôt que d'une maladie des voies respiratoires. Jamais, en effet, on ne voit chez les gens atteints d'emphysème pulmonaire, comme paraît l'être ce malade, la dyspnée, l'oppression, arriver à un degré aussi prononcé que celui que nous observons ici; et d'ailleurs, cette affection ne donne lieu ni aux palpitations, ni aux hémoptysies.

J'ajouterai même que l'examen plus précis de ces divers phénomènes, nous indique que nous avons certainement affaire à une affection organique du cœur. En effet, l'énergie de l'impulsion cardiaque, l'allongement du diamètre vertical du cœur, la matité de la région précordiale, beaucoup plus étendue qu'elle ne l'est à l'état ordinaire, sont autant de signes qui concourent à nous faire admettre qu'il s'agit ici d'une hypertrophie du cœur. Ceci me paraît hors de toute contestation.

Mais nous n'avons pas tout dit quand nous avons prononcé le mot d'hypertrophie, il faut encore en rechercher la nature. Vous savez, en effet, que celle-ci ne s'observe pas que dans les maladies du cœur, et que, exceptionnellement il est vrai, on la rencontre à l'état isolé, sans lésion valvulaire concomitante, dans la néphrite interstitielle. Mais ce n'est évidemment pas le cas de notre malade, qui n'a jamais présenté ni altération des urines, ni enflure, ni œdème d'aucune partie du corps.

La cause de cette hypertrophie doit donc être recherchée dans la lésion d'un des orifices valvulaires du cœur et c'est, en effet, dans les cas où ces orifices sont altérés que l'on voit survenir l'hypertrophie cardiaque secondaire. Mais celle-ci ne se manifeste pas à la suite de toute altération d'orifice, quel qu'il soit : elle est surtout consécutive à une lésion de l'orifice aortique (je parle ici, naturellement, de l'hypertrophie du ventricule gauche qui est de beaucoup la plus commune dans les maladies du cœur). C'est, en effet, dans le rétrécissement ou dans l'insuffisance de celui-ci qu'on la trouve parfois à un degré extrêmement prononcé.

Chez notre malade, à laquelle de ces deux lésions avons-nous affaire? S'agit-il d'un rétrécissement ou d'une insuffisance, ou bien, comme cela a lieu fréquemment, d'une insuffisance avec rétrécissement? Cherchons donc quels sont les signes qui caractérisent ces diverses affections.

Prenons d'abord la dernière. Elle est caractérisée, ainsi que vous le savez, par l'existence d'un bruit de souffle au second temps de la révolution cardiaque et dont le maximum correspond à la base du cœur. Évidemment, ce n'est pas le cas ici où nous trouvons le second bruit tout à fait normal.

Reste le rétrécissement dont nous trouvons en effet tous les signes, à savoir : un bruit de souffle à la base du cœur, et en un point de celle-ci qui correspond à l'orifice aortique. De plus, ce souffle a lieu au premier temps du cœur et se propage dans l'aorte; tous signes qui se trouvent réunis chez notre malade et qui démontrent, de la manière la plus positive, l'existence d'une lésion de cette nature.

J'en dirai autant du signe que nous fournissent les tracés du pouls et du cœur et qui, ici encore, sont ceux que l'on rencontre dans le rétrécissement aortique. Le premier, ainsi que je vous l'ai dit, est, sous le doigt, petit, serré, régulier; il se traduit au sphygmographe par une légère ascendance peu élevée et courbe. Ces caractères indiquent évidemment que l'artère ne se dilate que faiblement sous l'influence de l'ondée sanguine arrêtée dans son cours, et que ses parois ne sont distendues que par un mince filet de sang. Quant à la régularité que le pouls présente sous le doigt, elle est un signe qu'il n'y a pas, du côté des mouvements du cœur, un trouble bien profond.

Mais, d'autre part, ce pouls petit est en opposition complète avec l'énergie avec laquelle le cœur se contracte, ce qui indique, par conséquent, qu'entre lui et l'endroit où le pouls est perçu il y a un obstacle. Cet obstacle, c'est le rétrécissement qui existe à l'orifice aortique.

De même, le tracé cardiaque démontre, d'une manière non moins frappante, que le ventricule lutte avec force contre l'obstacle qu'il doit surmonter pour chasser le sang dans l'arbre artériel; il indique que la systole est longue, difficile à se faire, et que ce n'est qu'à force de contractions que le cœur arrive à lancer un petit filet de sang à travers l'orifice rétréci.

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE. — M. Lagardelle.

Alcoolisme. — Embolie fémorale. — Amputation. — Décès. Autopsie.

Les embolies n'ont été soupçonnées qu'au commencement du siècle. On a attribué à tort à Virchow l'honneur d'avoir le premier étudié les caillots du système artériel. Cet auteur n'a commencé ses recherches qu'en 1846.

En 1827, Legroux, dans sa thèse, étudia les oblitérations artérielles par des caillots migrateurs.

En 1832, François eut l'idée de rapporter à l'embolie certaines gangrènes spontanées.

Plus tard, Charcot et Marc Sée surtout, ont écrit l'histoire encore incomplète de cette affection.

En 1849, un homme traité dans le service de Laugier pour des douleurs rhumatismales, fut pris de gangrène spontanée du membre inférieur droit s'étendant rapidement jusqu'à la rotule. A l'autopsie, on trouva des caillots fibrineux dans plusieurs artères et une aiguille de cinq centimètres de longueur dans le ventricule gauche du cœur.

Depuis quelques années, des recherches nouvelles et très-intéressantes ont éclairci bien des obscurités.

L'observation clinique doit compléter l'étude des embolies; c'est à ce titre que j'ai cru utile de publier le fait suivant :

A. J..., âgé de quarante-huit ans, sous-officier retraité, s'était livré aux excès alcooliques et vénériens depuis plus de vingt-cinq ans. Pendant la guerre de 1870, il eut la jambe droite gelée.

Depuis qu'il était rentré dans la vie civile, il travaillait aux campements militaires, lorsque le 31 mars 1877, il fut pris presque subitement de délire aigu qui nécessita, le 4 avril suivant, son placement d'office à l'asile d'aliénés de Marseille.

Les facultés intellectuelles du malade sont profondément troublées; il ne se rend aucun compte de sa situation, il croit reconnaître les personnes qui l'entourent et ne répond à aucune des questions qui lui sont adressées; parole hésitante, fibrillations des muscles de la face et des membres supérieurs. Dans son délire, il mêle les faits relatifs à ses occupations habituelles, à l'exagération des idées religieuses.

Le malade entend des bruits éclatants, voit autour de lui et sur son lit des oiseaux, des serpents, des chiens, des chats, et souffle sans cesse pour éloigner ces animaux qui l'incommodent.

Obsédé par ses hallucinations et ces conceptions délirantes, il refuse toute nourriture; ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'on peut lui faire prendre quelques aliments liquides.

Le 8 avril, huit jours après le début de l'affection, le délire se modifie sensiblement les hallucinations disparaissent, l'appétit revient, le malade trouve qu'on ne lui donne pas assez à manger et dit : *J'ai plus d'appétit que de dévotion.*

Le 10, à cinq heures du matin, on constate que la jambe droite du malade est complétement froide et augmentée de volume.

A huit heures, au moment de la visite, cette jambe a pris rapidement une couleur violet-foncé, et le pied semble momifié.

Le pouls est plein, un peu fréquent, mais il n'y a pas de fièvre; le malade n'accuse aucune douleur.

Le premier temps des bruits du cœur est normal; le deuxième temps, difficilement perceptible, se mêle avec un bruit de souffle.

Au-dessus du tiers supérieur de la cuisse, nous trouvons les battements de la fémorale, mais ils disparaissent complétement quelques centimètres au-dessous.

Les symptômes locaux de la gangrène spontanée s'accentuent rapidement et presque visiblement; aussi nous n'hésitons pas à diagnostiquer une embolie de l'artère fémorale ayant l'extrémité supérieure du caillot au-dessus du tiers supérieur.

Nous prescrivons un régime tonique reconstituant, du vin vieux, de la tisane vineuse, une potion kermétisée et des frictions au chloroforme à la partie interne du tiers supérieur de la cuisse.

Le 13, la jambe a conservé son augmentation de volume et sa coloration, mais elle est sensiblement réchauffée. Au niveau de la partie supérieure du caillot, il existe une ecchymose et les battements nous paraissent un peu plus bas que le premier jour.

Le 16, la jambe est toujours dans le même état. A la partie inférieure de la fémorale, au point où elle se transforme en poplitée, nous constatons une tumeur allongée, mal circonscrite, de huit centimètres de longueur sur une épaisseur de quatre centimètres, n'offrant aucun des caractères des tumeurs inflammatoires; la peau, située sur la tumeur, a une ecchymose semblable à celle que nous avons observée à la partie supérieure.

Nous prescrivons sur ce point des frictions iodées, tout en continuant les frictions au chloroforme.

Le malade n'a jamais accusé ces douleurs vives qui existent habituellement dans les cas d'embolie. Il a bon appétit, se nourrit bien, ses fonctions digestives ne sont point troublées, son pouls, toujours fort, à 90 pulsations, sa peau est normale et sa jambe, moins froide qu'au début, a cependant perdu de la chaleur que nous avions obtenue après les premières frictions.

Le 20, l'état de la jambe s'est sensiblement aggravé par suite de la persistance de l'embolie; nous constatons un léger suintement au côté interne du mollet.

Le 22, la partie inférieure du mollet a pris une teinte verte qui contraste avec la couleur violette de la face antérieure.

Le 23, une tache noire caractéristique se montre à la partie supérieure; le genou se refroidit; le pouls est à 110; le malade a toujours bon appétit, les fonctions digestives sont encore régulières, cependant, le matin, il y a eu de la diarrhée.

Le 27, de larges taches noires se montrent au-dessus de la rotule; le pouls est fort et fréquent, pansement à l'acide phénique.

Le 1er mai, le pouls a augmenté de fréquence, l'état général s'affaiblit; la partie postérieure de la jambe a laissé couler une quantité notable de liquide sanieux; la petite tumeur, située à la partie inférieure de la fémorale, a disparu. Le malade s'agite, les hallucinations de l'ouïe reparaissent.

En présence d'une situation désespérée, nous décidons l'amputation.

Le 4 mai, M. le docteur Flavart, chirurgien en chef de la Conception (Marseille), après avoir fait la compression au moyen d'une bande en caoutchouc, amputa rapidement la cuisse au tiers moyen.

Le malade n'a pas été endormi; il a peu souffert, et nous croyons devoir attribuer ce degré d'analgésie à la fois au mode de compression et à l'état mental.

La section de l'artère fémorale s'est faite sur un caillot obturateur; ce vaisseau était volumineux, dilaté, mais n'offrait aucun signe d'inflammation primitive ou consécutive. Cette artère a été liée quoique obturée ainsi que les autres qui ne renfermaient aucun caillot.

La veine fémorale était aussi bouchée par un caillot qui a dû se produire consécutivement.

Le caillot de l'artère était blanc, fibrineux, ferme, résistant; celui de la veine était noir, friable, se divisant sous la pression des doigts.

Au moment de l'opération, le pouls du malade était à 120. On fait un pansement simple avec de l'eau alcoolisée, et le soir l'état général est sensiblement le même.

Le 7 mai, un point gangréneux se montre sur le lambeau, la suppuration est abondante, nous pansons la plaie avec de l'eau phéniquée.

Le 11, le pouls s'accélère, la peau est chaude et nous sommes obligés de modifier le régime.

Le 16, il survient une eschare au sacrum qui devient rapidement gangréneuse. Un lambeau de peau momifiée se détache.

Le 17, au matin, l'état général est on ne peut plus mauvais, la fièvre a augmenté, les mouvements respiratoires sont fréquents, incomplets, le malade est affaissé, et le soir, il succombe.

AUTOPSIE. — *Habitude extérieure.* — Rigidité cadavérique normale, eschare gangréneuse au sacrum de huit centimètres de diamètre. Taches violacées à la partie postérieure du dos (hypostase).

Artère fémorale bleue à la partie inférieure dans une étendue de huit centimètres, puis rouge et enfin blanche au point où elle sort de l'abdomen. La rougeur est limitée un peu au-dessous de la bifurcation.

Tunique interne. — L'artère ouverte offre l'aspect suivant : considérée de bas en haut on constate successivement une couche lie de vin, puis rouge et blanchâtre.

La tumeur interne est épaisse, boursouflée, friable, granuleuse; tous les caractères de l'artérite consécutive à des degrés divers. Dans sa partie malade, la tunique interne se détache facilement et par lambeaux.

Veine. — La veine se bifurque plus bas que l'artère; à la bifurcation elle envoie un vaisseau plus petit qui longe l'artère; elle renferme un caillot ramolli, s'élevant jusqu'à la bifurcation.

La tunique interne, altérée profondément, est couverte de caillots

fibrineux, couleur lie de vin, organisés et adhérents jusqu'à la bifurcation. Au-dessus, elle est relativement saine. Dans l'abdomen une nouvelle altération se montre; la membrane interne est d'un bleu foncé. Les tuniques sont épaisses, fongueuses, les caillots bleus foncés sont adhérents.

Cœur. — Le cœur est hypertrophié, graisseux. L'aorte dilatée renferme un long caillot blanc fibrineux dépassant la crosse.

Les deux oreillettes renferment de volumineux caillots noirs et blancs.

Le caillot solide de l'oreillette gauche la remplit complétement.

Les vaisseaux partant du cœur renferment tous des caillots fibrineux, semblables à ceux des oreillettes.

Nous constatons une légère insuffisance aortique; l'eau versée dans l'aorte disparaît peu à peu.

Ventricule gauche. — Parois amincies, décolorées; le pouce appuyé fortement déchire le muscle.

Les colonnes charnues très-pâles sont friables, se déchirent facilement.

Sur les parois des valvules, il existe des athéromes sensibles à la vue; à la pression il y a une résistance spéciale, un certain degré de dureté, mais pas de dégénérescence calcaire ou crétacée.

Le caillot de l'aorte prend naissance au niveau de la valvule mitrale.

Oreillette gauche distendue par un caillot fibrineux, compacte, solide, résistant; les parois sont décolorées et friables.

Ventricule droit. — Parois décolorées, amincies, caillot fibrineux enchevêtré avec les colonnes charnues; ce caillot est relié à celui de l'oreillette droite et offre les mêmes caractères.

Aorte abdominale. — L'aorte examinée dans toute sa longueur n'offre aucune altération appréciable en dehors des constatations précédentes. L'aorte abdominale ne renferme aucun caillot et paraît parfaitement normale.

Cerveau. — Crâne dur, épais. Adhérence de la dure-mère sur l'hémisphère gauche, surtout à la partie frontale.

Il s'écoule à l'ouverture une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent.

Encéphale	poids	1355	grammes
Hémisphère gauche	—	565	—
Hémisphère droit.	—	535	—
Cervelet	—	160	—
Protubérance et bulbe.	—	25	—

Il a dû s'écouler, pendant les pesées, environ 70 grammes de liquide.

L'hémisphère droit, le plus malade, pèse 30 grammes de moins que le gauche; différence relativement considérable.

Sur les hémisphères se trouvent des taches lactescentes, granulées à la partie supérieure et médiane.

La pie-mère est congestionnée par places, notamment à la partie postérieure.

Les circonvolutions sont affaissées, flasques, légèrement ramollies un peu partout. Les méninges s'enlèvent bien, mais elles entraînent çà et là quelques petits lambeaux de substance corticale.

La circonvolution transverse qui limite la partie inférieure de la scissure de Sylvius, a un petit foyer de ramollissement qui intéresse la couche verticale de l'hémisphère droit.

Hémisphère droit.— L'insula de Reil est très-vascularisée, de consistance amoindrie et couverte d'un piqueté rouge et de traînées sanguines.

Ce sablé accentué et ces lignes rouges se retrouvent dans le noyau lenticulaire du corps strié.

Toute la substance blanche de cet hémisphère est semée du sablé de Lallemand.

Hémisphère gauche. — Plus consistant que le droit. Un peu de sablé de Lallemand, vascularisation en arrière du ventricule latéral.

Cervelet volumineux, légèrement ramolli, un peu congestionné au centre. Dans son lobe droit et au centre, nous trouvons un foyer de ramollissement de la grosseur d'une petite lentille.

La protubérance et le bulbe sont à l'état normal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Saint-Christau et d'Aulus, pour la saison de 1875 (commission des eaux minérales).

2° Les documents relatifs à une épidémie d'angine couenneuse, qui vient de sévir dans la commune des Loges-en-Josas (Seine-et-Oise).

3° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1876, dans les départements de l'Ariége, des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, des Côtes-du-Nord, du Cher, de la Dordogne, de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot, du Lot-et-Garonne, du Nord, du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Orientales, de Belfort, de Seine-et-Marne, du Tarn, du Tarn-et-Garonne, de la Vienne, de la Haute-Vienne, de l'Yonne, du Jura, des Bouches-du-Rhône et d'Eure-et-Loir. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M le docteur Saucerotte (de Lunéville), accompagnant l'envoi, pour le prochain concours des prix de l'Académie, de deux mémoires de thérapeutique *sur l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie.*

2° Une observation de *mydriase rebelle à toute autre médication, traitée avec succès par la paracentèse de la chambre antérieure,* par M. le docteur Fano (comm. : M. Giraud-Teulon).

3° La relation d'une *épidémie de rougeole,* observée à Compiègne au commencement de l'année 1877, par M. le docteur Longet, médecin-major.

4° Un mémoire intitulé : *Étude sur l'étiologie des maladies des voies lacrymales,* par M. le docteur Badal, présenté par M. Giraud-Teulon.

Sur la proposition de M. le président, et en réponse à une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie désigne deux de ses membres, MM. Hardy et Verneuil, pour la représenter au congrès médical internationnal, qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

COMMUNICATION

M. Pasteur, tant en son nom qu'en celui de son collaborateur, M. Joubert, lit un nouveau mémoire sur le *charbon et la septicémie.*

Il y retrace l'historique de la découverte des bactéridies dans le charbon, découverte dont il rapporte tout l'honneur à un savant français, M. Davaine, bien que des auteurs allemands, postérieurs de plusieurs années, soient parvenus à laisser croire que la priorité leur appartenait.

Ce qui manquait à M. Davaine pour convaincre ses adversaires, et il en a rencontré plusieurs de grand mérite, c'était d'avoir isolé complétement les bactéridies de tous les autres éléments qui auraient pu se rencontrer avec elles dans le sang virulent. M. Pasteur y est parvenu par une série d'ensemencements des bactéridies du charbon dans des liquides propres à les nourrir, tels que l'urine pure et à peu près neutre. Dans ces ensemencements, toutes les précautions étaient prises avec soin pour empêcher l'introduction fortuite de germes venus du dehors. Dans ce but, M. Pasteur a fait usage d'un appareil fort ingénieux, qui lui permet de mettre en contact, pendant un instant, le liquide déjà chargé de bactéridies et celui dans lequel on doit ensemencer des bactéridies. Quand on a répété cette opération un très-grand nombre de fois, il arrive que les bactéridies seules représentent un élément emprunté au sang charbonneux.

En effet, que resterait-il en dehors d'elles? Rien qui ne se fût multiplié comme elles-mêmes; car après tant de dilutions successives, le peu de particules entraînées primitivement auraient disparu. Or,

que pourrait-on supposer qui se multipliât et qui pût constituer le virus charbonneux? Serait-ce des corps corpusculaires, comme M. Chauveau en a décrit dans le vaccin? Mais dans ce cas, on verrait un louche se former dans le liquide, par suite de la multiplication des corpuscules. Or, le liquide garde sa transparence d'une manière absolue. Serait-ce donc alors une substance virulente soluble, une sorte de diastase? Mais quand on filtre les liquides chargés de bactéridies charbonneuses, on constate que le liquide filtré est absolument inoffensif, tandis que les bactéridies qui restent sur le filtre, tuent rapidement les animaux auxquels on les inocule. Quel que soit le nombre des transports des bactéridies d'un liquide à un autre, elles n'en donnent pas moins le charbon. On peut donc appeler aujourd'hui le charbon *la maladie de la bactéridie,* comme la trichinose est *la maladie de la trichine,* comme la gale est la *maladie de l'acarus* qui lui est propre.

M. Paul Bert, dans des expériences assez récentes, avait cru prouver que la bactéridie n'était pas l'élément actif du charbon. Il avait vu le sang charbonneux rester virulent, alors même que l'action de l'oxygène comprimé ou celle de l'alcool y avait détruit les bactéridies. Mais il y avait dans ces expériences une cause d'erreur facile à démontrer. M. Bert ignorait que la bactéridie peut se présenter sous deux formes, celle de bâtonnets que l'alcool, l'oxygène comprimé, la dessication, une température inférieure à cent degrès, peuvent détruire, et celle de corpuscules brillants qui, au contraire, résistent à une température de 120 degrés, à l'alcool, à l'oxygène comprimé, etc.

M. Pasteur avait déjà autrefois décrit cette autre forme, ou pour mieux dire, ce mode de génération des vibrioniens. Les bactéridies, peuvent, il est vrai, également se multiplier par segmentation, mais souvent on voit se produire sur un des points de leur longueur, ou sur plusieurs points, des corpuscules très-réfringents, globulaires, dont le diamètre égale à peu près l'épaisseur de la bactéridie, et dont l'apparition est suivie d'une prompte résorption du reste du bâtonnet.

Si l'on sème ces corpuscules dans un liquide approprié, ils y reproduisent les bactéridies, de même que les bactéridies les reproduisent à leur tour. C'est à leur présence que l'élément bactéridien a dû sa résistance dans les expériences de M. Bert, et M. Bert dans une communication faite le 23 juin dernier à la société de biologie, a reconnu lui-même l'erreur dans laquelle il était tombé.

Pour vivre et se multiplier, la bactéridie a besoin d'absorber de l'oxygène et d'exhaler de l'acide carbonique. C'est un de ces êtres vivants qu'on a nommés *aérobies.* De cette propriété, de cette nécessité d'une sorte de respiration découlent certaines conséquences qu'il faut bien connaître.

Quand cette bactéridie se trouve dans un milieu limité, en présence d'autres êtres *aérobies*, avides d'air comme elle-même, de cette concurrence il résulte une *lutte pour l'existence,* dans laquelle elle peut ne pas être la plus forte. C'est ce qui explique pourquoi les oiseaux, par exemple, ne prennent jamais le charbon; alors qu'on injecte dans leurs veines du sang chargé de bactéridies charbonneuses. Les globules rouges de leur sang s'emparent de tout l'oxygène, et bientôt les bactéridies, disparaissent comme étouffées. Tandis qu'au contraire elles se multiplient dans le sang d'un oiseau mort, tout aussi vite que dans le sang d'un autre animal, les globules rouges y ayant cessé leurs fonctions.

Un fait tout à fait analogue peut se produire également quand les bactéridies charbonneuses sont en présence d'autres vibrioniens, notamment de ces bactéridies communes dont les germes sont en si grand nombre dans les eaux courantes. Enfin quand l'oxygène leur fait défaut par toute autre cause, ces bactéridies sont étouffées. Dans tous ces cas, il se peut faire que les bactéridies charbonneuses meurent et disparaissent et que le liquide cesse d'être virulent à ce point de vue.

Il peut encore l'être pourtant en tant que liquide putréfié et septicémique, ce qui explique les résultats obtenus par M. M. Jaillard, Leplat et Signol, tuant des animaux en leur inoculant soit du sang charbonneux privé de bactéridies, soit du sang chargé de bactéridies autres que celles du charbon.

M. Pasteur formule à ce propos les propositions suivantes :

1° Le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques ni leurs germes. Il est imputrescible au contact de l'air pur, parce que la putréfaction est toujours due à des organismes microscopiques du genre vibrionien, et que la génération spontanée étant hors de cause, les vibrioniens ne peuvent apparaître d'eux-mêmes.

2° Le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie. Mais la bactéridie est un organisme exclusivement *aérobie.* A ce titre il ne prend aucune part à la putréfaction. Donc, le sang charbonneux est imputrescible par lui-même. Dans le cadavre, les choses se passent tout autrement.

Le sang charbonneux entre promptement en putréfaction, parce que tout cadavre humain donne asile à des vibrions venant de l'extérieur, c'est-à-dire, dans l'espèce, du canal intestinal toujours rempli de vibrioniens de toutes sortes; ceux-ci, dès que la vie normale des tissus ne les gêne plus, amènent une prompte désorganisation.

3° La bactéridie disparaît au sein des liquides en présence du gaz carbonique. Pour le sang charbonneux *pur*, c'est-à-dire ne contenant que la bactéridie sans corpuscules germes, cette disparition est absolue avec le temps. Du sang charbonneux exposé au contact de l'acide carbonique, peut perdre toute vertu charbonneuse par le simple repos. C'est une erreur de croire que la putréfaction, en tant que putréfaction, détruit la virulence charbonneuse.

4° Le développement de la bactéridie ne peut avoir lieu ou n'a lieu que d'une manière très-pénible quand elle est en présence d'autres organismes microscopiques.

Ceci posé, on comprend comment, un certain temps après la mort d'un animal atteint de charbon, son sang peut ne plus contenir du tout de bactéridies, tandis que les vibrions de putréfaction qui ne sont pas *aérobies*, qui n'ont pas besoin d'oxygène, se sont extrêmement multipliés. Si on inocule alors ce sang à un animal, cet animal meurt de putridité, de septicémie et non de charbon.

Ceci n'est point une vue de l'esprit. M. Pasteur étant allé à l'établissement d'équarrissage de Sours, a constaté que le sang d'un mouton, mort du charbon depuis seize heures, ne contenait encore que des bactéridies charbonneuses, tandis que celui d'un cheval, mort depuis vingt heures, contenait en outre des vibrions de putréfaction, et enfin celui d'une vache, morte depuis quarante-huit heures, une quantité tout-à-fait prépondérante de ces vibrions.

En inoculant le sang de ces derniers animaux à des cochons d'Inde, on produisit des désordres épouvantables. Tous les muscles de l'abdomen et des quatre pattes furent le siége de la plus vive inflammation; çà et là, particulièrement aux oreilles, il s'était produit des poches de gaz; les poumons et le foie étaient décolorés, le sang diffluent.

En examinant ces animaux à l'instant même de leur mort, on trouva que les muscles étaient remplis de vibrions de la putréfaction, mobiles. Mais c'était surtout dans la sérosité de l'abdomen que ces vibrions avaient pris un développement extraordinaire. Une goutte de cette sérosité prise sur un animal vivant et inoculée à un autre, se montre d'une virulence extraordinaire; tandis que le sang extrait du cœur ne l'était point encore. Il s'agissait donc bien là de mort par putridité, et non par contagion charbonneuse.

Au contact de l'oxygène, les vibrions de la putréfaction perdent leurs mouvements, disparaissent et se transforment en corpuscules brillants; mais ces corpuscules, semés dans un milieu convenable, y reproduisent des vibrions mobiles. Il en est donc de la septicémie, à ce point de vue, comme du charbon.

Quant au point de départ de ce vibrion de la septicémie, il est certainement dans l'intestin, car la putréfaction envahit l'animal par les parties profondes; M. Signol l'avait affirmé, et M. Pasteur l'a constaté avec M. Bouley.

Du reste la septicémie ou putréfaction sur le vivant n'est pas une maladie unique. Autant de genres de vibrions, autant de septicémies diverses, légères ou terribles. M. Pasteur doit le montrer dans une communication ultérieure.

Il termine celle-ci par quelques réflexions sur les fièvres putrides et les hypothèses qu'on pourrait émettre au sujet de la fièvre typhoïde d'après les faits qu'il vient d'exposer.

A cinq heures et quart, la séance est levée.

Loi relative à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils.

Art. 1er. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils, appropriés à cet effet, seront en état d'assurer, en tout temps, le service médical militaire.

Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires, dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront, à cet effet, par décret du Président de la République, rendu sur la proposition des ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° les hôpitaux mixtes ou militarisés, 2° les hôpitaux civils proprement dits.

Seront classés dans la première catégorie les hôpitaux civils, où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires.

Toutes les fois qu'une garnison atteindra le chiffre de 300 hommes, les malades militaires seront soignés dans des salles spéciales et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes où les garnisons n'atteindront pas le chiffre de 300 hommes; les malades militaires seront soignés dans les salles ordinaires, s'il n'est pas possible d'avoir des salles spéciales, et soumis au régime de l'hôpital civil.

Lorsque l'effectif d'une garnison sera de 1,000 hommes au moins, le traitement des malades sera toujours confié aux médecins militaires; au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra; en cas d'insuffisance, le service des salles militaires sera fait par des médecins civils.

Dans les hôpitaux civils proprement dits, les malades de l'armée seront soignés par les médecins civils.

Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la garnison aura le droit de les visiter; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement, ni donner des ordres dans le service.

Art. 5. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'Assistance publique.

L'État doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. 6. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement, dans les hospices civils, des services hospitaliers des garnisons, est exclusivement à la charge de l'État. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital et du conseil municipal de la ville, et sans l'accord préalable des ministres de la guerre et de l'intérieur.

Toutefois, les traités particuliers conclus avec les communes qui ont pris envers l'État l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils demeurent exécutoires.

Art. 7. — Une convention passée entre le représentant du ministre de la guerre et la commission administrative de l'hôpital déterminera, pour chaque hôpital, suivant la catégorie à laquelle il appartiendra, le régime spécial à cet établissement, les conditions d'application du règlement militaire et la dette correspondante à l'État.

Le nombre des lits à affecter aux malades militaires dans les hospices civils sera fixé de gré à gré entre les commissions administratives et le ministre de la guerre ou son représentant.

Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les ministres de la guerre et de l'intérieur.

En cas de désaccord entre les deux ministres, la commission administrative de l'hôpital ou le conseil municipal, les conditions et le prix du traitement des militaires seront réglés par un décret rendu en conseil d'État.

La convention aura une durée de cinq années; elle pourra, exceptionnellement, être révisée dans cet intervalle, à la condition qu'il y ait accord entre toutes les parties.

Les contestations qui pourront s'élever sur l'exécution, soit de la convention, soit du décret rendu à défaut de convention, seront portées devant le conseil de préfecture du département où est situé l'hôpital, et en cas d'appel, devant le conseil d'État.

Ces dispositions sont également applicables aux contestations qui pourront surgir entre les commissions administratives des hospices et des communes qui ont pris envers l'État l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases ci-dessus établies.

Art. 9. — Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les commissions administratives des hôpitaux pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi. — Il sera fait droit à ces demandes dans un délai de même durée et conformément aux prescriptions de l'article 7.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos distingués confrères, M. le docteur Costilhes, médecin de Saint-Lazare (section des détenus), chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Abcès du cerveau profond reconnu sur le vivant et ouvert par une ponction faite, à l'aide du bistouri, dans la substance cérébrale. — Cas de monstruosité très-rare des organes génito-urinaires de la femme. Absence de vagin; utérus s'ouvrant directement à l'extérieur; extrophie de la vessie; écartement du pubis; déplacement de l'ombilic. — Indications de l'opium et de la digitale contre l'asystolie dans les diverses maladies du cœur. — Corps étranger dans la rétine. Conservation de la vue. Formation d'un scotome et myopie acquise. — — THÉRAPEUTIQUE. Les arsenico-ferriques et la polypharmacie. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Abcès du cerveau profond reconnu sur le vivant et ouvert par une ponction, faite à l'aide du bistouri, dans la substance cérébrale.

Le fait de Dupuytren posant le diagnostic *abcès du cerveau* sur le vivant, et d'un coup de bistouri donné en pleine substance cérébrale, par une fenêtre pratiquée à travers la paroi crânienne, faisant jaillir un flot de pus, a tellement frappé les contemporains que, sous la plume des biographes, il est devenu d'un merveilleux presque légendaire.

Un fait tout à fait analogue vient de se produire sous nos yeux à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust et entre les mains de M. Tillaux.

Voici dans quelles circonstances :

Le 18 juin dernier, M. Duménil, médecin de l'hospice des convalescents de Vincennes, adressa à M. Proust, en le lui recommandant, un homme qui venait de passer environ six mois dans son service.

Cet homme avait été traité pour une fièvre typhoïde avant d'être envoyé à Vincennes.

Il en paraissait très-bien remis, mais il avait présenté depuis lors un petit foyer de suppuration, situé sous le cuir chevelu, du côté gauche de la ligne médiane, un peu en arrière de la suture occipito-pariétale. Cette suppuration ne tarissait pas, il parut bon de faire passer ce malade à Lariboisière, bien que son état général ne laissât guère à désirer.

Pendant les premiers temps qui suivirent son admission dans le service de M. Proust, salle Saint-Charles n° 30, il se levait, marchait, parlait comme tout le monde, mangeait de fort bon appétit, ne se plaignait de rien, et, sauf cette suppuration interminable sur un point du crâne, paraissait très-bien rétabli.

Mais un beau jour, à l'improviste, sans phénomène prémonitoire, subitement, le 10 juillet, à cinq heures du matin, il fut frappé d'une hémiplégie, occupant le côté droit du corps et de la face ; la sensibilité n'était pas abolie, mais seulement un peu émoussée de ce côté. Il n'existait pas d'aphasie et l'intelligence était intacte : le malade put répondre très-pertinemment ce jour-là à toutes les questions qui lui furent posées par M. Proust, durant la visite. Le lendemain, la scène était changée à ce point de vue. Le malade, toujours hémiplégique, ne parlait plus qu'avec difficulté : non qu'il existât chez lui rien qui ressemblât à de l'aphasie, mais parce qu'il était hébété et comme abruti.

M. Proust sonda la fistule qui fournissait toujours du pus, sur le crâne, et il constata que l'os, dénudé, était nécrosé, sur une étendue de quelques centimètres carrés.

Il devenait urgent d'extraire les séquestres et, dans ce but, M. Proust eut recours au très-habile chirurgien du même hôpital, dont le service était le plus voisin du sien, à M. Tillaux.

M. Tillaux était ce jour-là fort occupé, le mercredi étant son jour d'opérations, et il dut remettre au lendemain jeudi son intervention, par rapport au malade de M. Proust.

L'ablation des portions d'os mortifiées se fit sans nulle difficulté, en deux lamelles et quelques esquilles. Séance tenante, le chirurgien proposa d'aller plus avant, d'inciser la dure-mère, malade au moins par sa face extérieure, de voir dans quel état se trouvait le cerveau, et, au besoin, d'y pratiquer avec la pointe d'un bistouri une ponction exploratrice. Le médecin préféra qu'on attendît encore afin de voir si les symptômes allaient aller en s'améliorant, ou, au contraire, en s'aggravant, ce qui serait l'indice d'une lésion profonde.

Le vendredi, il paraissait qu'il y avait un peu de mieux. L'intelligence était plus nette, la parole plus facile, la main paralysée pouvait faire quelques mouvements.

Mais c'était là une accalmie qui ne devait pas durer et, dès le lendemain, tous les signes de compression cérébrale avaient reparu, aussi accusés que jamais. Il y eut bien encore quelques variations les jours suivants. A certains moments, le malade comprenait mieux, parlait un peu mieux, et remuait légèrement les doigts. Mais, somme toute, il était évident que son état empirait de jour en jour, et que tout était en faveur d'une intervention chirurgicale.

En conséquence, mardi dernier, M. Tillaux vint procéder à l'opération convenue. Une large incision cruciale du cuir chevelu mit le crâne à nu autour de la perte de substance qui y existait déjà.

La portion nécrosée enlevée précédemment se trouvait très-voisine de la ligne médiane, par conséquent, très-proche

de la faux du cerveau et du sinus longitudinal. C'était donc seulement par ses bords supérieur, externe et inférieur, que l'on pouvait songer à agrandir l'ouverture déjà pratiquée.

A l'aide d'un étroit ciseau et du maillet, frappant d'une main par petits coups, et retenant de l'autre l'instrument qui sculptait, avec grandes précautions, car l'os était très-mince, M. Tillaux découvrit peu à peu la dure-mère sur une longueur de 4 à 5 centimètres environ, et sur une largeur de 3 à 4. Dans toute la portion qui correspondait aux anciens séquestres, cette membrane était recouverte de fongosités et fort épaissie, mais plus loin elle paraissait saine. On l'incisa crucialement.

Au-dessous de la partie fongueuse, on constata que la substance cérébrale était ramollie manifestement.

Ce ramollissement suffisait-il pour l'explication des symptômes, ou bien fallait-il encore chercher plus profondément? Le cerveau étant mis à nu, était-il, ou non, indiqué d'y pratiquer une ponction? Cette question fut le sujet d'une courte consultation entre MM. Tillaux et Proust. Cette fois, c'était le chirurgien qui semblait hésiter un peu, et le médecin qui insistait pour agir. En effet, s'il n'y avait eu que la lésion superficielle de la surface corticale du cerveau, trouvée au niveau des anciens séquestres, cette lésion aurait siégé bien loin des zones motrices, c'est-à-dire des circonvolutions, pariétales et frontales, qui touchent en avant et en arrière, à la scissure de Rolando. Or, il existait une hémiplégie presque continuelle et complète. La supposition d'un abcès profond, exerçant une compression sur tout le voisinage, et par conséquent, jusque sur les zones motrices soit de l'écorce, soit des noyaux, était beaucoup plus satisfaisante d'après les théories actuelles. Et puis, plonger un bistouri dans une portion de cerveau déjà dénudée et déjà malade, cela pouvait se faire sans grand inconvénient. On n'avait pas à redouter qu'il en résultât un danger sérieux pour cet homme, dont la situation était déjà désespérée.

Il fut convenu qu'on pénétrerait à deux centimètres environ, et la course du bistouri fut limitée à cette longueur par un petit manchon de linge dont la lame fut entourée du côté de la base. L'instrument fut dirigé obliquement, de dedans en dehors et d'arrière en avant, pour ménager la faux du cerveau. Sur le point piqué, à la surface, la substance cérébrale était si diffluente qu'elle n'opposait aucune résistance au linge entourant le bistouri. Il en résulta que la ponction se fit jusqu'à une profondeur de deux centimètres et demi pour le moins.

Il jaillit du pus, épais, crémeux, tout-à-fait pareil à celui que l'on nommait autrefois le *pus louable*. Il en coula le long de l'instrument, on en vit sourdre encore par la petite plaie qui marquait son trajet quand on l'eut retiré, et il en sortit bien davantage quand M. Tillaux, encouragé par ce premier succès, que tous les assistants avaient applaudi avec enthousiasme, eut fait entrer, jusqu'à une profondeur de quatre centimètres ,une sonde cannelée dans la même direction.On peut évaluer pour le moins à trois cuillerées à bouche la quantité de pus à laquelle on donna issue en une fois.

Après cela, dans la crainte de voir les lambeaux de la dure-mère divisée se réunir par première intention, et empêcher ainsi l'abcès de se vider, on plaça un petit bourdonnet de charpie entre les bords de l'ouverture. Puis on pansa avec des plumasseaux de charpie maintenus par une compresse et une bande.

Le malade ne s'était pas plaint et n'avait point paru souffrir durant l'opération. Lorsqu'elle fut terminée, en l'interrogeant, on en tira quelques réponses assez justes; mais la paralysie de tout le côté gauche restait complète, la parole était encore embarrassée, l'intelligence évidemment obtuse.

Le lendemain, mercredi, on constata du mieux. Il y avait moins d'*oppression intellectuelle*, pour ainsi dire. Lors du pansement on fit encore sortir une assez grande quantité de pus, et M. Tillaux songea à placer jusque dans le foyer un drain de caoutchouc. Mais ce drain, bien qu'on ne l'eût pas introduit plus profondément qu'on ne l'avait fait la veille pour la sonde cannelée, se chargea, vers son extrémité, de substance cérébrale, ramollie, diffluente; et M. Tillaux l'ayant retiré, le remplaça par un nouveau petit bourdonnet de charpie.

Le jeudi, la fièvre s'était allumée, l'état était grave, la plaie ne donnait plus de pus, mais ce qui semblait avoir comblé la cavité de l'ancien abcès était de la substance cérébrale gonflée, ramollie, diffluente.

Il est probable que l'opération n'aura pas pu sauver cet homme, si bien indiquée qu'elle fût. Nous ferons connaître à nos lecteurs le résultat définitif.

En tous cas, il est bien certain que cet homme était condamné, si on était pas intervenu. On n'a donc fait que lui donner une chance, qu'il n'avait pas, par nne hardiesse opératoire, qui est un véritable coup de maître, une admirable démonstration d'un diagnostic excellemment porté.

Cas de monstruosité très-rare des organes génito-urinaires de la femme. Absence de vagin; utérus s'ouvrant directement à l'extérieur; extrophie de la vessie; écartement des pubis; déplacement de l'ombilic.

Un vice de conformation congénital très-singulier, très-difficilement explicable par les données de l'embryologie, et qui ne paraît point avoir, jamais encore, été signalé, est en ce moment à l'étude dans le service de M. Tillaux.

Chez une femme de vingt-six ans, petite, contrefaite, présentant une extrophie de la vessie, le vagin manque absolument, et le col de l'utérus s'ouvre directement au niveau de la peau, laquelle s'insère à son pourtour.

L'aspect du ventre est des plus bizarres. Les organes génitaux externes sont uniquement représentés, sur la ligne médiane, par l'orifice de l'utérus, et de chaque côté de cet orifice, en allant de dedans en dehors, d'abord par une sorte de crête, d'un brun violacé, molle, plissée et comme flottante, qui est un rudiment de petite lèvre, puis par un second relief, qui est un rudiment de grande lèvre.

Rien de comparable à une vulve ne se trouve entre ces grandes et ces petites lèvres rudimentaires, qui, s'étendant sur une faible longueur, de 2 à 3 centimètres environ, s'écartent en avant, au lieu d'avoir tendance à s'y rejoindre. L'espace limité sur les côtés par ces doubles saillies, en arrière par l'orifice de l'utérus, et en avant par la vessie extrophiée, a une forme trapézoïde à base antérieure, et ne présente à considérer qu'une surface tégumentaire unie et lisse. Il n'existe pas de clitoris, pas plus que d'urèthre.

Les uretères s'ouvrent directement vers la partie moyenne de ce qui représente la vessie, c'est-à-dire d'une surface un peu bombée, un peu mamelonnée, régulièrement circulaire, plus rosée ou plutôt moins blanche que les téguments environnants, et s'en distinguant nettement par son aspect, bien que se continuant avec eux par ses bords.

La palpation montre qu'à ce niveau la ceinture osseuse du bassin est interrompue, sur une étendue d'environ cinq travers de doigt. Mais le pelvis semble élargi d'autant. On dirait

qu'un violent effort d'écartement aurait éloigné l'un de l'autre les deux pubis, dont on retrouve de chaque côté les extrémités sous la peau, et que la paroi antérieure de la vessie, le clitoris, l'urèthre, le vagin dans son entier, rompus et dissociés sur la ligne médiane par ce même effort d'écartement, auraient disparu.

Sur l'abdomen, on ne trouve pas d'ombilic à la place ordinaire. Mais on aperçoit une cicatrice ombilicale très-reconnaissable sur le milieu du bord supérieur de la vessie extrophiée.

Passons aux organes internes renfermés dans le bassin.

Il existe certainement des ovaires, car cette fille, menstruée à quinze ans, a toujours été, depuis lors, parfaitement réglée. Le sang s'écoule, durant le temps normal, par l'orifice de l'utérus.

Cet orifice est presque de niveau avec les téguments. Le col n'est libre que sur une étendue de quelques millimètres et c'est à peine s'il fait une légère saillie. Il est d'ailleurs conique, comme il doit l'être chez une femme qui n'a jamais subi d'imprégnation.

Le cathétérisme utérin et le toucher rectal, combinés, montrent que si la cavité de la matrice a bien à peu près sa longueur normale, la forme de cet organe rappellerait plutôt un utérus de jeune fille impubère qu'un utérus de femme adulte. En effet, le corps est plus petit, relativement, que le col, les angles supérieurs en sont peu accusés, la forme générale en est ovoïde, presque fusiforme.

Bien que l'ovulation eût lieu, la puberté n'a donc pas produit le développement habituel de la cavité germinative, chez cette femme chez qui manquait tout organe de copulation.

Indications de l'opium et de la digitale contre l'asystolie dans les diverses maladies du cœur.

Dans le service de M. le professeur Gubler, on nous a fait voir deux malades qui offrent, l'une un très-bel exemple de l'efficacité de l'opium contre l'asystolie, dans certaines maladies du cœur, surtout quand la lésion porte sur l'orifice aortique; et l'autre un spécimen des cas dans lesquels l'opium serait plutôt funeste; tandis qu'on s'y trouve très-bien des préparations de digitale.

La première de ces deux malades, couchée salle Sainte-Marthe n° 13, est une institutrice âgée de vingt-deux ans, qui déclare avoir souffert du cœur presque depuis sa naissance. On constate, chez elle, une double lésion aortique, insuffisance avec rétrécissement. Elle s'essoufle facilement, accuse des palpitations très-violentes, a eu les pieds enflés, et durant huit ans a été traitée par la digitale, sans en éprouver aucune espèce d'amélioration. Quand elle est entrée dans le service, le 1er juin, elle se trouvait en plein accès d'asystolie. Le pouls battait de 150 à 170 fois par minute.

Devant l'inefficacité constatée de la digitale chez cette malade, M. Gubler se résolut à essayer de l'opium, comme il l'a déjà fait dans de semblables circonstances, notamment chez une femme couchée dans la même salle, au n° 2 et qui lui a fourni l'occasion d'un mémoire en cours de publication dans son *Journal de thérapeutique*. Il prescrivit la teinture thébaïque, à la dose de cinq gouttes à la fois, dose répétée trois fois dans la journée durant les premiers jours. Les résultats de cette médication furent très-rapides : dès le troisième jour, tous les phénomènes d'asystolie avaient disparu. Le pouls tomba à 70 pulsations par minutes.

Chez la seconde malade, au contraire, mise en parallèle avec celle-ci, et qui, atteinte d'une lésion mitrale depuis dix-neuf mois, à la suite d'un accouchement, à ce qu'elle raconte, fut apportée presque mourante dans le service, le 18 avril, étant asystolique pour la cinquième fois, il fallut renoncer tout de suite aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, qui empiraient encore son état, loin de l'améliorer, et il fallut en revenir à la teinture, de digitale qui lui avait toujours réussi. Cette teinture administrée à la dose de dix gouttes par jour, fit rapidement disparaître l'asystolie et remit sur pied la malade.

Ainsi, l'opium serait plutôt funeste dans les affections mitrales du cœur ; tandis qu'il serait souvent utile dans celles de l'orifice aortique.

M. le docteur Huchard, qui a, le premier, publié des faits de ce genre dans le *Journal de thérapeutique*, a imaginé une théorie assez ingénieuse pour les expliquer.

Suivant lui, l'opium serait un congestionnant des centres nerveux, et la digitale, au contraire, y produirait une anémie locale.

Or l'asystolie pourrait survenir par deux mécanismes opposés : tantôt par un défaut d'incitation nerveuse dans les pneumogastriques, résultat d'un arrosement insuffisant de l'encéphale par le liquide nutritif et excitateur, tantôt, au contraire, de ce que les anciens auraient nommé *oppressio virium*.

Dans les lésions de l'orifice aortique, soit qu'il s'agisse de rétrécissement, soit qu'il s'agisse d'insuffisance, la circulation artérielle se trouve affaiblie, et les divers organes reçoivent, dans un même temps, moins de sang rouge : c'est donc le cas d'employer l'opium, qui appelle le sang au cerveau.

Dans les lésions mitrales, au contraire, c'est le retour du sang veineux qui est entravé ; les viscères, notamment l'encéphale, en sont pleins. La digitale doit réussir.

L'explication de M. Gubler semble d'abord un peu différente, en ce sens, du moins, que tout y paraît rapporté au muscle cardiaque, dont un de ces remèdes calmerait les agitations spasmodiques et que l'autre fortifierait. Mais pour bien saisir toute la pensée du savant professeur, il faut attendre que son mémoire soit terminé.

Dr Victor REVILLOUT.

CORPS ÉTRANGER DANS LA RÉTINE

CONSERVATION DE LA VUE. — FORMATION D'UN SCOTOME ET MYOPIE ACQUISE

Par M. le docteur BRIÈRE (du Hâvre).

Le 23 juillet 1875, M. T..., cherchant à ouvrir une caisse, reçut sur l'œil gauche un petit fragment d'acier qui, projeté avec force, causa une douleur assez vive, mais de peu de durée.

Pendant deux jours, la blessure ne donna lieu à aucun symptôme. Un médecin consulté pensa même que le corps étranger n'avait que frappé l'œil et que la blessure était légère. Le troisième jour, j'examinai M. T..., qui venait me consulter parce que son œil était un peu rouge. Je lui fis préciser la manière dont l'accident s'était produit, puis j'examinai l'œil; mais je ne pus découvrir aucun corps étranger logé dans l'épaisseur de la cornée ou sous la paupière supérieure.

Si je m'étais borné à cet examen, j'aurais pu être de l'avis du médecin qui avait diagnostiqué une légère conjonctivite traumatique ; mais trois symptômes éveillaient de l'inquiétude dans mon esprit, et chacun d'eux avait de la valeur.

Bien qu'on n'eût employé aucun mydriatique, la pupille de l'œil blessé était un peu plus dilatée que de l'autre côté. M. T... m'affirmait qu'avant l'accident elles étaient exactement de même grandeur.

En outre, la rougeur n'était pas produite par une hyperémie purement conjonctivale. Sous le réseau des gros vaisseaux conjoncti-

vaux on aperçoit une injection fine et radiée formée par les vaisseaux propres du globe oculaire. Il y avait donc plus qu'une simple conjonctivite.

Le troisième symptôme avait pour moi une valeur encore plus grande; il m'indiquait, d'une façon à peu près certaine, que le corps vitré avait été blessé.

Quelques minutes après l'accident, M. T..., essayant la vue de l'œil blessé, avait remarqué trois ou quatre *boules noires* qui obscurcissaient le champ visuel. Ce symptôme, que je ne trouve pas noté dans les traités, se rencontre dans un assez grand nombre de plaies pénétrantes du globe oculaire.

Mais si le corps vitré a été blessé, quel chemin a suivi le corps étranger pour arriver jusqu'à lui? La cornée et le cristallin sont absolument intacts.

En examinant l'œil de plus près et à l'éclairage latéral, je finis par découvrir, à la partie inféro-externe de la cornée, une petite cicatrice de 1 millimètre et demi d'étendue à peine visible. Je n'hésitai pas à déclarer que le corps étranger avait pénétré dans le globe, en ce point, parce que derrière la petite cicatrice il existait une trace de 1 millimètre dans le diaphragme irien, tout à fait à sa périphérie, de sorte que le fragment de fer avait pénétré entre le cristallin et les procès ciliaires. Il n'y avait ni cataracte ni hyphæma.

Je diagnostiquai alors un corps étranger intra-oculaire, ce qui changeait totalement la gravité du pronostic.

Par le trou existant à l'iris et qui, à l'œil nu, paraissait une simple tache pigmentaire, l'ophthalmoscope me permettait d'apercevoir la teinte rouge des membranes profondes.

Au fond de l'œil, enfin, j'aperçus bientôt le corps étranger lui-même, sous la forme d'une petite paillette métallique, fixée sur la rétine en bas et en dehors, et entourée d'un exsudat blanc de 3 à 4 millimètres d'étendue, dont les contours sont nuageux et mal limités.

Je prescrivis le repos le plus absolu des yeux, le séjour dans une chambre peu éclairée, de l'aloès à l'intérieur et un régime doux.

Le malade fut mis au courant des accidents qui pourraient résulter de cette blessure. Soit par insouciance, soit par incrédulité dans la découverte que j'avais faite, M. T... continua de s'occuper et ajourna le traitement, bien que la rougeur de l'œil allât en augmentant de plus en plus.

Cinq jours et demi après l'accident, vers minuit, le malade fut réveillé par une douleur vive dans l'œil blessé, douleur qui prit bientôt de l'intensité et devint très-aiguë vers le matin.

Mandé en toute hâte, je trouvai tous les symptômes d'une ophthalmitis au début. Les paupières sont œdématiées et rouges, la cornée est entourée par un bourrelet de chémosis, l'iris est hyperémiée, et des adhérences existent déjà entre cette membrane et la cristalloïde. Compresses glacées en permanence et instillation toutes les heures d'un collyre d'atropine au 50e.

Sous l'influence de ce traitement, la douleur et le gonflement diminuèrent bientôt. Les synéchies cédèrent facilement.

Calomel et aloès à doses fractionnées de deux en deux heures, six fois par jour et demi-diète. Pendant trois jours, état à peu près stationnaire. Puis le chémosis diminua et les autres symptômes s'amendèrent. Je pus supprimer les irrigations continues huit jours après.

Dix-sept jours après l'accident, l'examen ophthalmoscopique montre à la partie inférieure du corps vitré une masse blanchâtre grosse comme un pois. Le champ visuel est considérablement échancré dans sa partie supérieure. Pris à un pied et demi de distance, il n'a, en haut, que 20 centimètres d'étendue.

Six mois après, le champ visuel est le même. L'œil lit des caractères de 1 millimètre.

L'acuité visuelle prise à 6 mètres montre un phénomène assez curieux. M. T..., avant l'accident, n'était pas myope. L'œil sain est emmétrope, et cependant on constate une myopie 1/15 de l'œil blessé avec une acuité $S=20/25$. L'œil blessé voyait à une aussi grande distance que l'autre avant l'accident. La myopie 1/15 est donc une conséquence de l'accident, une myopie acquise. M. T..., a été revu dix-huit mois après l'accident. La vue de l'œil blessé est restée bonne. Le champ visuel est toujours échancré en haut, et l'aspect du fond de l'œil est resté le même, c'est-à-dire qu'il est normal, sauf au niveau du corps étranger, qui est enkysté dans un exsudat blanc, gros comme un grain de blé, légèrement saillant en avant de la rétine.

THÉRAPEUTIQUE

Les arsenico-ferriques et la polypharmacie

Par le docteur Xavier Blanchin.

Nous connaissons un médecin qui, à propos des dragées Dominique dont il estime la préparation, a trouvé l'occasion d'examiner ou du moins de rapprocher les deux opinions en présence qui semblent se partager la clinique moderne, eu égard aux médicaments simples par rapport aux médicaments composés.

Le fait est que, depuis l'alliance de la chimie avec la pharmacie, le soin qu'on s'est donné d'épurer les substances, d'en isoler les principes et d'expérimenter l'action particulière de ceux-ci, une grande préférence a été donnée aux agents pris dans leur simplicité, toutes les fois que la chose a été possible. C'est ce qui a fait rejeter la méthode de nos aïeux sous le nom de *polypharmacie*.

Depuis peu, cependant, on est revenu de cette opinion exclusive, et on a compris l'avantage de mêler ou de combiner les substances différentes pour avoir l'association des effets thérapeutiques propres aux agents que l'on combinait. Bref, les maladies étant rarement simples dans les organismes, on répondait à leur complexité en administrant ensemble les deux ou trois agents indiqués.

Nous croyons devoir reconnaître pour cause à ce juste retour vers la polypharmacie, les études nouvelles qu'on vient de faire des eaux minérales naturelles. La thérapeutique thermale, il faut se rendre à cette évidence, n'a rien qu'on puisse lui comparer en pharmacie, dans la médecine des maladies chroniques; et il se trouve que les eaux minérales constituent un médicament des plus composés en principes de toute sorte. Cette composition étant naturelle, il en résulte rationnellement que la nature est polypharmaque et que nous n'aurions rien de mieux à faire que de l'imiter autant que possible.

La première pensée qui est sortie de ce raisonnement a fait le succès que nous voyons aux eaux minérales : les malades ont été envoyés les prendre aux sources mêmes, durant l'été, et ils les ont prises en bouteille chez eux, durant les autres saisons de l'année.

En tête de ces eaux, comme les plus richement dotées des principes actifs que nous venons de nommer, se placent celles de la source Dominique de Vals. C'est une minéralisation exceptionnelle entre toutes leurs pareilles, et il faut applaudir à l'idée qu'on a eue de prendre dans sa totalité cette minéralisation et d'en faire un médicament qu'on puisse trouver partout et utiliser en tout temps. C'est aujourd'hui le médicament connu sous le nom de dragées Dominique qui représente l'ensemble des propriétés curatives des eaux de Dominique.

Il est bien entendu que c'est dans les meilleures conditions requises par la science que les éléments thérapeutiques de ces eaux ont été recueillis, et c'est avec tout l'art pharmaceutique qu'ils ont été mis sous la forme de bonbon, comme si on avait prévu qu'il importe de faire que le médecin qui les ordonne ne rencontre pas d'opposition ou de répugnance, de la part du malade auquel il veut les administrer.

Elles font le médicament qui représente l'association polypharmaque et naturelle du fer, de l'arsenic, du soufre, du phosphore, qui minéralisent les eaux de la source Dominique. On ne peut pas mieux recommander les vertus curatives qu'elles mettent à la disposition du médecin.

Cette recommandation a été comprise et appréciée, si on en juge par l'extension qu'ont prise, en peu de temps, ces dragées dans la clinique des femmes et des enfants. Ce n'est pas qu'elles ne trouvent leur utile emploi chez les hommes et à tous les âges, puisqu'elles portent les agents les plus spéciaux des maladies chroniques, mais

c'est à l'enfance et aux jeunes filles qu'il faut songer, lorsqu'il s'agit de faire prendre les médicaments qui, par eux-mêmes, sont loin de plaire au goût et à la vue.

REVUE DE LA PRESSE

De la déformation dans la fracture du radius. — A propos d'un malade atteint de fracture du radius, M. Trélat fait remarquer, que dans un très-grand nombre de cas, on n'observe pas la déformation classique en dos de fourchette. Selon lui, l'absence de ce signe tient à ce que chez les individus d'un certain âge et chez les vieillards, la fracture se produit tout à fait à l'extrémité du radius, et s'accompagne ordinairement de l'éclatement avec pénétration plus ou moins prononcée des fragments. Dès lors, le déplacement et, par suite, la déformation peuvent être très-peu marqués.

Il n'en est pas de même pour les jeunes gens; chez eux, la fracture a lieu au niveau du col du radius, au point de jonction de l'épiphyse et de la diaphyse. Siégeant, par conséquent, notablement plus haut que chez les premiers, on conçoit que cette fracture soit suivie bien plus facilement d'un mouvement de bascule du fragment qui détermine alors cette déformation beaucoup plus marquée. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Gingivite des femmes enceintes. — M. Pinart décrit, chez les femmes enceintes, une affection, fort peu étudiée jusqu'ici, et qui, cependant, serait assez fréquente, pour qu'il l'ait observée quarante-cinq fois sur soixante-quinze malades. Elle apparaît, dit-il, le plus souvent vers le quatrième mois de la grossesse et disparaît un ou deux mois après l'accouchement. Elle consiste, d'abord, dans une rougeur et une congestion avec tuméfaction des gencives; la moindre pression exercée sur elles détermine des hémorrhagies, enfin les dents perdent de leur solidité, elles sont ébranlées et peuvent même tomber. Quant aux symptômes fonctionnels ils se réduisaient seulement à de la gêne de la mastication, un peu de douleur, quelquefois de petites hémorrhagies. — (*Bull. de thérapeutique.*)

Angiôme sous-cutané circonscrit. — M. Trélat a récemment enlevé, chez une femme de son service, une de ces tumeurs érectiles qui ont été décrites pour la première fois, il y a quelques années, par M. Monod, sous le nom d'angiôme sous-cutané circonscrit. Il s'agissait, dans le cas actuel, d'une femme qui, à la suite d'une chute sur le coude, et sans qu'il y eût de relation bien démontrée de cause à effet, avait vu se développer en ce point une petite tumeur, grosse comme une noix, et ressemblant, par sa mollesse, sa mobilité avec intégrité du tégument, à un lipôme ou un fibro-lipôme. Se fondant sur ce caractère que la peau qui recouvrait cette petite tumeur présentait un certain degré de vascularisation, M. Trélat pronostiqua un angiôme sous-cutané circonscrit et en pratiqua l'ablation. A la coupe, on constata qu'elle avait un aspect spongieux et était constituée par une trame blanchâtre lui servant de charpente.

L'importance du diagnostic de ces tumeurs, dit M. Trélat, est grande; comme toutes les tumeurs érectiles, elles sont en effet sujettes à de nombreuses transformations; elles peuvent se compliquer dans leurs éléments, affecter de nouveaux rapports avec les parties voisines, se propager, pénétrer dans les régions qui les entourent et amener des accidents qu'il est toujours facile d'éviter par leur ablation. On les reconnaîtra aux caractères suivants : ce sont des tumeurs un peu plus dures que du lipôme, ayant une certaine coloration bleuâtre et présentant une légère vascularisation de leur surface. Ces deux derniers caractères suffisent à eux seuls à les faire diagnostiquer.

Ordinairement elles sont indolentes, mais ce phénomène n'est pas constant, et M. Trélat dit avoir observé un de ces angiômes souscutanés qui s'accompagnait d'une douleur extrêmement vive au moindre attouchement; dans ce cas, l'examen histologique démontre la présence d'un filet nerveux pénétrant et s'épanouissant dans la coque de la tumeur.

Enfin, dernier point à signaler, les angiômes sous-cutanés circonscrits ne paraissent pas être d'origine congénitale comme la plupart des autres tumeurs érectiles. — (*Prog. méd.*)

De la diarrhée sénile. — Presque toutes les circonstances qui amènent la débilitation de l'individu, sont une cause de diarrhée. A ce titre, d'après M. le professeur Potain, la vieillesse la ferait naître fréquemment, et à tel point qu'on décrit la diarrhée des vieillards avec des altérations anatomiques, telles que des épaississements ou des ulcérations de la muqueuse intestinale.

Dans ces cas, sauf la diarrhée, il y aurait peu de troubles digestifs, pas de douleurs abdominales, alors même qu'il existe des ulcérations profondes du côté de l'intestin. Les malades deviennent pâles, bouffis, leur peau s'amincit, ils maigrissent et tombent dans une apathie profonde.

L'étiologie dans ces conditions n'a rien de spécial, et, chez ces malades, il est impossible d'invoquer une autre raison que leur âge : non pas l'âge calculé sur le nombre des années, mais celui qu'ils présentent par leur état de vieillesse anticipée. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Empoisonnement par l'ammoniaque. — L'ammoniaque est généralement classé parmi les poisons irritants minéraux susceptibles de déterminer la mort par leur seule action topique; l'observation suivante rapportée par M. le docteur Français, de Lyon, contribuerait, selon ce médecin, à prouver que ce poison rend la mort plus rapide encore et plus certaine, soit par l'introduction de molécules réellement morbides dans le sang et leur action sur les centres nerveux, soit par les lésions consécutives qui se développent dans les viscères thoraciques et abdominaux.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de vingt-cinq ans, tisseuse et enceinte de sept mois, qui, dans le but de se suicider, avait avalé 90 grammes d'ammoniaque. Elle éprouva à l'instant même une douleur atroce dans la bouche et derrière le sternum. Transportée à l'hôpital, elle y arriva dans un état de prostration considérable; elle accuse une sensation de brûlure au niveau de l'œsophage et de l'estomac; la langue est dépouillée de son épithélium; la déglutition très-douloureuse.

Dans la nuit ont lieu des vomissements de sang et une selle diarrhéique fortement colorée en rouge noir. A plusieurs reprises, le corps tout entier est agité de convulsions tétaniformes.

Le lendemain, la malade entre en travail et accouche d'un fœtus mort-né.

Quelques jours après, elle est prise de fièvre intense, de céphalalgie; des points douloureux se déclarent dans les deux côtés de la poitrine; les urines sont fortement albumineuses; enfin, la déglutition devient de plus en plus impossible et la malade succombe dans le subdelirium, neuf jours après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage tapissé de fausses membranes grisâtres recouvrant trois ou quatre larges ulcérations. La muqueuse de l'estomac est couverte d'eschares profondes; elles atteignent la rate qui, elle-même, est sphacélée dans la partie qui est en rapport avec cet organe.

Les reins sont notablement augmentés de volume et présentent tous les signes d'une vive congestion, mais ne présentent qu'une régression graisseuse insignifiante. Même état du foie.

A l'ouverture de la poitrine, on constate les lésions d'une pleurésie purulente double; les deux poumons sont recouverts de plaques d'exsudats fibrino-purulents; de faibles adhérences les unissent à la paroi thoracique.

Les centres nerveux n'ont pu être examinés. M. Français tire de cette observation les conclusions suivantes : l'ammoniaque agit sur la muqueuse stomacale à la manière des acides, c'est-à-dire qu'elle donne lieu, comme eux, à des sphacèles profonds de cet organe. La gangrène de la rate est également un fait intéressant : elle est due à l'introduction, par imbibition, du poison de l'estomac dans la glande vasculaire sanguine, soit à travers les tuniques stomacales, soit par l'intermédiaire des vaisseaux courts.

La congestion rénale, l'albuminurie, les convulsions, sont des preuves de l'intoxication du sang. Cependant, il ne faut pas croire que l'ammoniaque soit un poison stéatogène : la régression graisseuse du rein et du foie était trop peu accusée pour cela et l'on peut d'ailleurs l'expliquer par les quelques jours d'inanition et de fièvre. Quant à la pleurésie, elle ne paraît être qu'un effet éloigné et secondaire de l'empoisonnement; c'est à l'état puerpéral qu'elle a emprunté sa gravité particulière et la rapidité de sa marche. — (*Lyon méd.*)

Pansement au camphre phéniqué. — Dans certains cas de plaies de mauvaise nature, de vésicatoires ulcérés ou de mauvais aspect, par exemple, M. Raynaud obtiendrait de bons résultats du pansement préconisé par M. Souley, dans une pratique plus générale et qui consiste dans l'usage du camphre phéniqué. Voici comment M. Raynaud conseille de le préparer : on fait dissoudre dans la petite quantité d'alcool nécessaire pour cela, 1 gramme d'acide phénique; puis on verse cette solution sur 2 gr. 50 centigrammes de camphre en poudre. On obtient ainsi un liquide oléagineux, ayant une légère odeur de camphre, annulant complétement celle de l'acide phénique. Ce liquide, qui ne se mélange ni à l'eau ni à la glycérine, est miscible en toutes proportions à l'huile d'olives ou d'amandes douces; pour les pansements, on fait un mélange au vingtième de ce produit avec une de ces dernières huiles, et on imbibe un carré de ouate de liquide ainsi obtenu. La ouate est placée sur la plaie et recouverte d'une étoffe imperméable. Le pansement peut rester ainsi plusieurs jours en place sans être renouvelé. — (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux exemplaires d'une thèse, adressés par M. J. Challot pour le concours du prix Duval;

2° Une lettre de M. Chaplain, professeur à l'École de médecine de Marseille, membre correspondant, qui demande l'avis de la société sur le cas suivant :

Un homme de soixante-cinq ans a été opéré par lui le 26 mai dernier, d'une hydrocèle simple. M. Chaplain a fait la ponction et une injection iodée au tiers. L'opération a été suivie, dès le jour même, d'une inflammation peu vive qui a pris plus d'intensité quinze jours après, et qui, les deux fois, a cédé aux antiphlogistiques et au repos. Mais la tumeur s'est reproduite avec des caractères qui diffèrent de ceux qu'elle présentait d'abord. Ce qui frappe surtout, c'est le défaut de transparence; elle semble être maintenant une hématocèle ou une vaginalite. Que doit faire le chirurgien?

DISCUSSION

M. DESPRÈS ne trouve pas suffisants les éléments de diagnostic donnés par le chirurgien de Marseille. Peut-être y a-t-il eu piqûre du testicule. Dans tous les cas, il pense qu'il serait bon d'attendre un mois ou six semaines, et ensuite si l'hydrocèle s'est confirmée, de faire une nouvelle ponction et une nouvelle injection iodée; si au contraire l'hématocèle se révèle avec des caractères certains, de ne faire aucune opération.

M. LANNELONGUE conseille l'expectation. Il a vu, à Bicêtre, des exemples nombreux de récidive d'hydrocèles traitées par des injections au tannin ou à la teinture d'iode. On l'observe lorsqu'il n'y a pas eu d'inflammation adhésive.

Le liquide se reproduit lentement, la tumeur reprend son volume primitif, mais les parois sont moins épaisses, puis la guérison se fait peu à peu. La non-transparence de la tumeur n'est pas une preuve d'un épanchement sanguin. Plus tard, si la tumeur ne diminue pas, on pourrait se renseigner sur son contenu par une ponction exploratrice.

M. TILLAUX ne voit rien dans l'observation qui indique que le testicule ait été blessé. Peut-être y aurait-il eu tout au plus piqûre à la tunique vaginale, et encore, il n'y a aucune raison de supposer cet accident. Comme l'a dit M. Lannelongue, la récidive est un cas très-ordinaire, et le plus sage est d'attendre plusieurs mois avant de tenter autre chose que ce qui a été fait.

M. MARC SÉE a traité, à la Maison de santé, un malade qui avait été ponctionné deux fois en province pour une prétendue hydrocèle. Au moment de son entrée, la tumeur avait le volume des deux poings, et une transparence vague. Une ponction avec un trocart fin donna issue à un liquide fortement teinté de sang. M. Sée fit passer un drain dans la tunique vaginale, au moyen duquel on fit des injections détersives de solution de chloral. La réaction fut très-modérée et le malade sortit bientôt guéri. Dans un autre cas analogue, le même traitement eut le même heureux résultat.

M. DESPRÈS n'a jamais observé d'inflammation adhésive dans le traitement de l'hydrocèle par les injections iodées. C'est à tort qu'on écrit dans les ouvrages classiques que cette adhésion se fait. Jamais les deux séreuses n'adhèrent après cette opération.

M. LANNELONGUE remercie M. Desprès de l'occasion qu'il lui donne de parler des résultats de trente autopsies d'hydrocèle qu'il a faites à Bicêtre. Il avait cru aussi d'abord qu'il n'y avait pas d'exemples d'adhésion des feuillets viscéral et pariétal de la séreuse, mais deux fois il a observé une union intime entre ces deux feuillets, sans interposition de tissu cellulaire. Dans un cas, l'union était partielle, dans l'autre elle était totale. Ces deux exemples l'ont obligé à modifier son opinion première.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Blépharorrhaphie et blépharoplastie. — M. DESPRÈS est d'avis, comme ses collègues, que le procédé, employé par M. Verneuil pour la guérison de l'ectropion, est excellent dans le cas particulier dont il s'agissait, mais qu'il n'offrirait pas les mêmes avantages dans tous les cas, notamment si l'ectropion était irrégulier ou s'il ne portait que sur une seule paupière.

M. VERNEUIL croit, d'après son expérience personnelle, que la blépharorrhaphie est une bonne opération, même lorsqu'une seule paupière est atteinte d'ectropion.

M. LE DENTU a pratiqué deux blépharoplasties dans des cas d'ectropion. Dans un cas, opéré au mois d'octobre, l'autoplastie a été faite avec un lambeau naso-génien, et suivie de suture. Il y a un mois que M. Le Dentu a commencé à désunir les paupières sur une étendue de 1 centimètre, vers le côté externe, et l'ectropion ne semble pas se reproduire. Il continuera à faire la désunion progressivement.

L'autre opération a été faite pour restaurer une paupière inférieure détruite par l'ablation d'un épithélioma. Le même procédé a été employé. Deux ans après que l'opération avait été faite, la paupière restaurée était à peu près aussi élevée que celle du côté opposé. Il n'y avait eu ni rétraction ni renversement de la paupière en dedans et en dehors.

M. DESPRÈS. L'ectropion est plutôt une conséquence d'une perte de substance du front, de la tempe, de la joue, par suite de brûlure ou d'autre cause, que de la destruction de la paupière elle-même, si le bord libre a été conservé. Il a vu, chez Velpeau, un malade qui avait eu une pustule maligne des deux paupières, qui les avait détruites en totalité, à l'exception du bord libre. Il n'avait pas d'ectropion.

COMMUNICATION

Du thermo-cautère dans l'opération de la taille. — M. VERNEUIL intitule ainsi, avec intention, la communication qu'il fait à propos de l'observation du malade présenté dans la dernière séance, à laquelle M. T. Anger avait donné le titre de : *Opération de la taille par le thermo-cautère*. Ce titre est défectueux, car ce n'est pas la taille elle-même, mais seulement les temps préparatoires à la

taille qu'il a faits avec cet instrument. M. Verneuil s'en est servi lui-même trois fois, avec avantage, dans l'opération de la taille par différentes méthodes, mais seulement aussi pour découvrir l'urèthre. Il a reconnu que son emploi donnait une facilité extrême à cette recherche, en même temps qu'il met à l'abri de l'infiltration urineuse. Mais quelquefois il reste une fistule qu'il a vue persister une fois sept semaines, et une autre fois trois mois.

M. GUYON n'a aucune expérience personnelle de l'emploi du thermo-cautère dans la taille. M. Anger et M. Verneuil s'en sont servis pour éviter l'hémorrhagie dans le temps préliminaire de la taille, mais ce n'est pas ce temps qui est dangereux. Le véritable danger est dans la lésion du col, si fréquente lorsque le calcul à extraire est volumineux. C'est à ce niveau que se produisent des hémorrhagies parfois très-graves. M. Guyon en a observé deux dernièrement, l'une pendant l'opération, qui a pu être arrêtée et qui n'a pas contrarié la guérison, une autre, secondaire, qui s'est produite dans la journée et qui n'a pu être maîtrisée ; l'opéré a succombé dans les vingt-quatre heures. Le thermo-cautère n'aurait pas empêché ces accidents. Il peut mettre la plaie à l'abri du contact de l'urine, mais M. Guyon voit à chaque instant que ce contact sur des plaies vives n'est pas aussi dangereux qu'on l'a dit. Le seul avantage du thermo-cautère peut être la plus grande facilité qu'il donne pour arriver sur la portion membraneuse de l'urèthre, mais il n'influe en rien sur les dangers inhérents à la taille elle-même.

M. ANGER reconnaît la justesse de l'observation de M. Verneuil à propos du nom qu'il a donné à son opération, mais il n'a fait en cela qu'imiter ce que d'autres chirurgiens, et M. Verneuil lui-même ont fait à propos de la trachéotomie. Le trajet tracé par le thermo-cautère est très-net et donne une grande facilité pour faire pénétrer des instruments dans la vessie. Il a eu soin de faire l'incision par coups rapides, qu'il faisait suivre d'irrigation d'eau froide. La plaie a été cicatrisée complétement en trente jours, mais dès le dixième ou douzième jours, l'urine n'y passait déjà plus. Le *passage* de l'urine sur la plaie n'est pas dangereux, il est vrai, mais avec le procédé ordinaire, les divers plans du périnée se rétractent irrégulièrement ; il y a *stagnation* de l'urine, et, par suite, infiltration ou au moins macération de la plaie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École du Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 20 décembre prochain à l'école du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après désignées : clinique chirurgicale ; clinique médicale ; hygiène et médecine légale militaire ; maladies et épidémies des armées.

En exécution du décret du 13 novembre 1852 (art. 6), pourront être admis à prendre part au concours en chirurgie ou en médecine les médecins aides-majors de 1re classe et les médecins-majors des deux classes.

Les officiers de santé en possession de l'un de ces trois grades et qui désirent concourir, seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs.

Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présente le candidat, sera transmise au ministre *par la voie hiérarchique* avant le 15 novembre prochain, terme de rigueur.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le mardi 1er août, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure de faire toutes les manipulations micrographiques qu'exige journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean Lantier, de midi à une heure.

De l'atrophie musculaire consécutive au traitement des maladies des articulations. Étude clinique et expérimentale, par Émile VALTAT. — Paris, 1877, gr. in-8° de 156 pages. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Rétrécissement aortique (1).

II

Mais cet homme n'a-t-il qu'un rétrécissement aortique et n'est-il pas affecté en même temps d'une altération de l'orifice mitral? On pourrait le croire en effet, car on perçoit encore, à la pointe, un souffle au premier temps qu'on pourrait être autorisé à attribuer à une lésion de la valvule auriculo-ventriculaire dont il est d'ailleurs le signe caractéristique. Mais, je ne crois pas qu'il en soit ainsi, parce que, dans le cas d'insuffisance mitrale, il y a ordinairement plus d'irrégularité du pouls que nous n'en trouvons chez ce malade, où chaque pulsation est identiquement semblable à celle qui l'a précédée et à celle qui la suit. De plus encore, si nous écoutons avec attention le bruit de la pointe, nous trouvons qu'il a ici absolument le même timbre que celui de la base, qu'il est rude, râpeux comme lui et qu'en somme, il est seulement un peu moins fort qu'à la partie supérieure. De sorte que nous avons tout simplement affaire à la propagation du bruit de la base vers la partie inférieure du cœur. C'est là, du reste, une opinion qui a été émise par M. Marey, auquel on doit d'excellents travaux sur la circulation du cœur. Cet observateur dit, en effet, que l'on doit se méfier de ce bruit inférieur qu'on rencontre fréquemment dans le rétrécissement de l'orifice aortique; qu'on aurait tort de croire à une insuffisance mitrale concomitante, et qu'il n'est que la transmission du bruit supérieur qui a lieu par les parois du cœur épaissies, peut-être augmentées de densité, et qui deviennent ainsi de très-bons conducteurs du son.

Ce que dit M. Marey, me semble avoir son application complète chez notre malade. Aussi je n'hésite pas à admettre ici l'existence d'un rétrécissement aortique sans aucune espèce d'altération de la valvule mitrale, laquelle, d'ailleurs, ne m'est démontrée ni par l'irrégularité du pouls, ni par aucun des symptômes ordinaires des lésions mitrales.

Mais ce n'est pas tout encore, car je vous ai dit qu'avec ces signes, on pouvait percevoir, à l'auscultation, un dédoublement du second bruit. Or, il faut savoir que celui-ci se rencontre fréquemment dans le rétrécissement aortique et qu'il est l'effet du ralentissement de la systole ventriculaire. En effet, le ventricule gauche étant, pour les raisons que je vous ai dites, plus long à se débarrasser du sang qu'il contient; l'isochronisme des deux ventricules n'existe plus, le ventricule gauche se contractant plus longuement que le droit, les valvules aortiques se redressent un peu plus tard que les valvules pulmonaires et au lieu d'entendre deux bruits comme cela se passe, quand les deux ventricules se contractent en même temps, l'oreille en perçoit trois.

J'ajouterai encore que la rudesse du bruit perçu dans la direction de l'aorte me paraît due à des inégalités athéromateuses, à l'intérieur de ce vaisseau : et à ces athéromes doivent être rapportés les symptômes de contraction thoracique que nous avons observés.

Mais les lésions que l'on observe chez ce malade se bornent-elles à celles que je viens de vous énumérer? Non, car il existe chez lui, outre la maladie du cœur, une certain degré d'emphysème pulmonaire. Quant à la tuberculisation pulmonaire à laquelle on pourrait encore penser, en raison du crachement de sang que le malade a présenté, les signes physiques sont nuls sous ce rapport.

L'hémoptysie, d'ailleurs, trouve son explication dans une autre raison. Elle est en effet assez commune dans les affections cardiaques, et quoiqu'on la rencontre plus fréquemment dans la lésion de l'orifice mitral, elle existe aussi dans celle de l'orifice aortique. Elle est due alors à la stagnation du sang dans le ventricule gauche qui entraîne un phénomène semblable dans l'oreillette correspondante et par suite dans les vaisseaux pulmonaires. Ceux-ci ayant de la peine à se dégorger du sang qu'ils contiennent dans l'oreillette déjà remplie, on comprend très-bien, dès lors, que la stase sanguine dont ils sont le siége, ait pour conséquence prochaine une congestion pulmonaire et souvent même une déchirure des vaisseaux engorgés; d'où des hémoptysies.

Je mentionnerai enfin que cet homme présente également des troubles dyspeptiques que nous retrouvons d'ailleurs, à un degré beaucoup plus prononcé, chez un autre malade, actuellement couché au n° 2 de la même salle et qui, comme le précédent, est affecté d'un rétrécissement aortique. Or, dans ces dernières années, un médecin anglais, Leared, a appelé l'attention des observateurs sur l'existence de phénomènes dyspeptiques caractérisés par des troubles gastriques et même par des vomissements chez les individus affectés de lésion aortique, mais principalement d'insuffisance de cet orifice.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juillet.

Devons-nous rattacher ces désordres, que, chez ces deux malades, nous observons du côté de l'estomac, à la lésion dont ils sont affectés? Je ne suis pas tenté de le faire. D'abord, chez celui qui fait l'objet de cette leçon, ces symptômes ne datent que de quelques jours et coïncident avec l'administration de la digitale à laquelle il est soumis depuis deux semaines environ; jamais, à aucune époque de sa maladie, il n'avait présenté de symptômes semblables.

Quant à l'autre malade, la question est plus facile à juger. Chez lui, en effet, il existe depuis longtemps une répugnance très-grande pour les aliments, et depuis longtemps déjà les digestions sont pénibles, souvent même impossibles; mais, ces symptômes sont très-prononcés, ils me paraissent symptomatiques d'une lésion grave de l'estomac, et je suis plus porté à ne voir dans ces faits qu'une simple coïncidence, qu'une relation de cause à effet. D'ailleurs, ces troubles digestifs ont été signalés par le docteur Leared surtout chez les malades atteints d'insuffisance aortique.

Enfin, pour compléter mon diagnostic, j'ai encore besoin de vous dire quelques mots sur la nature de ce rétrécissement et de rechercher si nous devons invoquer comme cause de cette lésion, une endocardite ancienne ou tout autre altération.

Je vous dirai d'abord que je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une endocardite ancienne. L'affection rhumatismale, qui en aurait été le point de départ, date, non-seulement d'une époque trop éloignée, puisque c'est en 1860 qu'elle s'est manifestée; mais encore cet homme s'est parfaitement rétabli à la suite de son rhumatisme. Je crois donc qu'il est difficile de rattacher la lésion de l'orifice aortique à une endocardite qui serait survenue dans ces conditions. D'ailleurs, les phénomènes accusés par le malade ne remontant pas au-delà de deux à trois ans, j'ai une grande tendance à considérer son affection, comme indépendante du rhumatisme.

Mais outre l'endocardite, il est une autre cause de rétrécissement des orifices du cœur, cause qui agit principalement sur l'aorte et sur l'orifice aortique, c'est l'existence de productions athéromateuses sur la membrane interne qui tapisse les valvules et les parois de certains vaisseaux. Ces athéromes me paraissent exister ici et je suis porté chez ce malade à admettre l'existence d'une dégénérescence athéromateuse de l'orifice aortique, laquelle même se serait prolongée presque dans l'aorte; peut-être même cette lésion se serait-elle tout d'abord développée dans l'aorte. Cette opinion est fondée d'abord sur l'impossibilité de rattacher la lésion au rhumatisme et ensuite parce que le souffle râpeux, rude, que nous observons ici, ne se rencontre que dans le cas où il existe des inégalités énormes qui sont le résultat de ces dépôts calcaires qu'on désigne sous le nom d'athéromes.

Un mot maintenant du pronostic. Actuellement, l'état de ce malade n'est pas grave : il s'est en effet établi, chez lui, ce qu'on voit survenir fréquemment dans la première période des affections du cœur, une compensation. C'est-à-dire que le ventricule gauche s'est hypertrophié en raison de l'obstacle dont il doit triompher pour chasser le sang dans l'aorte; et, grâce à cette compensation, il vient à bout de faire passer le liquide qu'il contient à travers l'orifice rétréci. Aussi cet homme est-il actuellement dans un état assez voisin de la santé. En effet, il n'a ni œdème, ni congestion pulmonaire, ni albumine dans les urines, rien enfin qui indique une stagnation du sang dans le système veineux. Donc, quoique gênée, la circulation se fait encore d'une manière régulière : tout se borne chez lui à des palpitations et à de la dyspnée qui sont la conséquence de l'hypertrophie du cœur. Il n'y aucun signe d'asystolie.

Combien de temps cet état persistera-t-il? Tant que la compensation ne sera pas rompue, tant que le cœur se contractera avec assez d'énergie pour vaincre l'obstacle qui s'oppose au passage du sang. Mais un moment viendra où, par suite de l'accroissement de la lésion valvulaire ou de la fatigue du cœur, la compensation deviendra insuffisante et où la dilatation l'emportera sur l'hypertrophie. Il y aura alors dégénérescence graisseuse des fibres cardiaques, à la place d'un cœur qui se contracte énergiquement, nous ne trouvons plus qu'un muscle cardiaque mou, flasque, insuffisant. C'est alors que nous verrons survenir cet ensemble de symptômes qui caractérisent l'asystolie. Si donc le pronostic n'est pas grave actuellement, il le deviendra fatalement dans un temps plus ou moins éloigné et que je ne saurais déterminer.

Enfin, ce pronostic emprunte encore une certaine gravité dans l'aptitude, que possèdent les gens affectés de lésion valvulaire du cœur, à contracter sous la moindre influence des congestions pulmonaires qui, en raison de leur état, présentent une gravité exceptionnelle. Ici ce pronostic devient, sous ce rapport, d'autant plus sombre que ce malade paraît être sujet à contracter des bronchites.

Quant au traitement, il se borne simplement à des prescriptions hygiéniques. Malheureusement, cet homme n'est pas dans une situation à pouvoir les suivre rigoureusement. Le traitement des maladies du cœur, à la période que nous observons ici, consiste, en effet, à recommander le repos aux malades; à les empêcher de se fatiguer, à veiller à ce qu'ils se couchent de bonne heure pour se lever très-tard ; enfin, à leur prescrire une alimentation solide. Ces conditions seront assurées pour cet homme, tant qu'il restera à l'hôpital, mais malheureusement, nous ne pourrons le garder indéfiniment dans nos salles.

Néanmoins, il est chez lui une indication que nous pouvons remplir, c'est celle qui consiste à modérer, à régulariser les battements trop énergiques du cœur. A cet effet, nous trouverons dans les diverses préparations de digitale, un médicament extrêmement utile. J'en dirai autant de l'aconit, si la première n'est pas tolérée par le malade.

La préparation que je prescris de préférence dans la pratique hospitalière est la teinture alcoolique de digitale. A la dose journalière de 12, 15, 20 gouttes, elle constitue un excellent médicament. Il en est de même du sirop de digitale à la dose de 15, 20, 25 ou 30 grammes par jour.

Quant aux pilules qui offrent un mode d'administration facile, elles ont l'inconvénient d'exiger un dosage régulier qui n'est guère observé dans les hôpitaux. C'est pourquoi je ne les emploie que le moins souvent possible et que je préfère leur substituer les préparations précédentes.

Tels sont les moyens que nous mettrons en œuvre chez ce malade et à l'aide desquels nous parviendrons momentanément à améliorer sa santé. Mais n'oubliez pas que chez les gens affectés de lésion valvulaire du cœur, ce rétablissement n'est qu'un soulagement plus ou moins durable, mais jamais la guérison complète.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. PAUL TOPINARD.

Des métis humains.

I

Messieurs, je terminerai aujourd'hui l'étude des caractères physiologiques de l'homme et des races humaines, par celle

des croisements. C'est la dernière question que soulève l'étude des fonctions de reproduction, et certainement l'une des plus délicates et des plus fécondes en applications d'une haute portée philosophique.

On désigne, sous le nom de croisement, en histoire naturelle, l'union de deux individus appartenant à des groupes zoologiques différents. Les produits s'appellent, d'une manière générale, des *hybrides*, et dans certains cas des *métis*. La différence, entre ces deux mots, touche précisément à ces points délicats que je viens de vous annoncer.

Le mot hybride est employé, par les naturalistes de la vieille école classique, pour indiquer les produits entre espèces ; et celui de métis, pour indiquer les produits entre variétés, c'est-à-dire entre divisions de l'espèce. Par conséquent, lorsqu'ils évitent le mot de hybride pour désigner le résultat des croisements entre races humaines, et se servent exclusivement de celui de métis, ils tranchent l'une des questions les plus controversées du jour, et déclarent qu'il n'y a qu'une espèce humaine et que toutes les races, quelle que soit leur distance anthropologique, ne sont que des variétés.

Quant aux naturalistes de la nouvelle école, il leur est parfaitement indifférent qu'on emploie telle ou telle expression, ils ne sont pas convaincus de la légitimité de distinctions infranchissables entre genres, espèces et variétés, et s'ils se servent habituellement du mot de métis, c'est pour se conformer à un vieil usage.

Pour ma part, vous m'entendrez appliquer ce mot à l'homme dans le même esprit, sans que cela préjuge, en quoi que ce soit, du jugement que j'aurai à porter plus tard sur la qualité d'espèce ou de variété à donner aux races humaines les plus dissemblables.

Le premier point à traiter ce sont les catégories de métis pouvant se produire. Les principales entre blanc et nègre sont indiquées sur ce tableau.

Métis de 1er sang (ou mulâtre)	Blanc 1/2 +	Nègre 1/2
— 2e sang. . .	B 3/4 + N 1/4	B 1/4 + N 3/4
— 3e sang. . .	B 7/8 + N 1/8	B 1/8 + N 7/8
— 4e sang. . .	B 15/16 + N 1/16	B 1/16 + N 15/16
— 5e sang. . .	B 31/32 + N 1/32	B 1/32 + N 31/32
	Retour vers le blanc	Retour vers le nègre

Étant donné le premier métis, le plus simple, le mulâtre, vous voyez ce qu'il advient par des croisements successifs, se rapprochant de plus en plus de l'une ou de l'autre race mère. B indique le blanc, N le nègre, et les fractions la quantité de sang de l'un et de l'autre dont se compose chaque sorte de métis.

Lorsque deux individus de races anthropologiques éloignées s'unissent, leur union est stérile ou fertile. Est-elle fertile, les produits en sont appelés des *métis de premier sang;* tel est le mulâtre, composé moitié de blanc et moitié de nègre. Ces métis viennent-ils à s'allier entre eux avec succès, leurs descendants conservent le même nom ; ce seront indéfiniment des métis de premier sang.

Mais s'ils se croisent avec des individus de l'une ou de l'autre race mère, les enfants prendront un autre nom; ce seront *des métis de second sang,* eux et leurs descendants, aussi longtemps qu'ils ne se mêleront pas avec d'autres catégories de métis. Dans les cas du mulâtre avec le blanc, ce seront des quarterons et ils auront 1/4 de sang nègre et 3/4 de sang blanc, ainsi que le montre ce tableau.

Que l'un de ces métis de second sang s'unisse avec un sujet de race blanche, la dilution s'étendra encore, les produits seront des *métis de troisième sang* contenant 1/8 de nègre et 7/8 de blanc. Et ainsi de suite. Mais à un dernier croisement de ceux-ci avec le blanc, donnant naissance à des *métis de cinquième sang*, il est admis, aux États-Unis même, que le retour au blanc est complet, quoiqu'ils renferment encore 1/32 de nègre qui peut se faire jour, mais exceptionnellement.

On désigne aussi les métis de premier sang sous le nom de *demi-sang*, ceux de second sang sous celui de *quart de sang*, etc. Toutes ces étapes du mulâtre au blanc ou du mulâtre au nègre portent enfin la dénomination collective de *croisements* ou de *métis de retour.* En laissant de côté le mulâtre, qui est au point de départ, et le cinquième métis, cela fait donc trois étapes ou degrés dans chaque sens. Total donc, en comptant le mulâtre : sept espèces de métis auxquels on applique des noms différents, suivant les pays et suivant les races qui leur ont donné naissance.

Mais ce n'est pas tout, ces catégories se croisent entre elles et engendrent des combinaisons nouvelles. Il y a des contrées, comme l'Amérique du Sud, où plusieurs races très-différentes sont en présence. Qu'on juge alors des variétés infinies et inextricables que le métissage produit et qui peuvent donner lieu, suivant les localités, à des groupes sociaux distincts avec lesquels il faut souvent compter. De là ces nombreuses dénominations locales pour les désigner et que je n'essaierai pas de vous apprendre.

Au Mexique, où il y a trois races : les Européens, les Indiens et les Nègres, le nombre de ces dénominations est de onze. Au Pérou, il s'élève à vingt-trois.

Quant à nous ici deux termes généraux nous suffiront ; les métis de premier sang, ou de demi-sang, ou *directs*, et les métis de retour ou *collatéraux*. Toutes les questions à examiner tournent autour de ces deux sortes : dans quelle mesure ces deux genres de métis sont-ils féconds ou stériles?

M. Broca, considérant d'une manière générale et en naturaliste la quantité d'affinité des deux agents immédiats de l'hybridité, l'ovule chez la femelle et la liqueur fécondante chez le mâle, a établi six degrés dans la fonction génésique. Ils sont figurés dans ce tableau :

Hétérogénésie.		
Homéogénésie	Abortive	pas de postérité.
	Agénésique	
	Dysgénésique	
	Paragénésique	postérité.
	Eugénésique	

Au premier degré ou hétérogénésie, il y a incompatibilité absolue entre les deux sujets ou les deux groupes zoologiques.

Au deuxième degré ou homéogénésie abortive, il y a fécondation, mais le produit n'arrive pas à terme.

Au troisième degré ou agénésie, il naît des hybrides mais absolument inféconds, Exemple, chez les animaux : le mulet.

Au quatrième degré, ou dysgénésie, ces hybrides, ou métis de demi-sang, sont stériles entre eux, mais ils sont féconds avec des individus de l'une ou de l'autre race mère. Des métis de second sang prennent ainsi naissance, mais stériles.

Au cinquième degré, les métis de demi-sang ou de premier sang sont encore stériles, mais les métis de second sang sont féconds. C'est la paragénésie ou hybridité collatérale, ou fécondité par retour.

Au sixième ou dernier degré, les métis de premier sang, aussi bien que ceux de second sang, sont parfaitement féconds. C'est l'eugénésie ou hybridité directe.

Les trois derniers degrés intéressent seuls l'anthropologie. Mais, entre le quatrième ou dysgénésie et les deux derniers, il y a un abîme. Dans la dysgénésie, la fertilité est passagère et

n'aboutit à rien; une race nouvelle ne peut en sortir d'aucune façon. Dans la paragénésie et dans l'eugénésie, la fertilité est facile ou difficile; elle existe par les croisements de retour seulement, ou par les premier sang en même temps; mais, en définitive, elle peut toujours, les circon stances aidant, donner lieu à une race nouvelle.

La question que j'ai à examiner avec vous se pose donc en ces termes :

Plus ou moins facilement, tout croisement entre races humaines peut-il toujours donner naissance à une race intermédiaire permanente? Je réponds d'avance; Oui. Le suivant en est la corollaire : cette aptitude physiologique est-elle égale pour toutes les races, ou varie-t-elle d'intensité? Elle varie. C'est ce que je vais vous démontrer, mais je serai forcé d'être bref; ces deux propositions, du reste, ne souffrent pas l'ombre d'un doute dans mon opinion.

Parmi les races blanches, personne ne conteste l'étendue que prennent les croisements. M. Broca, dans son « Mémoire sur l'Abyssinie », dit qu'on reconnaît une race croisée à l'irrégularité de la transmission de ses caractères et de leur association dans la même famille ou chez le même individu. Eh bien, c'est là que nous en sommes presque tous : une taille petite et des cheveux blonds sont des caractères de race contradictoires dans l'Europe occidentale. Des cheveux noirs et des yeux bleus également. Un nez aquilin, dans une famille dont les membres ont le nez large et aplati du Celte, est dans le même cas. Toutes nos statistiques sur la forme du crâne, sur la couleur des cheveux ou sur la taille, en Europe, aboutissent à la même conclusion; dans toutes, on rencontre des écarts ou des oppositions de caractères, qui dépassent les variations individuelles possibles et ne s'expliquent que par le mélange et le croisement des races. Dans la France, prise à part, M. Broca constate que la population s'est accrue depuis notre Révolution de 89, malgré les guerres qui l'ont décimée, parce que les races jusque là séparées, se sont rapprochées et croisées. Les États-Unis sont un autre exemple de la facilité des croisements entre races blanches. Les Européens s'y amalgament de toutes les façons et commencent à y former une race uniforme.

Parmi les races jaunes les croisements s'opèrent entre tout es leurs divisions. Par exemple, les Chinois avec les Annamites, dont les métis sont appelés en Indo-Chine *Minuongs*. Les uns et les autres avec les Malais; les Chinois, les Malais, les Polynésiens et tous leurs dérivés entre eux. « La fusion des races s'opère avec une merveilleuse facilité en Malaisie », dit l'amiral Jurien de la Gravière. Il n'y a qu'une voix contre, celle d'un missionnaire du Cambodge, que personne n'est venu confirmer. Je ne saurais oublier les Esquimaux à l'ouest du cap Bathurst et de la baie d'Hudson, qui se sont si bien croisés avec les Peaux-Rouges, que dans leurs caractères physiques, on ne distingue plus ni l'Esquimau ni le Peau-Rouge.

Parmi les Nègres d'Afrique, c'est le même phénomène. Les deux groupes de races qui s'y disputent l'existence se sont croisés partout où ils sont au contact : le Cafre grand et beau, avec le Nègre petit et laid, dont le Boshiman est la plus haute expression.

EMPOISONNEMENT PAR LE VITRIOL BLANC.

Par M. H. Lutier, médecin de la maison centrale de Clairvaux.

Le jeudi, 12 avril 1877, de huit heures du matin à midi, on amenait, à l'infirmerie de la maison centrale, soixante détenus. Ces malades racontaient qu'ils avaient éprouvé, vers le milieu de la nuit, de violentes coliques sans garde-robe, et de grands maux d'estomac et de tête.

Voici ce que l'on constatait, le jeudi 12, à leur entrée à l'hôpital :

Maux de tête très-intenses, faiblesse générale telle que beaucoup avaient été portés à l'infirmerie et ne pouvaient se tenir debout. Tous accusaient une cardialgie poignante, mais trois ou quatre seulement eurent des vomissements de matière bilieuse. Tous éprouvaient de vives coliques, presque continuelles, mais les selles étaient très-rares; les matières fécales étaient semi-dures, jaunâtres; on y retrouvait des débris des aliments du mercredi : haricots, morceaux de viande, etc... Chez quelques-uns, il y avait du ténesme rectal. Les urines étaient assez abondantes et normales, sans albumine. La langue humide, même chez les plus malades, était légèrement blanchâtre; les gencives, un peu boursouflées, étaient rouges sur leur bord libre. Le pouls, ample, était de cent pulsations et cent-vingt chez les plus souffrants. Chez la plupart il y avait des tremblements des membres et des crampes très-douloureuses; la plus légère pression augmentait et ces douleurs des membres et les douleurs abdominales.

Ces accidents survenus brusquement chez un si grand nombre de détenus, nous firent penser à un empoisonnement : aucun de ces malades ne semblait en danger de mort. Le traitement institué tout de suite consista en lavements, soit simples, soit laudanisés, infusion de thé, etc.. etc.

Dès le jeudi soir, nous pûmes renvoyer un certain nombre de ces malades; mais une vingtaine de détenus, qui étaient employés aux travaux extérieurs, furent admis, le jeudi soir, à l'infirmerie avec les mêmes accidents, accidents survenus dans la soirée, c'est-à-dire environ douze heures plus tard que chez les ouvriers de l'intérieur de la maison centrale; nous verrons plus loin la cause de ce fait. Soixante-quatre malades couchèrent donc le jeudi soir à l'infirmerie : chez les premiers, les lavements laudanisés avaient bien diminué les coliques, mais il était survenu une diarrhée très-fréquente et très-abondante : quinze à vingt selles dans la soirée et la nuit; ces selles étaient bilieuses et ne contenaient pas de sang. Le vendredi 13, bismuth et laudanum; les accidents s'amendèrent assez vite sous l'influence de ce traitement, et le 18, presque tous nos malades avaient repris leurs travaux : la diarrhée n'avait pas persisté plus de un ou deux jours, mais la faiblesse générale persistait davantage.

Il fut assez facile de se rendre compte que le point de départ de ces accidents résidait dans le lait. En effet, on distribue tous les jours à la cantine cinq cents rations de lait, chaque ration se composant d'un demi-litre; or, comme il y a à la maison centrale deux mille deux cents détenus, on ne peut donner tous les jours du lait à tous les hommes; on forme donc des séries : tel atelier a le lait tel jour; tel autre atelier, tel autre jour. Le mercredi, 11 juin, le lait avait été distribué aux ouvriers et des lits en fer et du quartier d'amendement; or, tous nos malades appartenaient à ces deux catégories; dans les autres ateliers, au nombre de quatorze, pas un seul malade, sauf cependant deux exceptions qui devenaient de nouvelles preuves; en effet, deux contre-maîtres détenus de l'atelier des boutons en nacre, avaient eu exceptionellement du lait, et tous deux furent atteints.

Le lait fourni par différents fermiers est apporté, à la maison centrale, dans des baquets en bois, vers sept heures du matin; il est délivré aux détenus à neuf heures. Les premiers accidents ne se sont produits que dans la nuit, c'est-à-dire environ quinze heures après l'ingestion du lait. Chez nos vingt prisonniers qui ne sont entrés à l'hôpital que le jeudi soir, il y a eu le même intervalle de temps entre l'absorption du lait et les premières souffrances; ces détenus, employés aux travaux extérieurs, ne reçoivent leur ration de lait qu'à leur retour des chantiers, c'est-à-dire le soir vers huit heures; ils avaient donc avalé leur lait douze heures plus tard, et les accidents apparurent douze heures plus tard que chez les premiers.

Nous noterons ici que tous les détenus qui avaient pris du lait furent tous malades, coliques, constipation d'abord, puis diarrhée, etc., etc., mais plus ou moins légèrement; leur état n'a né-

cessité ni admission à l'infirmerie, ni traitement. A l'atelier des lits en fer, quelques détenus se sont imaginé d'instituer le traitement suivant : un verre d'urine avalé chaud et en un seul coup. Ils pensaient que le lait provenait de vaches qui avaient fraîchement vêlé, et il paraît que ce remède est souverain contre cette sorte d'empoisonnement.

Que contenait ce lait? Nous étions à peu près sûr qu'il n'avait pas été altéré au dehors de la maison centrale par les fournisseurs. En effet, dès l'arrivée du lait, on porte de suite à l'infirmerie la quantité nécessaire pour le service des malades, environ vingt litres; or, aucun de nos malades, et quelques-uns cependant sont exclusivement au régimé lacté, aucun, dis-je, ne fut indisposé.

On avait donc introduit dans le lait (livré à sept heures par les fournisseurs), avant la distribution aux détenus à neuf heures, une substance toxique.

Nous pûmes nous procurer du lait de cette distribution sous deux états différents : environ un demi-litre à l'état liquide, un détenu n'ayant pas touché à sa ration; puis une petite quantité de ce lait du mercredi à l'état coagulé. On avait versé dans une coquille un demi-litre de lait pour deux chats, ces deux chats avaient avalé à peu près toute la portion; il n'était resté qu'un peu de lait au fond de la coquille et ce lait s'y était coagulé. De ces deux chats l'un mourut le jeudi, l'autre fut on ne peut plus mal, diarrhée, vomissements, frissons.

Ce lait (sous ces deux états) fut analysé par M. Boyer, pharmacien de la maison centrale, qui y reconnut la présence d'un sel de zinc (sulfate de zinc). Mais, jugeant le fait assez grave, M. le directeur envoya, sur ma demande, à M. le ministre de l'intérieur, et la coquille et le lait liquide, pour y être soumis à une nouvelle analyse. M. Dol, pharmacien de la maison centrale de Melun, fut chargé de cette contre-expertise. Le rapport très-clair et très-détaillé de ce chimiste, conclut également à la présence d'un sel de zinc. Ce sel était du sulfate de zinc, mais du sulfate de commerce impur (vitriol blanc).

Or, dans l'atelier des cadres, situé justement près de l'endroit où se fait la livraison du lait, on a en quantité de ce sulfate de zinc. On mêle ce sel de zinc à une colle faite de colle forte et de morceaux de peaux de lapins; puis on fait fondre cette masse gélatineuse avec du blanc de Montereau, et l'on obtient ainsi une pâte blanche que l'on étend sur les cadres avant de les dorer. L'emploi de ce sel de zinc est donc journalier : l'entrepreneur en fait venir 500 kilos à la fois, et l'un des cent-dix détenus employés à cet atelier a pu facilement s'en procurer; comme cet atelier n'était pas compris dans la distribution du lait ce mercredi, évidemment le détenu a cru faire une bonne plaisanterie sans risquer, lui et ses camarades d'atelier, d'en ressentir les inconvénients.

Mais aucune de ces analyses ne nous donnait de renseignements sur la dose absorbée par chaque homme.

Dans l'intention de combler cette lacune, voici les expériences que j'ai entreprises. Deux chats, avons-nous dit, avaient avalé un demi-litre de ce lait à eux deux; l'un était mort, l'autre avait été mourant. Je pris donc un chat auquel je fis prendre, dans 250 grammes de lait, des doses de sulfate de zinc de plus en plus fortes, jusqu'à intoxication assez sérieuse. Je commençai par 5 centigrammes, et ce ne fut qu'avec 1 gramme de ce sulfate du commerce que j'obtins des accidents graves. Bien entendu, entre chaque administration d'une nouvelle dose, je laissais un intervalle assez grand.

Je crois donc pouvoir estimer approximativement à 2 grammes de sulfate de zinc du commerce, la quantité de ce sel contenue dans le demi-litre de lait distribué aux deux chats, et, par suite, dans chaque ration des détenus. Or, comme il y avait cinq cents rations de lait, on aurait donc mis, dans le baquet contenant ce lait, 1 kilogramme de sel de zinc.

Dans ces proportions, le sulfate de zinc se dissout facilement, il ne donne pas au lait un goût bien particulier, car, d'une part, tous nos chats l'ont très-bien avalé, et, d'autre part, nos détenus n'ont rien remarqué de particulier en l'ingurgitant.

Enfin, nous avons vu que, s'il ne produit pas la mort, il cause de réels accidents.

Mélangé à des substances alimentaires d'une autre nature, le sulfate de zinc du commerce pourrait-il amener un empoisonnement mortel? Je crois qu'il est permis de répondre affirmativement. En effet, si, d'après Orfila, le lait jouit de la propriété de se combiner avec ce sel et de former un composé insoluble à peine vénéneux; les faits précédents démontrent qu'à la dose de 4 grammes par litre de lait, ce mélange est assez vénéneux; dans un autre liquide, à cette même dose, peut-être aurions-nous eu des morts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juillet 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Atrophie cutanée avec lésions trophiques consécutives à une paralysie d'origine périphérique. — M. VIDAL rapporte l'observation d'une femme de vingt-six ans qui, jusqu'à l'âge de huit ans, ne présenta rien d'anormal. A cet âge, débutèrent les accidents constatés aujourd'hui. Ces accidents ont été précédés d'une maladie fébrile qui a duré quinze jours au moins; puis les deux bras,et surtout le bras droit, restèrent très-affaiblis et presque paralysés. La jambe droite était plus faible que la gauche, il y avait un peu de rétraction des doigts de la main gauche, on lui fit même appliquer un petit appareil destiné à redresser le doigt annulaire gauche.

Aujourd'hui, on constate les phénomènes suivants : sur le bras droit, on voit des bandes de peau atrophiée, d'une teinte jaunâtre, contrastant avec la peau voisine restée saine : les plus étendues sont à la région du coude et à la région cubitale, au niveau des fléchisseurs des doigts.

Sur la face dorsale de la main, vers le cinquième métacarpien dans la région innervée par le nerf cubital, la peau atrophiée, d'une pigmentation jaune, d'une couleur analogue à celle de la peau desséchée d'un cadavre, est aussi mince qu'une feuille de parchemin. Elle laisse voir les veines beaucoup plus apparentes que sous la peau; très-mobile sur les tissus sous-jacents, elle est facile à pincer, le pli est mince comme celui d'une peau de gant. Outre l'altération de la peau, on remarque l'arrêt de développement du cinquième doigt, de l'annulaire et de l'index. Ces doigts, gros comme ceux d'un enfant de dix ans, contrastent par leur petitesse avec le volume normal du pouce et de l'index. Les ongles de ces doigts atrophiés sont régulièrement développés.

Sur la jambe droite, on voit une large bande de peau atrophiée et pigmentée, descendant en dedans, sur la région du muscle jumeau interne, depuis le creux poplité jusqu'à la partie inférieure du mollet. Les orteils sont normaux. Le membre inférieur gauche est sain. De ce côté l'atrophie porte presque exclusivement sur la main et les parties innervées par le nerf cubital, principalement sur la peau de la face dorsale de la main, au niveau des quatrième et cinquième métacarpiens, et jusque sur la racine du doigt annulaire, à la hauteur de la moitié de la première phalange. Le cinquième doigt et l'annulaire présentent un arrêt de développement; l'annulaire, un peu rétracté en griffe, ne peut s'étendre complétement. Il n'y a pas d'atrophie apparente des muscles dans les parties envahies : les membres droits sont plus faibles que les gauches. Enfin, sur tous les points où la peau est atrophiée, les divers modes de sensibilité sont conservés; il y a à peine un peu d'analgésie : les deux pointes d'un compas de Weber sont perçues à 1 centimètre et demi d'étendue.

Des altérations du myocarde accompagnant l'asthénie cardiaque. — M. RENAUT fait une communication sur ce sujet. Il a constaté sur des coupes de myocarde d'asystoliques convenablement préparées, des faisceaux primitifs dont les cellules musculaires sont séparées les unes des autres par de larges traits transversaux, et ont cessé, par conséquent, d'être soudées entre elles. On conçoit l'importance d'une pareille lésion, relativement à la con-

traction musculaire cardiaque. Il est des cas où cette lésion existe seule; d'autres fois elle existe concomitamment avec la dégénération graisseuse de la substance musculaire cardiaque. C'est, dans ces cas, l'inflammation interstitielle aiguë et chronique qui furent la condition principale de la production de la dégénérescence graisseuse du cœur.

Galactorrhée. — M. DE SYNETY rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans qui a eu trois grossesses terminées par trois accouchements à terme, et qui, à la suite de chacune de ces grossesses, a présenté une abondante production de lait. Elle a pu nourrir pendant trois ans après ses deux premières couches; après sa troisième, elle n'a pas nourri son enfant, mais dix-huit mois après, elle avait une sécrétion lactée encore très-abondante. Cette femme était pâle, amaigrie. L'examen du lait montrait qu'il était très-épais et plus riche en substances grasses que ne l'est habituellement le lait de femme. L'examen microscopique montrait, en effet, qu'il était très-riche en globules de graisse, en cholestérine, etc.

M. de Synety a examiné chez cette femme l'état des urines, et a pu constater qu'elles ne contenaient pas de sucre, ce qui vient à l'appui de ce fait qu'il a déjà démontré que, chez les nourrices, le sucre n'apparaît dans les urines que lorsque la lactation est brusquement supprimée et que le séjour du lait dans la mamelle ne suffit pas pour déterminer la glycosurie.

De l'évolution dans le sens de la vue. — M. JAVAL s'élève contre les théories soutenues par le docteur Hugo Magnus dans un travail sur le développement historique du sens de la couleur. Au lieu d'admettre, comme cet auteur, qu'au début la couleur a été une, consistant entre le noir et le blanc, ne pourrait-on pas admettre, au contraire, que l'œil tend à atténuer les couleurs dont les rayons peuvent se confondre avec les rayons d'une couleur voisine. Quant aux preuves, tirées de l'histoire par M. Magnus, à savoir que la notion du vert n'existait pas, du temps d'Homère, parce qu'il n'en est pas fait mention dans l'*Iliade*, dans l'*Odyssée*, cela ne prouve absolument rien. En effet, M. Javal a relu toutes les fables de Lafontaine, et n'y a pas trouvé une seule fois le mot bleu. En conclura-t-on que la notion du bleu n'existait pas au dix-septième siècle?

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 21 juillet 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. CHARCOT présente : 1° au nom de M. Seguin (de New-York), un travail sur la myélite des cornes antérieures; 2° en son propre nom, les leçons qu'il a faites, à la Faculté, sur les maladies du foie et des reins; et les leçons qu'il a faites, à la Salpêtrière, sur les maladies du système nerveux.

COMMUNICATIONS

Du bromure de zinc. — M. BOCHEFONTAINE a fait une série d'expériences avec le bromure de zinc et est arrivé à cette conclusion que l'action physiologique de cette substance est la même que celle du bromure de potassium.

MM. GALIPPE, MAGNAN et CHARCOT, qui ont expérimenté cliniquement le bromure de zinc sont arrivés à la même conclusion.

Anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire. — M. CHARCOT fait connaître à la Société les résultats de ses recherches sur cette question, qui a été l'un des objets de son cours à la Faculté. Il a surtout eu pour but l'étude de cette forme de la phthisie pulmonaire qu'on désigne sous le nom de pneumonie caséeuse. Cliniquement, cette affection se traduit par les symptômes de la pneumonie vulgaire, puis, après un temps qui varie de deux semaines à trois ou quatre mois, elle se termine par la mort. Laennec avait reconnu qu'elle était caractérisée anatomiquement par des masses tuberculeuses, jaunâtres ou grisâtres, de formes variées, mais présentant toujours l'aspect du tubercule et en avait conclu que cette maladie devait être considérée comme une forme de la phthisie.

Renhart et Virchow, renversant la doctrine de Laennec, déclarèrent qu'il s'agissait là d'une pneumonie particulière, différant de la pneumonie vulgaire, en ce qu'au lieu de se terminer par résolution, elle aboutissait à une sorte de dégénération caséeuse qui avait pour résultat de faire tomber le poumon en *deliquium*; de tubercules, il n'en était plus question. Qu'est-ce donc pour Virchow que le tubercule? c'est un nodule d'une organisation particulière qu'il désigne sous le nom de granulation grise; tout ce qui n'est pas cela n'est pas pour lui du tubercule et la pneumonie caséeuse est tout autre chose.

Or, M. Charcot a entrepris l'étude la plus attentive de ces cas de pneumonie caséeuse ou de phthisie aiguë; il en a étudié l'anatomie pathologique à l'aide d'un grand nombre de préparations. Voici la méthode qu'il a suivie dans ces recherches : ses collègues des hôpitaux, prévenus qu'il s'occupait de cette question, lui envoyèrent un grand nombre de pièces; il commençait par prendre un dessin de la pièce examinée, à l'œil nu; il l'examinait ensuite à la loupe, puis au microscope, d'abord à un faible grossissement, puis à un fort grossissement. Il a étudié ainsi le tubercule, non seulement à l'état simple, mais avec ce qu'il appelle ses attributs de luxe, de telle sorte qu'il n'est plus possible aux histologistes les plus exigents, en fait de tubercule, de ne pas le reconnaître dans ces pièces provenant de pneumonies caséeuses.

Prenant d'abord le tubercule simple ou élémentaire, M. Charcot démontre qu'il est constitué par une agglomération de plusieurs petites masses blanches. Chacune de ces petites masses blanchâtres est ainsi constituée : au centre se trouve un élément cellulaire, une masse de protoplasme avec un noyau; — c'est la cellule géante. Autour, existe une première zone qu'on appelle zone médiane ou des grandes cellules. A la périphérie, c'est un amas de petits éléments cellulaires qui constitue la zone des petites cellules ou cellules embryonnaires. Dans cette masse ainsi constituée, il n'y a pas de vaisseaux; le sang ne pénètre pas la substance du tubercule. Cette masse, de blanchâtre, qu'elle est d'abord, devient jaunâtre, et c'est toujours au centre qu'apparaît d'abord cette coloration jaunâtre qui indique la dégénération caséeuse du tubercule.

M. Charcot étudie ensuite le tubercule agrégé, tel qu'on le rencontre dans la langue, par exemple. Cet organe, comme on sait, est constitué par une série de petits muscles entourés d'aponévrose. Le tubercule s'installe dans ces muscles, s'y infiltre de façon à ne former avec eux qu'une même masse. C'est encore au centre, dans ces cas, que commence la dégénération caséeuse. Plusieurs tubercules se réunissent en nombre variable et se trouvent entourés d'une zone commune; lorsque la dégénération caséeuse les envahit, c'est toujours celui qui est au milieu qui en est le premier atteint. Les tubercules sont ainsi agglomérés dans le poumon.

Prenant ensuite la granulation grise, le tubercule de Virchow, M. Charcot examine la façon dont elle est constituée; il est, sur ce point, absolument d'accord avec Virchow : c'est, en effet, suivant lui une masse très-complexe, dont le premier caractère est d'être installée dans la trame même du poumon et d'être constituée par une agglomération de tubercules élémentaires. C'est une véritable infiltration; en traitant ces poumons par la soude, il ne reste que la trame élastique. Tous les anatomo-pathologistes sont d'acord sur la constitution de cette forme de tubercule; il reste à démontrer que la pneumonie caséeuse est caractérisée par les mêmes lésions et que ces lésions sont, de même que celles décrites par Virchow sous le nom de granulations grises, de nature tuberculeuse. M. Charcot rappelle que MM. Thaon, Grancher et Renaut, en France, et M. Wilson, en Angleterre, ont déjà indiqué ce fait; mais M. Charcot pense qu'il faut l'établir d'une façon définitive et en faire une doctrine officielle, en quelque sorte. La pneumonie caséeuse, dit-il, est tuberculeuse au premier chef; telle est la proposition qu'il faut désormais considérer comme une des vérités scientifiques les mieux établies.

M. Charcot a procédé, dans ses recherches, de la façon suivante : il a commencé par étudier dans les pièces qui lui étaient envoyées, les parties les moins altérées; il étudiait ainsi chacune de ces pièces, à l'œil nu, puis à la loupe, puis au microscope à faible et à fort grossissement.

Voici ce qu'on voit sur la coupe d'un lobule pulmonaire : ce qui frappe tout d'abord l'attention, ce sont deux orifices ou lumières, toujours accolés l'un à l'autre, l'un plus grand que l'autre, c'est une bronche et un vaisseau; c'est toujours autour de la bronche que se concentrent les lésions; celles-ci forment des îlots autour de la bronche. Chaque îlot est divisé en deux parties bien nettes, une partie centrale, jaunâtre, une partie périphérique blanchâtre ou jaunâtre, uniforme et transparente; tout cela est rempli de matière caséeuse de l'îlot. Autour est une zone, qu'on peut appeler zone riveraine (zone embryonnaire de Grancher), qui se colore en rose. De loin en loin, sur cette zone, on aperçoit de petites masses (cellules géantes) formant comme une sorte d'avant-garde. Qu'est-ce que tout cela? Une grande agglomération tuberculeuse, dont la partie centrale a subi la dégénérescence caséeuse.

Si l'on examine de la même façon les points les plus altérés, les îlots qui, tout à l'heure, étaient à une certaine distance les uns des autres, séparés par une certaine étendue de mer, pour ainsi dire, sont maintenant accolés les uns aux autres et finissent par ne plus former qu'une masse jaunâtre.

Ces lésions tuberculeuses de la pneumonie caséeuse sont passées inaperçues parce qu'elles étaient, pour ainsi dire, trop nombreuses et qu'on était imbu de cette idée, soutenue par Virchow, que le tubercule ne dépassait pas le nodule décrit par le savant étranger. En résumé, la pneumonie caséeuse est donc une pneumonie tuberculeuse par excellence. Ceux qui ont précédé M. Charcot dans cette étude, MM. Thaon, Grancher et Renaut, l'ont bien vu, mais ils ont fait, en quelque sorte, encore certaines concessions à la pneumonie caséeuse, telle qu'on l'admettait suivant l'opinion de Virchow. M. Charcot se sépare radicalement de cette opinion, il rompt avec le passé et considère la pneumonie caséeuse comme une illusion. Suivant lui, cette maladie n'existe pas, et il faut revenir aux idées de Laennec, en leur faisant subir les modifications que lui imposent les progrès de la science.

M. MALASSEZ fait observer que ce qu'a décrit M. Charcot comme étant le tubercule élémentaire, n'est déjà plus le tubercule élémentaire et comprend déjà des éléments de luxe. Si, par exemple, on imprègne un épiploon tuberculeux d'une solution d'argent, on voit, outre les grandes cellules endothéliales de l'épiploon, une série d'éléments embryonnaires formant de petites tumeurs allongées, ovoïdes; ce ne sont pas encore là les cellules géantes dont a parlé M. Charcot; le tubercule élémentaire est donc encore moins compliqué que ne l'a dit M. Charcot. Quant à ces lésions que l'on trouve sur la zone périphérique et qu'il a désignées sous le nom d'avant-garde, elles se trouvent également dans d'autres affections que la tuberculose; on les rencontre, par exemple, dans certaines tumeurs, en particulier dans le fibro-sarcome, sans qu'il y ait de tubercules dans aucun des organes voisins.

M. CHARCOT a choisi le tubercule avec ses éléments de luxe afin que précisément les histologistes les plus difficiles et les plus exigents en fait de tubercules fussent bien convaincus de la nature tuberculeuse de la pneumonie caséeuse.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil municipal de Paris, dans sa séance du 14 juillet 1877, a voté : 1° un crédit de 9,049 francs à affecter à des travaux d'amélioration à l'hospice des Incurables; 2° un crédit de 12,000 francs, pour l'allocation de subventions aux bibliothèques médicales des hôpitaux de Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine, et à celles des hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre et d'Ivry.

Il a, en outre, formulé un vœu tendant à obtenir de l'administration de l'Assistance publique l'appropriation de locaux convenables pour l'installation des bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices, et étudier l'organisation des bibliothèques pour les malades.

— *École de pharmacie de Paris.* — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est autorisé à accepter, au nom de l'État, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de 1,000 francs, en 3 pour 100, exempte de tous frais, fait par M. Gobley à l'école supérieure de pharmacie de Paris.

Ladite rente sera affectée à la fondation d'un prix de 2,000 francs, qui sera décerné tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail, soit sur un sujet proposé par l'école, soit sur un sujet quelconque se rattachant aux sciences pharmacologiques.

— M. Chalot, docteur en médecine, est institué chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le docteur Dublanchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être victime de son dévouement en soignant un jeune enfant atteint du croup. En moins de deux jours, il a été enlevé à l'affection de sa famille, au moment où il allait recueillir le fruit d'une jeunesse studieuse et modeste, par la publication de deux ouvrages, produits de dix années d'études sérieuses, de longues et patientes observations, dont il avait réuni les matériaux pendant son internat. De nombreux amis et confrères se pressaient derrière son cercueil, se rappelant ses efforts persévérants, son jugement ferme et sûr, qui lui avaient attiré l'attention et l'estime de ses maîtres, et en avaient fait un des élèves distingués de l'école de médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0,310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain..... 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Produits à l'acide phénique

DU DOCTEUR DÉCLAT

Sirops et injections sous-cutanées d'ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*), de PHÉNATE D'AMMONIAQUE, de SULFO-PHÉNIQUE, D'ACIDE PHÉNIQUE et GLYCO-PHÉNIQUE, 6, av. Victoria.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISMES.

Salicylate de Lithine

chimiquement pur de FREYSSINGE, *pharmacien, à Paris.*

ÉLIXIR. Chaque cuillerée à soupe représente 1 gr. de sel.

PILULES. Chaque pilule représente 0,20 centigr. de sel.

Doses : De 1 à 6 grammes de salicylate selon les cas.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

REMÈDE DU

Dr Ate Lacôte. Anti-goutteux

A L'IODURE DE LITHIUM FERRUGINEUX.

— Spécifique de la goutte, du rhumatisme et de la gravelle. — Flacon, 10 fr.; demi-flacon, 5 fr. — Dépôt central, maison Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple. — Détail toutes les pharmacies.

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*
AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

N° 86. — JEUDI 26 JUILLET 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 26 JUILLET 1877. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une lecture fort intéressante de M. Édouard Fournié, une analyse très-délicate, physiologico-psychologique, des conditions de formation du langage, conduisant à la négation des théories localisatrices, on en est revenu à l'enquête ouverte sur l'emploi des salicylates, spécialement dans le rhumatisme aigu.

C'est aux Allemands que revient l'honneur de cette application thérapeutique, il faut le proclamer d'autant plus haut que la science allemande s'attribue assez souvent les découvertes de savants français, pour qu'on se fasse, parmi nous, un point d'honneur de ne pas paraître imiter un tel exemple.

A l'étranger, les observations ont succédé aux observations, les statistiques aux statistiques : les faits se sont accumulés et se comptent aujourd'hui par milliers. La loi d'après laquelle le rhumatisme aigu devrait constamment céder, en trois jours, à des doses suffisantes d'acide salicylique, a été formulée par un allemand, Stricker, à ce que rapporte M. Jaccoud.

Mais, déjà ancienne au-delà du Rhin et de la Manche, cette médication est, en France, presque nouvelle.

M. Guéneau de Mussy, dont l'expérience sur ce sujet est de beaucoup la plus prolongée, et par conséquent la moins sujette aux illusions de séries fortuites, l'a intronisée à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ans environ, et dans un discours très-écouté, que nous serions heureux de reproduire en entier, si son étendue nous le permettait, il a développé les conclusions pratiques des résultats obtenus par lui.

Les conseils de prudence donnés par ce remarquable clinicien furent justifiés aussitôt par une statistique de M. Jaccoud. M. Jaccoud a raconté que sur vingt-et-un cas de rhumatisme aigu traités par le salicylate de soude à la dose quotidienne de 10 grammes en moyenne, il en a vu neuf se compliquer d'accidents viscéraux sérieux, endocardite, endopéricardite, encéphalopathie, etc., et trois se terminer rapidement par la mort.

Ces cas de mort se décomposent ainsi : deux cas de rhumatisme cérébral, un cas d'alcoolisme aigu.

Ce dernier n'est pas le seul cas d'accidents promptement mortels provoqués par l'emploi de l'acide salicylique chez un alcoolique. Dans notre prochaine revue clinique, nous parlerons d'un autre fait semblable qui s'est produit tout récemment dans le service de M. Empis, à la Charité.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

Des manifestations cutanées de la syphilis héréditaire. Le pemphigus syphilitique.

Parmi les manifestations cutanées auxquelles donne lieu la syphilis héréditaire, la première en date est incontestablement le pemphigus. Non seulement, en effet, il apparaît, à quelques exceptions près, immédiatement après la naissance, mais il peut survenir également dès l'utérus, et il existe dans la science des cas dans lesquels on l'a noté dès le sixième ou septième mois, de la vie intra-utérine.

Avant d'aborder des discussions, un peu oiseuses aujourd'hui, mais peut-être utiles à rappeler au point de vue historique, et de vous faire connaître les raisons sur lesquelles les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, se sont appuyés pour déterminer s'il est, ou non de nature syphilitique, il est bon de vous dire d'abord en quoi consiste le pemphigus.

La première chose à considérer dans l'étude de cette éruption, c'est son siége. D'une manière constante, en effet, c'est à la plante des pieds et à la paume des mains que l'on voit apparaître le pemphigus. Cela ne veut pas dire qu'il ne se développe que là ; mais toutes les fois qu'il se montre sur d'autres parties du corps, on l'a vu débuter par les points que je viens de vous indiquer, avant de se développer ailleurs. De là, il n'est pas rare de le voir s'étendre à la face dorsale des pieds ou des mains, se propager aux orteils ou aux doigts et envahir même les segments inférieurs des membres à l'extrémité desquels il s'était primitivement manifesté. En général, même, il ne se borne pas simplement à occuper l'avant-bras ou la jambe ; souvent, au contraire, il peut s'étendre à la cuisse, au bras, et apparaître presque sur le tronc. Dans un cas, je l'ai vu se propager à l'oreille.

Lorsque le pemphigus siége dans d'autres régions qu'aux parties que je vous ai indiquées comme étant son point de départ constant, il présente, dans ces cas, quelque chose de caractéristique. C'est qu'il est infiniment plus confluent à la paume des mains et à la plante des pieds que partout ailleurs ; c'est que là l'éruption est beaucoup plus typique et se montre avec des caractères bien plus saillants que sur toute autre partie du corps.

Quand le pemphigus doit apparaître sur les régions que je viens de vous indiquer, on voit que ces parties, qui, ordinairement, ont une teinte un peu plus foncée que le reste des téguments, prennent une coloration violacée, lie-de-vin; puis, sur ce fond ainsi coloré, on observe bientôt des plaques un peu plus rouges, un peu plus sombres; à ce niveau, l'épiderme se soulève; un liquide séreux d'abord, puis purulent, s'accumule sous la peau, et dès lors, la lésion élémentaire, la bulle, est constituée.

Ces bulles sont de dimensions très-variables. Quelquefois elles ne dépassent pas en grosseur le volume d'une petite tête d'épingle; mais, graduellement et d'une manière très-rapide, on les voit s'étendre, s'étaler et occuper un centimètre à un centimètre et demi d'étendue. D'autres fois, elles se réunissent en groupe et alors on a une bulle unique beaucoup plus volumineuse. Mais ce qui prouve bien qu'il s'agit dans ces cas de la réunion de plusieurs vésicules, c'est qu'à la périphérie cette bulle géante présente une série de festons qui indique la fusion d'un certain nombre de bulles élémentaires. Ces bulles de pemphigus ressemblent, dans quelques cas, à ces pustules de mauvaise nature, non ombiliquées, boursouflées, et remplies d'un pus jaunâtre qu'on rencontre chez certains varioleux. D'autres fois, elles ont un aspect blanchâtre, laiteux, parfois franchement verdâtre. Ailleurs, ce sont de petites vésicules, incomplètement remplies de liquide lequel gagnant alors les parties les plus déclives, détermine, à la surface de la couche cornée de l'épiderme qui le circonscrit, une multitude de petits plis.

Mais les bulles de pemphigus ne se présentent pas toujours avec les caractères que je viens de vous indiquer, et leur aspect varie à mesure qu'elles se développent sur une région plus éloignée de leur point de départ, ou bien qu'elles apparaissent à une époque moins voisine du début de la naissance.

C'est ainsi, qu'au point de vue de leur forme et de leur confluence, plus on étudie sur une partie éloignée de la plante des pieds ou de la paume des mains, on voit les bulles devenir plus disséminées; moins volumineuses; le liquide qui les distend est moins abondant, moins jaune, moins verdâtre, il affecte de préférence une teinte laiteuse opaline; dans certains points, le soulèvement de l'épiderme se réduit à très-peu de chose; dans d'autres, les lésions de la peau se bornent à l'existence de quelques plaques rouges analogues à celles que l'on observe au début de l'éruption.

Ces mêmes caractères se retrouvent, alors que l'on observe la maladie non plus après la naissance mais à une époque un peu plus éloignée. Enfin on comprend que lorsque ces deux causes viennent à se réunir, le pemphigus perd de plus en plus de sa physionomie typique et qu'alors il ressemble très-peu à celui dont je viens d'essayer de vous donner la description.

Ces bulles étant ainsi constituées, la partie essentiellement liquide qu'elles contiennent, se résorbe; et l'on voit l'épanchement s'affaisser graduellement; tandis que les éléments solides en se concrétant, se transforment en une croûte généralement brunâtre, qui indique seule la place primitivement occupée par la lésion élémentaire.

Dans quelques circonstances, au contraire, la bulle se rompt, le liquide s'épanche à l'extérieur et à sa place, on ne trouve plus qu'une ulcération. Il est des cas alors, où tout l'épiderme ayant disparu, au point où siégeait la bulle, on observe une large surface rouge qui devient le point de départ d'une excoriation superficielle. D'autres fois, la bulle ne se rompt qu'à son centre et l'on a une excoriation profonde à fond rouge arrondie, cratériforme. Si l'enfant continue à vivre, on voit ces solutions de continuité creuser chaque jour davantage et s'étendre en périphérie; mais il est rare que les choses se passent de la sorte, et ordinairement le petit malade succombe, avant que la lésion cutanée ait eu le temps de prendre une pareille extension.

Si le pemphigus est le plus souvent une affection mortelle, il est cependant des cas dans lesquels l'enfant peut guérir. M. Depaul, MM. Ollivier et Ranvier et d'autres auteurs en ont rapporté quelques exemples. Dans ces circonstances, les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le pemphigus apparaît à une époque plus reculée du moment de la naissance. C'est là un fait incontestable et que j'ai eu l'occasion de vérifier moi-même un certain nombre de fois.

Abordons maintenant un autre point de l'histoire du pemphigus auquel j'ai déjà fait quelques allusions au début de cette leçon et voyons à quel moment cette éruption se produit.

Quelquefois, ainsi que je vous l'ai dit, c'est dès l'utérus, que le pemphigus apparaît chez les enfants atteints de syphilis héréditaire; mais, le plus habituellement, il survient dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. Ceci est tellement la règle que les médecins qui ont vu le pemphigus apparaître à une époque plus éloignée que celle que je viens de vous indiquer se sont empressés de consigner ces observations.

Parmi celles dont il est fait mention dans la science, je vous citerai un cas de Stamm dans lequel l'éruption aurait apparu au septième jour; et un autre de Hertle dans lequel elle serait survenue seulement le quinzième. Bien mieux, MM. Ollivier et Ranvier l'ont observée, chez un enfant syphilitique deux mois après la naissance, et moi-même je l'ai vu apparaître, dans un cas, la semaine seulement après cette époque.

Comment évolue, comment se développe le pemphigus? Il n'est pas rare de voir l'éruption se produire tout d'un coup; mais ce fait n'est pas constant, et, dans quelques circonstances, la maladie procède par poussées successives, à un, deux, trois, ou quatre jours d'intervalle. Ce qui est moins fréquent, c'est de voir les poussées être séparées les unes des autres par de grands espaces de temps. On en a cependant relaté quelques exemples. Rosiando, entre autres, dit avoir vu le pemphigus se manifester à deux reprises différentes, à quinze jours d'intervalle. Herst a également signalé un cas dans lequel deux poussées successives se seraient produites, dans l'espace de dix-neuf jours, et la seconde n'aurait eu lieu qu'après la guérison complète de la première.

Bon nombre de médecins considèrent le pemphigus comme une syphilide toute spéciale. Certains même en font une véritable maladie, une éruption isolée, à côté de laquelle nulle autre ne saurait se montrer. Pour moi, une telle interprétation est une erreur et j'aurai certainement occasion de vous faire voir, dans le cours de ces conférences, des nouveau-nés, chez lesquels à côté des bulles caractéristiques du pemphigus vous verrez coïncider d'autres lésions cutanées de même nature, telle que des roséoles, de véritables plaques muqueuses, etc.

J'arrive maintenant à un chapitre qui offre un très-grand intérêt; je veux parler du diagnostic. Comment peut-on connaître le pemphigus? Quelles sont les éruptions qui peuvent se manifester chez les nouveau-nés et qui simulent cette affection?

Parmi ces dernières, on s'est beaucoup préoccupé de l'ecthyma. Selon moi, cette manière de voir n'a pas sa raison d'être. Non seulement, en effet, il n'y a pas d'éruption ecthymateuse syphilitique, mais encore l'ecthyma ordinaire est extrêmement rare à cette période de la vie; et je suis convaincu que les lésions qu'on a attribuées à cette maladie n'étaient autres, le plus souvent, que des bulles très-peu développées, très-petites, de pemphigus.

D'un autre côté, les auteurs anglais ont prétendu que, chez ces petits malades, le rupia pouvait également donner lieu à une erreur fâcheuse de diagnostic. Cela tient à ce que quand on a commencé à étudier les manifestations de la syphilis chez les nouveau-nés, on s'est beaucoup préoccupé de ce qui se passait chez l'adulte dans les mêmes circonstances et que l'on a été trop porté à croire que, chez les uns et chez les autres, le virus syphilitique donnait lieu à des manifestations semblables. Mais un tel fait est contraire à la vérité et je n'admets pas plus le rupia syphilitique chez le nouveau-né que je n'admettais tout à l'heure un ecthyma spécifique; je pense que ce qu'on a pris pour du rupia n'était probablement autre que des plaques desséchées et un peu saillantes de pemphigus.

Une éruption cutanée qui prête à confusion et dans laquelle réside la véritable difficulté du diagnostic, c'est le pemphigus simple des nouveau-nés. A ce sujet, pour être méthodique et pour bien vous faire voir en quoi diffèrent ces deux affections, il convient de reprendre un à un tous les caractères cliniques, que je vous ai indiqués plus haut, du pemphigus d'origine syphilitique. Le plus important de tous est celui qui est relatif au siége. Je vous ai dit, en effet, que chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, l'éruption apparaissait toujours à la plante des pieds et à la paume des mains avant de se manifester en d'autres parties du corps, et que lorsqu'il se développait ailleurs il se présentait avec des modifications de plus en plus profondes à mesure qu'il s'éloignait de son point de départ. Au contraire, le pemphigus habituel ne siége jamais, dans ces régions : je l'ai bien vu, dans quelques cas, apparaître sur la face dorsale des pieds ou des mains, mais jamais il ne débute par la face opposée; et, si quelquefois on l'observe dans ces régions, son point de départ a toujours été celui que je viens de vous faire connaître.

Un autre caractère, c'est que dans le pemphigus syphilitique tout est violacé, lie-de-vin, depuis la coloration de la peau sur laquelle l'éruption va se développer, jusqu'au cercle qui entoure la bulle une fois constituée. Dans le pemphigus simple des nouveau-nés, tout, au contraire, présente une teinte rosée, qui, à elle seule, suffirait pour différencier nettement ces deux affections.

Enfin, dans le pemphigus syphilitique, vous avez vu une collection purulente ou puriforme soulever l'épiderme dès que les bulles ont commencé à se former, tandis que dans l'autre variété, elles ne renferment qu'un liquide transparent, opalin, analogue à celui de certaines collections abdominales. Celui-ci, à la vérité, louchit assez vite et présente bientôt une apparence un peu puriforme, mais dans ces cas, pour peu que vous observiez attentivement votre malade, vous pouvez toujours assister à cette transformation que vous n'observez jamais au contraire dans le pemphigus spécifique.

D'autre part, si vous déchirez les bulles qui constituent l'éruption syphilitique, vous observez, dans le liquide qui les remplit, une multitude depetits flocons, déchiquetés sur leur bord, et entièrement constitués, quand on les examine au microscope, par des lamelles détachées du corps muqueux de Malpighi; de plus, vous distinguez, sous le verre de l'instrument, des globules de pus nombreux mélangés à quelques granulations fibrineuses.

Au contraire, dans le liquide du pemphigus simple, vous ne trouvez pas ces flocons qui caractérisent le précédent; c'est tout au plus, si, çà et là, on remarque quelques celludes d'épithélium isolées, mélangées à de nombreuses granulations fibrineuses dissociées. Enfin, dans cette dernière variété, ce qui prédomine dans la bulle c'est l'élément liquide; dans l'autre, au contraire, celui-ci est égal en quantité à la partie solide.

Quant à la marche de chacune de ces affections elle diffère dans les deux cas. Le pemphigus syphilitique laisse à la surface de la peau des croûtes épaisses et au-dessous de celles-ci des ulcérations, qu'on ne trouve pas dans l'autre variété. Quelquefois cependant, lorsque les bulles contiennent un peu de pus, le pemphigus simple peut bien donner lieu à quelques concrétions, mais celles-ci sont superficielles et ne présentent pas cette coloration brune qui est propre aux syphilides.

J'en ai fini avec la description du pemphigus syphilitique. Pour terminer ce que je voulais vous dire de cette affection, il ne me reste plus qu'à vous parler de quelques-uns des points litigieux de son histoire.

Tout se résume en cette question : cette éruption est-elle bien, en réalité, une éruption syphilitique.

Pour le prouver, il importe de résoudre deux autres propositions, à savoir : qu'on n'observe le pemphigus syphilitique que chez les individus affectés de syphilis; que quand on l'observe chez un syphilitique il est de nature spécifique. Disons, avant d'aller plus loin, que ces faits sont aujourd'hui admis par la majorité des médecins les plus compétents et que ce n'est que chez ceux qui sont étrangers aux maladies de l'enfance que l'on rencontre des contradicteurs.

Il y a longtemps déjà qu'on a observé pour la première fois le pemphigus syphilitique; et les auteurs qui ont fait cette découverte ont été tellement frappés de la coïncidence de cette éruption avec la syphilis qu'ils n'ont pas hésité à mettre l'une sur le compte de l'autre. Je vous ai rapporté dans une précédente leçon, l'opinion de A. Paré à cet égard et la citation suivante que j'emprunte au livre de Rondelet prouve qu'elle était pleinement partagée par ce dernier auteur : « *ego vidi puerum nasci totum coopertum pustulis mali gallici.* »

Depuis, de nombreuses discussions ont été soulevées au sujet de la nature syphilitique ou non du pemphigus. Vous citer toutes les opinions qui ont été émises dans un camp ou dans l'autre serait ici superflu; je me bornerai à vous signaler parmi les médecins qui ont nié la spécificité de cette éruption, le nom de Krass auteur allemand très-estimé, auquel on doit un excellent livre sur la syphilis des nouveau-nés.

C'est à l'école des accoucheurs français, que revient l'honneur d'avoir démontré la véritable nature du pemphigus palmaire et plantaire : Dugès, Cruveilhier, Stoltz, Dubois, MM. Depaul, Ollivier et Ranvier y ont pour leur part puissamment contribué.

A côté de ces médecins, il est bien quelques observateurs éminents qui ont cherché à établir que le pemphigus des nouveau-nés n'avait aucun rapport avec la syphilis : dans ce camp, je vous citerai les noms de Trousseau, Cullerier, de MM. Lasègue, Bazin, etc. Mais peut-être ceux de ces auteurs qui vivent encore sont-ils revenus à une appréciation plus juste des faits et ne sont-ils plus aujourd'hui du même avis qu'autrefois.

Enfin, je vous citerai pour terminer cet historique du pemphigus, une opinion mixte qui a été émise par M. Ricord, défendue avec vigueur par un des membres les plus éminents de notre faculté, M. le professeur Gubler, et d'après laquelle cette éruption serait tantôt de nature syphilitique, et tantôt surviendrait en dehors de cette affection.

Quant à moi, une affection qui se présente avec des caractères aussi typiques que ceux que je viens d'essayer de vous faire connaître, ne saurait être tantôt d'une nature et tantôt d'une autre : syphilitique et non syphilitique; aussi je n'hésite pas à vous déclarer que vous devez le considérer comme intimement

lié à l'intoxication qui résulte de la présence dans le sang du virus syphilitique.

Aujourd'hui d'ailleurs, on possède dans la science un nombre assez considérable d'observations de pemphigus survenu chez des enfants manifestement syphilitiques, nés de parents syphilitiques et morts de syphilis, pour qu'on puisse affirmer que c'est une affection de nature spécifique. Il suffit, du reste, d'avoir passé un certain temps dans cet hôpital, pour voir, ainsi que l'ont fait MM. Ollivier et Ranvier que, contrairement à ce qui a lieu pour la variété qui fait le sujet de cette conférence, ce dernier ne s'accompagne jamais de lésions viscérales propres à la syphilis.

Voilà donc un premier point établi : on n'observe le pemphigus palmaire et plantaire, tel que je viens de vous le décrire, que chez les enfants syphilitiques. J'aborde maintenant la deuxième partie de la question : dans ces conditions, le pemphigus est-il sous la dépendance de la syphilis; n'est-il pas simplement dû à un état cachectique plus ou moins considérable?

Il est certain que cette affection peut survenir chez des enfants cachectiques; mais, tous les jours, nous voyons des nouveau-nés qui, malgré les signes d'une cachexie profonde, sont complètement indemnes des lésions cutanées qui caractérisent le pemphigus. Par contre, nous observons fréquemment cette affection chez des individus qui présentent tous les signes d'une bonne santé apparente. Ceci prouve donc que le pemphigus ne saurait être attribué à la cachexie, mais seulement à l'influence du poison qui circule dans le sang des individus contaminés par la syphilis.

Cette variété de pemphigus existe-t-elle chez les adultes? Une chose certaine, c'est qu'elle est excessivement rare à cette époque de la vie et l'on a même voulu arguer de ce fait, pour affirmer que l'éruption des nouveau-nés entachés de syphilis n'est pas syphilitique. Mais, ainsi que je vous l'ai déjà dit plus haut, c'est une erreur que de vouloir comparer l'enfant à l'adulte et conclure de ce qui a lieu chez celui-ci à ce qui doit se passer chez celui-là : l'un et l'autre, en effet, sont dans des conditions toutes différentes.

Cependant on a cité quelques cas, dans lesquels des adultes, et notamment des femmes, auraient été atteints de pemphigus syphilitiques : c'est ainsi qu'Alibert a décrit une maladie syphilitique pustuleuse amphigoïde. De même, Ricord aurait vu quelques bulles de pemphigus sur un malade; Bassereau également dit en avoir observé deux cas; Sleld un cas, chez une femme de vingt ans; Moreau en cite un, chez une femme de vingt-six ans, et il en rapporte un autre de Desruelles.

Tel est ce que j'avais à vous dire sur le pemphigus; mais avant de terminer, laissez-moi me demander s'il faut véritablement conserver à cette éruption le nom qu'on lui a donné et qui a soulevé tant de discussions. Certes, je n'ai pas la prétention d'enlever au pemphigus sa dénomination, cependant j'avoue que je lui préférerais celle de syphilide bulleuse que l'on mettrait à côté de syphilide érythémateuse, vésiculeuse, etc.

Enfin, il ne me resterait plus pour être complet qu'à vous parler de l'anatomie pathologique du pronostic et du traitement de cette affection; mais je crois que ces questions trouveront plus justement place quand nous traiterons des lésions anatomiques qu'on trouve à l'autopsie des enfants atteints de syphilis héréditaire et des moyens thérapeutiques propres à combattre la syphilis. Je vous propose donc de renvoyer cette étude à la fin de nos conférences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport médical de M. le docteur Bernard, médecin de colonisation à Bordj-Menaïal;

2° Des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. (Comm. des eaux minérales.)

LECTURE

M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des sourds-muets, lit la première partie d'un mémoire *Sur la fonction-langage et sur la pensée.*

Dans les préliminaires de ce travail, l'auteur répudie l'intromission des systèmes philosophiques dans les études physiologiques, et il démontre que la méthode psychologique, reposant simplement sur la manière de sentir d'un chacun, est un instrument faux et incomplet entre les mains des philosophes, lorsqu'ils prétendent faire, sous le nom de psychologie, la physiologie du cerveau. Cependant, comme la détermination des éléments psychiques est le préambule obligé de toute étude sur le cerveau, M. Fournié reconnaît la nécessité de l'emploi de la méthode psychologique, à la condition qu'on s'en servira de concert avec l'anatomie pathologique, avec l'expérimentation, et sous la direction de l'analyse physiologique.

Après les préliminaires, M. Fournié examine, au point de vue critique, la doctrine régnante touchant la localisation de la parole dans la troisième circonvolution gauche du lobe frontal. Cette doctrine, comme chacun sait, est celle de MM. Bouillaud et Broca. L'auteur accepte tous les faits d'anatomie pathologique sur lesquels la doctrine repose; mais il se propose de prouver que ces faits ne disent pas ce qu'on a prétendu leur faire dire.

1° L'analyse physiologique des mouvements intelligents, dont la parole est le type le plus élevé, nous enseigne que, dans l'exécution de ces mouvements, il entre, comme éléments nécessaires, des phénomènes de sensibilité, de mémoire, soumis à l'action du jugement de la volonté, et des phénomènes de mouvements dirigés par un sens spécial : la vue ou l'ouïe. Or, il est impossible d'admettre que toutes ces activités, que l'on trouve d'ailleurs dans tout fonctionnement cérébral, soient localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche.

2° L'anatomie nous enseigne que, sur tous les points de son étendue, le système nerveux est soumis aux lois de la symétrie organique et, par conséquent, aux lois de la symétrie fonctionnelle.

La localisation de la parole à gauche serait donc une exception à l'appui de laquelle on invoque des faits nombreux. Les faits existent; mais ils prouvent tout autre chose que la réalité de cette exception.

La perte de la parole par la lésion d'un seul côté du cerveau ne prouve pas que la parole soit localisée dans ce côté; elle prouve que les deux côtés sont absolument indispensables à la formation de la parole. Lorsque le mécanisme selon lequel se produit la parole est réduit à la moitié de ses rouages par la lésion d'un hémisphère, l'ensemble du mécanisme s'arrête.

A l'appui de cette opinion, M. Fournié démontre que, si les phénomènes de sensibilité et de mémoire peuvent se suppléer dans les deux hémisphères, il n'en est pas de même des phénomènes excito-moteurs qui, des deux côtés, ont un rôle analogue, mais distinct quant au siége du résultat obtenu. D'où il suit que, dans tout fonctionnement qui provoque le mouvement de deux parties symétriques du corps, les deux hémisphères seront nécessairement en jeu, et si l'un d'eux vient à être lésé, le fonctionnement ne s'accomplira pas. Pour compléter sa démonstration, M. Fournié soumet la formation du mot à une analyse des plus délicates; il le considère d'abord comme phénomène sensible, ensuite comme phénomène de mouvement, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Les conditions matérielles de la parole, considérées comme phénomène sensible, se trouvent dans les deux hémisphères;

2° Les conditions matérielles de la parole, considérée comme phénomène de mouvement, se trouvent indispensablement dans les deux côtes du cerveau;

3° Contrairement à l'opinion de MM. Broca et Bouillaud, il n'est pas possible d'admettre que les conditions matérielles de la parole se trouvent localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche, malgré l'exactitude et l'authenticité des faits d'anatomie pathologique sur lesquels cette manière de voir est établie.

Dans une prochaine lecture, M. Fournié exposera le mécanisme de la fonction-langage et formulera les règles d'après lesquelles il faut chercher les conditions anatomiques de cette fonction. (Comm.: MM. Bouillaud, Broca, Baillarger, Béclard.)

DISCUSSION SUR L'ACIDE SALICYLIQUE

M. OULMONT désire appeler l'attention de l'Académie sur une propriété de l'acide salicylique et des salicylates qu'il ne faudrait pas méconnaître, leur propriété anti-fébrile, anti-pyrétique. Le remède, donné à doses massives, détermine, en un temps très-court, de deux à quatre heures, une chute du pouls de 10 à 20 pulsations et même davantage, et un abaissement de la température qui peut aller jusqu'à 2 et même 3 degrés.

Ce sont les résultats obtenus depuis quelque temps déjà par M. Immerman, professeur à Bâle, qui ont inspiré, l'année dernière, à M. Oulmont, le désir d'expérimenter ce remède.

Ses expériences ont porté surtout sur le salicylate de soude, moins irritant pour l'estomac, et qu'il administrait par doses de 1 gramme, répétées de demi-heure en demi-heure, jusqu'à un total de 4 grammes; la température était prise et le pouls compté toutes les quatre heures. Les affections fébriles dans lesquelles cette médication a été employée sont, notamment, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la phthisie pulmonaire, la fièvre puerpérale, la pneumonie aiguë, le rhumatisme articulaire.

L'effet sur la température et sur le pouls, commence à se produire au bout d'un temps qui varie de quatre à douze heures. Quand on continue le traitement durant plusieurs jours, on peut produire une défervescence plus persistante. Seulement, elle n'est pas tenace et cesse quand on a suspendu le médicament.

M. Oulmont a donné le salicylate de soude dans dix cas de fièvre typhoïde, et il a neuf fois obtenu une défervescence évidente, mais peu durable : le fond de la maladie n'en a pas paru modifié. Il en a été de même dans la pneumonie, l'érysipèle, etc. Chez les phthisiques, la fièvre est également calmée très-vite; mais il se produit souvent chez eux des accidents gastro-intestinaux assez marqués et même des symptômes cérébraux, vertiges, céphalalgie, etc. Sur sept cas de rhumatisme aigu, trois ont cédé du troisième au cinquième jour, à cette médication, qui a paru sans aucun effet sur les quatre autres, bien que continuée pendant huit ou dix jours.

Les doses étaient toujours les mêmes que dans les autres maladies fébriles, 4 grammes par jour, et chaque fois elles amenaient une défervescence momentanée sans modifier en rien le reste des symptômes.

M. Oulmont énumère des circonstances dans lesquelles on pourrait, sans doute, utiliser cette action antipyrétique, momentanée jusqu'à présent, mais qu'on pourrait rendre plus durable par un autre mode d'administration des salicylates.

M. GUÉNEAU DE MUSSY lit un discours dont voici quelques extraits :

. . . .

Les témoignages sérieux et nombreux qui étaient consignés dans les journaux étrangers en faveur de l'efficacité de l'acide salicylique dans plusieurs maladies, et spécialement dans le rhumatisme articulaire, me décidèrent à l'essayer.

Je ne crois pas exagérer en disant que, depuis deux ans, je l'ai prescrit au moins dans une vingtaine de cas de rhumatisme articulaire fébrile. J'ai fait prendre avec soin, chaque jour, l'observation de la température et du pouls. Je puis affirmer d'une manière générale, parce que je le faisais remarquer à mes élèves à l'occasion de chaque nouveau malade, que, presque constamment, dans les trois jours qui suivaient l'administration du médicament, je constatais une diminution des douleurs, un abaissement dans la température et un ralentissement du pouls. Les symptômes morbides allaient ensuite en s'apaisant graduellement dans un temps relativement court. . . . .

Je n'ai pas observé de ces sidérations du rhumatisme signalées par mes collègues, je n'ai pas vu non plus de ces rechutes si fréquentes relatées dans les intéressantes observations de mon ami M. Hérard. La méthode que j'ai suivie me paraît responsable de cette infériorité et de ces avantages. Je ne commençais que par 3 ou 4 grammes; je m'élevais graduellement à 6, très-exceptionnellement à 8 grammes dans les vingt-quatre heures. Je maintenais pendant dix à quinze jours au moins, l'emploi de doses moyennes.

Dès le début de mes recherches, j'ai abandonné l'acide salicylique qui est peu soluble, assez mal toléré par l'estomac, pour le salicylate de soude qui est d'un emploi beaucoup plus facile. Si je me suis écarté de la formule donnée par les médecins anglais et allemands, qui consiste à donner d'emblée une forte dose du médicament pour descendre ensuite à des doses moindres, si j'ai voulu tâter d'abord la tolérance de l'organisme et observer les effets produits avant de prescrire des doses élevées, c'est par une crainte à laquelle les brillants succès de mes collègues semblent, jusqu'à présent, donner tort, mais dont je crois devoir vous exposer les motifs pour les soumettre à votre appréciation.

Quoique très-souvent développé sous l'influence occasionnelle de causes extérieures, le rhumatisme est, dans la plupart des cas, lié à une disposition constitutionnelle; comme les maladies inhérentes à la constitution, il tend à se reproduire et à multiplier ses foyers d'attaque. M. Bouillaud nous a appris à nous défier de son excessive tendance à envahir l'appareil circulatoire, la fluxion rhumatismale sur le cerveau est la cause d'un danger bien plus immédiat et plus redoutable encore, et, comme nous l'a dit avec tant d'autorité notre vénéré maître, le rhumatisme viscéral est l'élément le plus important de la maladie, celui que le médecin ne doit jamais perdre de vue, et qui doit être le principal objet de sa surveillance et de ses efforts thérapeutiques.

Eh bien, ces données étant admises, je suis de ceux qui se défient des moyens perturbateurs dans le rhumatisme articulaire. Dans une maladie à localisations aussi mobiles, qui peut se porter sur les organes intérieurs et y provoquer des désordres aussi redoutables, je crains tout ce qui peut exciter ces organes d'une manière anormale; car ces excitations anormales peuvent servir de coefficient au travail morbide qui s'est emparé de l'organisme, elles peuvent déterminer ou au moins favoriser ses localisations, comme nous voyons parfois le traumatisme d'un membre y appeler une fluxion arthritique.

J'en appelle aux souvenirs des hommes de ma génération : il y a quarante ans, le rhumatisme cérébral était une complication dont on parlait très-peu et qu'on voyait encore moins. Requin qui avait traversé comme moi la clinique de Chomel, sans en rencontrer un seul exemple, en présenta, vers cette époque, deux observations à la Société des hôpitaux, et il fit cette présentation dans des termes qui exprimaient combien ces faits lui paraissaient exceptionnels. Depuis que l'emploi du sulfate de quinine s'est généralisé, le rhumatisme cérébral est devenu une maladie fréquente, à ce point qu'un de nos anciens collègues avait pu dans une seule année, en réunir dix-huit observations dans son service.

Peut-être le sulfate de quinine ne doit-il pas seul être mis en cause : à l'époque où il fut adopté, plusieurs médecins, oubliant les préceptes de Sydenham, de Boheraave, de Chomel, prescrivaient l'opium dans le rhumatisme articulaire aigu.

Il se peut qu'entre le développement insolite du rhumatisme cérébral et l'introduction de ces médications nouvelles, il n'y ait eu qu'une coïncidence, mais cette coïncidence a été tellement frappante que plusieurs de mes confrères, ont cru comme moi qu'elle n'était pas fortuite et qu'elle rendait l'usage du sulfate de quinine assez suspect pour qu'il leur parût prudent de s'en abstenir.

Pour moi, imbu dans l'école de Chomel de ce précepte hippocratique qui veut que le médecin, tout en cherchant à être utile, prenne soin, avant tout, de ne pas nuire, voilà plus de vingt-cinq

ans que j'ai renoncé à l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme. Eh bien, pendant ce laps de temps, tant dans ma pratique hospitalière que dans ma pratique civile, je n'ai pas observé un seul cas de rhumatisme cérébral.

. . . .

Je sais bien que tous les troubles quiniques manifestés par les centres nerveux sont attribués à l'anémie cérébrale, par conséquent, à un état opposé à la congestion. Mais je sais aussi qu'en physiologie, comme en physique, la réaction suit l'action, et la parésie des vaisseaux peut suivre leur contraction; et je redoute dans le rhumatisme fébrile ces brusques perturbations et ces mouvements violents de la circulation cérébrale.

L'observation de M. Empis est venue, sinon justifier mes craintes, au moins jeter quelques doutes sur l'innocuité du médicament. Je désire vivement que l'avenir démontre que les doses élevées d'acide salicylique, employées d'emblée, sont inoffensives; mais jusqu'à ce que l'observation ait prononcé, je persisterai dans l'usage de ces doses modérées, qui soulagent promptement le malade, me paraissent diminuer la violence de la maladie et en abréger la durée, moins complétement, moins brusquement que les hautes doses, mais, par cela même, jusqu'à nouvel ordre, satisfont mieux ma prudence ou, si vous voulez, ma timidité.

. . . .

Je n'avais employé les salicylates que dans les formes aiguës du rhumatisme; depuis cinq jours, j'ai prescrit le salicylate de soude à deux malades atteintes d'arthrite déformante apyrétique et à une autre tourmentée par une sciatique rebelle à tous les traitements mis en usage jusqu'ici.

Les deux premières avaient été très-notablement modifiées, mais non complètement guéries par l'usage des bains arsenicaux, dont elles avaient pris huit à dix; chez l'une d'elles, les mains, complètement impotentes à son entrée à l'hôpital, avaient recouvré leur mobilité; mais les membres inférieurs restaient douloureux et inhabiles à la soutenir.

Je leur donnai d'abord à doses fractionnées 2 grammes de salicylate qui, à part quelques bourdonnements d'oreille chez l'une d'elles, ne produisit aucun effet appréciable. Je portai alors la dose à 4 grammes dans huit ou dix cuillerées de véhicule, dont elles prenaient une cuillerée toutes les heures; mais aussitôt deux de ces malades furent prises de tintements d'oreille, surdité, bluettes lumineuses, vertiges, étouffements, palpitations, nausées, vomissements, anorexie complète, tellement que chez l'une d'elles, qui n'avait obtenu aucune amélioration comme compensation à ces malaises, je revins à la première médication. Je continuai le salicylate chez la deuxième malade atteinte de rhumatisme noueux, qui n'en a éprouvé ni avantage ni inconvénient; enfin, je le donnai encore en descendant à 3 grammes chez la malade atteinte de sciatique, et dont les douleurs sont moins intenses, mais qui à 4 grammes avait été intoxiquée.

Ces observations prouvent qu'il n'est pas toujours prudent de commencer par des doses élevées, et que des doses modérées, comme 4 grammes, peuvent même n'être pas tolérées.

Les restrictions, très-modérées et toutes conditionnelles d'ailleurs, que j'ose apporter à l'enthousiasme excité par les premiers essais du salicylate de soude dans le rhumatisme, me paraissent plus importantes et devoir être plus fortement accentuées dans l'application de ce médicament à la goutte.

. . . .

Ma timidité thérapeutique m'a fait, peut-être, trouver un emploi satisfaisant de l'acide salicylique dans des cas où notre savant confrère n'a pas eu à s'en louer. Je veux parler de la fièvre typhoïde. Je ne l'ai pas employé comme antipyrétique, je dois dire même, d'accord avec M. Sée, qu'à la dose où je l'ai administré, ce médicament ne m'a paru avoir aucune action sur l'élement fébrile. Mais il y a une période où le tube intestinal est rempli de matières putrides, produit de sécrétions viciées, de l'élimination de lambeaux muqueux sphacélés; alors, selon la pittoresque expression de M. Bouillaud, apparaissent des phénomènes d'*auto-injection* d'autant plus active que l'organisme y oppose moins de résistance; il semble que les antiseptiques trouvent là une indication précise. Le quinquina, l'alcool, outre la modification générale qu'ils produisent, agissent dans ce sens.

Chomel avait, lui aussi, posé cette indication, et pendant quelque temps, il essaya de la remplir à l'aide des chlorures alcalins, dont il ne trouva pas la puissance antiputride assez évidente pour en compenser les inconvénients.

J'ai employé, dans cette intention, l'acide salicylique; j'en fais prendre au malade 1 à 2 grammes dissous dans un ou deux pots de solution de sirop de gomme, à l'aide de 10 à 20 grammes d'eau-de-vie. Pour rendre cette limonade plus agréable, j'y ajoute du suc de citron.

Depuis le milieu de novembre 1876, je prescris cette tisane chez tous les malades atteints de fièvre typhoïde. Pendant le mois d'octobre et le commencement de novembre, j'avais eu sept morts dans mon service encombré de typhiques, depuis lors, jusqu'à ce jour, j'en ai perdu un seul. Je me hâte de dire que, depuis cette époque, l'épidémie a considérablement perdu de sa violence, que les cas ont été généralement moins graves; cependant, les quatre premiers chez lesquels j'ai employé cette médication anti-septique, semblaient condamnés à une mort prochaine; j'en ai soigné encore depuis un assez grand nombre gravement atteints, avec complications thoraciques, eschares au sacrum, troubles encéphaliques; sur plus de vingt-cinq malades, un seul a succombé. Je le répète, je ne tire de ce fait qu'une seule conclusion, qui me paraît légitime : c'est que si, à doses élevées, l'acide salicylique a paru avoir dans la fièvre typhoïde des effets très-fâcheux, à petites doses, il a été au moins parfaitement inoffensif, et son emploi a *coïncidé* avec une série exceptionnellement heureuse, puisque dans des cas très-graves, la guérison a été presque constante. En ce moment même, j'ai sous les yeux un malade dont la température, pendant quinze jours, a dépassé 40° soir et matin, qui, dans le cours de la fièvre typhoïde, a eu une péricardite avec épanchement, puis une congestion pulmonaire très-étendue, de l'adynamie, un délire prolongé et qui aujourd'hui, au vingt-troisième jour de la maladie, est en pleine défervescence. Cherchant dans ce cas l'action anti-septique, on comprendra que je préfère l'acide salicylique aux salicylates.

J'ai tenté l'action antiseptique de ce médicament dans l'intoxication urémique, mais je l'ai aussitôt abandonné n'en obtenant aucun bon effet.

Extérieurement, cette action est aussi efficace que prompte. J'ai pensé avec une solution d'acide salicylique des plaies gangréneuses chez des typhoïdiques, un anthrax à fond grisâtre qui ne se détergeait pas chez un malade atteint d'affection cardiaque. En vingt-quatre heures, j'ai obtenu une modification aussi profonde que rapide; je lavais et je pansais ces plaies avec une solution d'un à deux grammes d'acide salicylique dans 400 grammes d'eau additionnée de 10 à 20 grammes d'alcool; quand la plaie était trop anfractueuse et trop torpide, je commençais, comme je le fais habituellement, par la badigeonner avec de la teinture d'iode.

Tels sont les résultats sommaires des observations que j'ai recueillies sur les effets de l'acide salicylique et des salicylates alcalins. Ils m'ont paru assez satisfaisants pour m'encourager à continuer l'emploi de ces médicaments avec la réserve que j'y ai apportée jusqu'ici, tout disposé à en sortir et à adopter une méthode plus hardie et plus efficace, si l'expérience prouve qu'elle est inoffensive.

M. JACCOUD vient présenter le résultat de son expérience personnelle. Depuis la fin de l'année dernière, il a employé le salicylate de soude à la dose quotidienne de 8 à 12 grammes dans 21 cas de rhumatisme aigu.

Sur ce total de 21 malades, 16 ont été traités exclusivement par le salicylate de soude, sauf adjonction de vésicatoires, ventouses sèches et d'alcool chez 5 d'entre eux. De ces 16 malades, 13 ont guéri, 3 ont succombé. Chez ces trois derniers, il n'y a pas eu d'autre médication interne que le salicylate de soude, avec adjonction de ventouses sèches et de vésicatoires. Le premier de ces faits concerne un homme de vingt-trois ans, adonné aux excès alcooliques, qui est entré au troisième jour d'un rhumatisme grave. Le traitement par 10 grammes de salicylate de soude est institué le quatrième jour au matin. Après quarante-huit heures, au matin du sixième jour, cons-

tatation d'une endopéricardite intense ; le lendemain, accès de délire alcoolique, adjonction de l'alcool à la médication, mort au soir du neuvième jour.

Les deux autres malades, deux hommes âgés, l'un de vingt ans, l'autre de vingt-trois, ont été tués par une encéphalopathie suraiguë. Celui de vingt ans, entré au huitième jour d'un rhumatisme avec péricardite, a été mis au salicylate dès le matin du neuvième jour, et dans la nuit du dixième au onzième, il a succombé après avoir présenté brusquement et coup sur coup un délire violent, suivi de coma. Même circonstance chez le garçon de vingt-trois ans qui, entré au soir du cinquième jour d'un rhumatisme aigu avec endopéricardite, a été emporté en quelques heures dans la soirée du huitième jour, après avoir pris 10 grammes de salicylate le sixième jour, 12 le septième et la moitié de cette dose encore pendant la journée du huitième.

Les treize cas de guérison renferment dix faits sans complication, deux faits avec péricardite sèche, partielle et légère, un cas avec péricardite sèche généralisée et pneumonie double. Dans neuf cas, la durée du traitement a été comprise entre deux jours pleins et quatre jours pleins; tandis que, dans les autres cas, elle a éte individuellement de cinq, six, neuf et quinze jours. Deux malades ont eu une rechute, un troisième en a eu deux successives, d'un septenaire de durée.

Les cinq autres malades chez lesquels la médication salicylique n'a pas été seule employée ont guéri; mais la guérison n'a pu être attribuée à l'acide salicylique, et après des tentatives d'une durée de trois et quatre jours, d'autres médications ont dû être instituées.

Chez ces cinq malades, comme chez un de ceux qui sont classés dans la catégorie précédente des treize guérisons, les complications constituées par endocardite, péricardite et endopéricardite, se sont développées après l'entrée du malade à l'hôpital; alors que le traitement par le salicylate était commencé depuis un temps qui a varié entre deux jours et demi et quatre jours. Une fois bien certain de l'existence de la complication, prenant en considération son développement pendant le cours de la médication et tenant compte des trois faits malheureux, M. Jaccoud n'a pu se résoudre à poursuivre le même traitement et il a eu recours au tartre stibié, aux vésicatoires, puis aux stimulants.

Bien que les malades aient guéri, il tient ces cinq faits pour des exemples d'insuccès de la médication par le salicylate de soude.

L'étude de ces vingt et un faits lui paraît justifier les conclusions suivantes :

1° Dans le rhumatisme articulaire fébrile, dégagé de toute complication, le salicylate de soude, à la dose de 8 à 12 grammes par vingt-quatre heures, est le moyen thérapeuthique le plus puissant que nous possédions aujourd'hui; il guérit plus rapidement qu'aucun autre.

2° Quoique son action soit parfois assez prompte pour assurer la guérison dans un intervalle de deux à quatre jours, il n'est pas possible d'assigner au traitement une durée uniforme de trois jours. Il serait même imprudent de le faire, car les déceptions qui suivraient certainement l'adoption d'une telle loi, auraient pour effet de compromettre un médicament qui, dans les cas indiqués, mérite une entière confiance.

3° Le salicylate de soude ne prévient pas les complications cardiaques, pulmonaires et cérébrales du rhumatisme aigu.

4° Lorsque ces complications existent avant l'intervention du médicament, il n'a aucune action sur elles.

5° Malgré ses propriétés antipyrétiques, le salicylate de soude n'empêche pas l'ascension thermique qui révèle le développement des complications viscérales au cours de la médication déjà instituée.

6° Dans le rhumatisme fébrile à complications très-légères, on peut encore employer le salicylate de soude pour bénéficier de ses effets antipyrétiques et analgisiants; mais il convient, pour ne rien compromettre, d'adjoindre à ce traitement l'usage de vésicatoires et parfois de stimulants.

7° Dans le rhumatisme fébrile à complications sérieuses, il n'y a pas à compter sur le salicylate de soude, et il importe de recourir à d'autres médications.

Ayant employé durant plusieurs jours le salicylate chez deux malades atteints de rhumatisme chronique, non fébrile, M. Jaccoud a eu fort peu à s'en louer.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Courot, médecin-adjoint de Saint-Lazare, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Costilhes, décédé.

— M. le docteur Le Blond, médecin-adjoint du dépôt de la Préfecture, est nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare, en remplacement de M. Courot.

— M. le docteur Jules Voisin, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint du dépôt de la préfecture, en remplacement de M. Le Blond.

— MM. les étudiants qui désirent subir leur thèse avant la fin de la présente année scolaire, sont priés de se faire inscrire au secrétariat, avant le 1er août.

— L'association française, pour l'avancement des sciences, tiendra son congrès annuel au Havre, du 23 au 30 août 1877. Cette session sera présidée par M. le professeur P. Broca.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Alcoolisme chronique.

TRÉMULENCE PARÉTIQUE A REDOUBLEMENTS.

Dans ce monde pathologique des tremblements, dont la thèse d'agrégation de M. Fernet montre si bien le désordre et l'incohérence, il est désirable de tracer quelques types fondamentaux qu'il soit aisé de reconnaître.

La paralysie agitante et la sclérose en plaques, l'une et l'autre admirablement décrites et déterminées par MM. Charcot et Vulpian, sont, jusqu'à présent, à peu près les seuls de ces types qui aient été cliniquement caractérisés. On sait maintenant les distinguer, tout aussi bien par les symptômes, par la physionomie générale, que par l'examen cadavérique, dont les résultats, positifs pour la première de ces maladies, sont, au contraire, restés pleinement négatifs pour la seconde.

Mais il existe incontestablement bien d'autres syndromes analogues, aussi faciles à classer que ceux-là, aussi distincts par leur aspect, aussi réguliers dans leur marche, auxquels il ne manque absolument rien, si ce n'est, jusqu'ici, d'avoir été l'objet d'une suffisante attention, pour acquérir dans la science médicale, une place à eux, une dénomination, en d'autres termes, l'individualité pathologique.

En étudiant le tremblement chez ceux qui ont fait abus de boissons alcooliques, j'ai rencontré un de ces syndromes bien définis, et j'en ai parlé dans deux précédentes revues cliniques.

Mais en poursuivant plus avant le cours de ces recherches, j'ai été surpris de voir combien se multipliaient les cas dans lesquels ce même syndrome, toujours identique à lui-même, se présentait isolément de tout soupçon d'alcoolisme, chez des individus qui en offraient le type le plus régulier et le plus *classique*, pour ainsi dire, que possible.

Il n'y manquait rien, ni l'insomnie, les rêves d'animaux, les songes effrayants, ni la pituite du matin, ni la trémulence habituelle, ni les grandes crises d'agitation, de vomissements et de vertiges, etc.: le tableau était si complet, que, comme pour la dame dont j'ai parlé dans ma première observation, j'avais d'abord grand'peine à ne pas supposer une intempérance secrète.

Aujourd'hui, j'ai vu d'autres cas dans lesquels la simulation serait tellement invraisemblable, qu'il ne me paraît pas y avoir lieu de faire entrer cette hypothèse en ligne de compte. J'en rapporterai deux dans un prochain article, en traitant de la variété dans laquelle les phénomènes locomoteurs et sensitifs sont plus marqués d'un des côtés du corps, sans qu'il en résulte, du reste, aucune différence essentielle dans tout l'ensemble des symptômes, dans leur ordre de succession, leur physionomie et leur marche.

Je dois dire que jusqu'ici, tous ceux des malades observés par moi qui n'avaient pas fait par eux-mêmes abus de boissons fermentées, avaient eu, au moins, un ivrogne parmi leurs plus proches ascendants.

On pourrait donc parler d'atavisme pour tous, comme pour le sujet de ma première observation.

Mais cela change bien la question.

Du moment où les accidents peuvent se produire sans saturation personnelle, sans que l'alcool soit intervenu en nature chez l'individu qui les présente, il ne s'agit plus seulement d'une intoxication curieuse à étudier, mais d'un syndrome indépendant, d'une maladie proprement dite, dans l'étiologie de laquelle l'action du poison joue un rôle prédominant sans être exclusif.

Il faut bien se comprendre quand on parle d'hérédité chez les alcooliques. L'hérédité, bien entendu, ne peut pas porter sur l'alcool : elle ne porte donc pas sur l'intoxication. Mais elle peut porter sur un syndrome, sur une maladie déterminée; car on hérite des *traits* et des *tendances* pathologiques de ses parents, comme on hérite de leurs traits physiques et de leurs tendances morales.

Voir se développer chez des enfants d'alcooliques, dans le cours de leur vie, le même syndrome que s'ils étaient eux-mêmes alcooliques, suivant la même succession de phénomènes, la même marche, les mêmes périodes aboutissant au même terme, c'est avoir la preuve la plus évidente qu'il soit possible d'imaginer, de l'unité de ce syndrome et de l'utilité de lui donner un nom.

En effet, si les maladies ne sont pas des *êtres*, puisque dans la nature, elles ne possèdent pas l'individualité personnelle, isolable, sans laquelle il n'est pas d'*être* proprement dit, si en science quintessenciée, en philosophie doctrinale, le célèbre Broussais et ses continuateurs, parmi lesquels il faut citer M. Piorry, ont eu certainement raison dans leurs attaques

contre l'ontologie, il n'en est pas moins vrai qu'en médecine pratique, pour l'étude et la description des maladies, il est souvent commode de les traiter en quelque sorte comme si c'étaient des êtres réels.

N'ont-elles pas un commencement, comparable à une naissance, un développement, progressif comme celui des êtres vivants, par périodes de temps et d'âges, une terminaison qui est leur mort? Quand elles sont incurables, cette mort coïncide avec celle de l'individu.

Eh bien, dans le syndrome dont nous voulons parler, toutes ces conditions existent. Il a ses périodes, ses âges, qui correspondent aux phases successives de son évolution.

C'est donc bien une maladie, un type, une sorte d'*entité*, puisqu'on peut le voir naître d'abord, puis se développer et grandir chez des enfants d'alcooliques, qui n'en avaient reçu de leurs parents que le *germe* (j'emploie à regret ces expressions *germe*, *entité*, qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre; mais dans les sciences d'observation, on en est bien souvent réduit à choisir des mots qui font image et à procéder par comparaison pour mieux faire comprendre sa pensée).

Je ne suis pas encore certain que l'hérédité soit la seule cause qui puisse concourir avec l'alcoolisme pour produire ce même syndrome. Mais il suffit déjà de cette concurrence pour motiver l'isolement d'un type.

D'ailleurs, ce type n'est pas le seul qui se rencontre chez les alcooliques, et qui représente chez eux les résultats d'une intoxication chronique. Raison de plus pour le distinguer, en lui attribuant un nom.

Comme nom, je proposerais celui de *trémulence parétique à redoublements*, plutôt encore que celui de *parésie trémulente à redoublements*. Ce dernier aurait l'avantage d'être formé mieux à l'imitation d'un nom que tout le monde accepte, malgré son peu d'exactitude, celui de la *paralysie agitante*; mais dans le syndrome dont j'ai donné les principaux traits dans mes articles, et que je me propose de décrire bientôt plus méthodiquement et plus en détail, la parésie ne vient qu'après le tremblement dans l'ordre des symptômes.

Maintenant, pourquoi prendre la trémulence, la parésie et les redoublements, plutôt que la pituite du matin, les fourmillements, les anesthésies, les variations de caractère, les rêves effrayants, etc., pour en faire ainsi, en quelque sorte, les *caractéristiques nominales* de la maladie? Je n'en donnerai pas d'autre motif que la nécessité de faire un choix.

Je dois l'ajouter dès aujourd'hui, il me paraît infiniment probable que cette maladie se rattache à quelque atteinte des centres nerveux encéphaliques. Mais elle n'en possède pas moins en clinique sa physionomie propre; et en attendant qu'on sache au juste quels éléments anatomiques y sont en jeu, on peut déjà lui attribuer sa place à part dans les descriptions pathologiques, comme on l'a fait pour la paralysie générale, pour l'ataxie locomotrice, pour l'épilepsie, pour la paralysie agitante et pour tant d'autres maladies, déterminées sur le vivant avant de l'être sur le cadavre ou dont on ignore encore le siége.

Emploi de l'acide salicylique contre une colique saturnine, *Delirium tremens*, mort, autopsie.

Le fait dont nous avons parlé avant-hier et qui, survenu dernièrement dans le service de M. Empis, a encore accru les scrupules de cet habile praticien au sujet de l'emploi de l'acide salicylique à hautes doses, est d'une nature trop complexe pour ne pas présenter quelques difficultés d'interprétation.

La terminaison a été funeste; mais quel rôle faut-il attribuer à l'acide salicylique dans les accidents qui l'ont amenée, il est difficile de le dire. Ce qu'il y a de certain, c'est que, durant l'usage de ce remède, il s'est manifesté un délire violent, présentant tous les caractères du *delirium tremens*, et qu'à la suite de ce délire, il est resté un état fébrile, au milieu duquel la vie s'est éteinte.

Voici le résumé de cette observation :

Le vendredi 13 juillet, un homme, âgé de trente-huit ans, se fit recevoir à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 27, pour y être traité de violentes douleurs abdominales, accompagnées de constipation. Il exerçait l'état de chaudronnier-étameur, maniant habituellement le plomb et le cuivre. Ses douleurs furent rattachées à la colique saturnine, bien que, particularité rare, elles eussent été précédées, quelques jours avant, par de la diarrhée.

Leur intensité était très-grande; aussi M. Empis jugea-t-il l'occasion bonne pour mettre à l'épreuve l'efficacité de l'acide salicylique comme analgésiant. Il prescrivit ce remède à la dose de 7 grammes, divisée en dix paquets, à prendre de deux heures en deux heures.

Le résultat fut des plus rapides et des plus complets au point de vue de la colique saturnine. Dès le premier jour, avant même que les dix paquets fussent achevés, il y eut des selles diarrhéiques qui indiquaient la cessation de la contracture intestinale.

Mais en même temps, le malade avait été pris de délire, d'un délire aigu, tapageur, actif, avec hallucinations diverses de la vue et de l'ouïe : il se voyait entouré d'animaux qui l'effrayaient, d'ennemis qui le menaçaient, et contre lesquels il entrait en lutte. Son agitation était si grande, qu'il fallut le revêtir de la camisole de force.

Ceci se passait le dimanche matin. En l'absence de M. Empis, l'interne du service commença par suspendre l'acide salicylique; puis le soir, ayant appris par la femme du malade que celui-ci faisait des excès de boisson, malgré ses premières dénégations sur ce point, il lui prescrivit 5 centigrammes d'extrait d'opium dans une potion alcoolique.

Le lundi matin, le délire persistait toujours. M. Empis porta la dose d'extrait d'opium à 10 centigrammes. Dans la journée, on s'aperçut que le pouls devenait plus rapide : le délire était moins violent.

Le lendemain, le délire se calma tout à fait; mais l'état fébrile, au lieu de cesser, s'accentuait. On supprima l'opium.

Le mercredi, je vis le malade, je l'interrogeai et je pris des notes sur ses réponses, me promettant de revenir quand il serait plus loin de son accès de délire alcoolique et quand la fièvre serait tombée; car il avait encore la parole un peu saccadée, un peu brusque, et le regard un peu égaré, à ce qu'il me semblait.

Cependant, sur tous les points que je pus contrôler, ses récits étaient très-exacts. Il rendait parfaitement compte de ce qui lui était arrivé depuis son entrée à l'hôpital, de la colique du début, qu'il appelait lui-même colique de plomb, puis de cette période de temps durant laquelle *il se figurait voir toutes sortes de choses, avait des tintements d'oreille continuels, était comme fou.*

Cette fois, tout en soutenant encore qu'il ne s'enivrait pas, il reconnaissait, sans difficulté, qu'il buvait souvent de l'eau-de-vie, tous les matins quelques verres de vin blanc, avant d'aller à son travail, et environ deux ou trois bouteilles de vin rouge dans la journée, pendant les repas.

Il racontait que depuis l'âge de dix-huit ans, il était sujet

aux pituites, qu'il vomissait fréquemment le matin un demi-verre environ d'un liquide clair, que de temps en temps, à peu près deux fois par mois en moyenne, il était pris de vomissements beaucoup plus répétés et beaucoup plus pénibles durant un temps qui variait de un à trois jours. A ce moment la tête lui tournait, il avait des étourdissements, des vertiges, une très-grande agitation de tout le corps et une insomnie absolue. Il ne reconnaissait pas de causes occasionnelles pour ses crises, qui survenaient à l'improviste, sans qu'il sût pourquoi. Dans les intervalles, il tremblait un peu, mais très-peu; il était sujet aux cauchemars. Sur tous ces points, ses réponses avaient été développées et très-explicites. Je l'ai noté dans l'observation que j'avais recueillie alors.

Il disait, en outre, avoir eu deux ou trois bronchites, et il se plaignait de douleurs, qu'il rattachait à de nombreuses fractures de membres. Suivant son récit, il aurait eu, étant soldat, la jambe droite cassée en 1863, la jambe gauche, l'épaule droite et quatre côtes fracturées à la bataille de Champigny.

Je ne revis pas ce malade. Dans la nuit du vendredi 20 au samedi 21, il succomba, vers le matin, sans que personne eût été témoin de ses derniers moments et pût en raconter les circonstances.

On sait seulement qu'entre le délire survenu pendant l'emploi de l'acide salicylique et cette terminaison fatale, il n'avait pas cessé d'exister une forte fièvre, que l'on avait constatée, le vendredi, à la visite du soir, comme aux visites précédentes.

A l'autopsie, on ne trouva rien dans le système circulatoire. Mais les méninges qui couvraient la convexité du cerveau étaient épaissies, congestionnées par places, et sur certains points un peu adhérentes à la substance cérébrale. Il existait en outre, dans un des poumons, quelques tubercules disséminés, non ramollis encore, et dans l'autre, vers le sommet, quelques petites cavernes ; mais il est certain que ces lésions étaient encore trop peu avancées pour compromettre l'existence. L'état des méninges se rattache à l'alcoolisme chronique; mais il n'en reste pas moins à déterminer la cause occasionnelle de cette mort rapide.

Dans une des observations de M. Jaccoud, l'emploi du salicylate de soude, à la dose de dix grammes, en calmant les douleurs du rhumatisme chez un alcoolique, paraît avoir également provoqué un accès de delirium tremens, qui emporta le malade. C'est ce qui conduit à soupçonner que l'acide salicylique qui, dans ce cas, a paru agir contre la colique de plomb, a pu jouer un rôle dans la production du délire qui l'a remplacée. Mais on n'en sait pas davantage.

Abcès du cerveau reconnu et ouvert sur le vivant. Autopsie.

Ainsi que tout le faisait pressentir la semaine dernière, quand nous en parlions, l'opération pratiquée par M. Tillaux sur un malade de M. Proust, n'a pas pu sauver ce malade.

En effet, l'abcès du cerveau qui a été ainsi ouvert, n'était pas unique. Il en existait encore trois autres dans la substance cérébrale, dont deux autres beaucoup plus près de la région qui a été désignée comme étant une zone motrice, c'est-à-dire de la région qui avoisine le sillon de Rolando. En outre, la substance cérébrale, elle-même, était altérée profondément dans le centre ovale, en arrière de ce sillon.

Voici, du reste, la note par laquelle M. Proust nous communique les résultats de l'autopsie.

« Lorsque la voûte crânienne est enlevée, on constate sur l'hémisphère gauche, au niveau de la plaie faite par le bistouri, que la dure-mère est très-épaisse et très-adhérente aux parties sous-jacentes. L'incision a porté sur le pied des première et deuxième circonvolutions occipitales ; on rencontre à ce niveau une cavité du volume d'une grosse amande, qui se continue directement avec la plaie de l'incision. Cette cavité ne renferme pas de pus ; ses parois sont formées par une matière rougeâtre, sans membrane pyogénique.

« On voit également, à côté de cette cavité, et ne communiquant point avec elle, dans le pied de la première circonvolution occipitale, un petit foyer du volume d'une petite noisette contenant un mélange de pus et de sang.

« En outre, plus en avant, au niveau du lobule pariétal supérieur, immédiatement au-dessous de la substance grise, on trouve deux autres abcès isolés l'un de l'autre : le premier a le volume d'une noisette; le second celui d'une noix ; ils contiennent un pus bien lié, verdâtre, non fétide, ils présentent une membrane pyogénique très-nette ; ils répondent à la scissure interpariétale.

« Plus en avant, mais en arrière du sillon de Rolando, tous les faisceaux blancs du centre ovale, sont entièrement ramollis et diffluents.

« Il existe des traces de méningite à la convexité de l'hémisphère, au niveau et en arrière du sillon de Rolando. — En avant de ce sillon, l'hémisphère gauche ne présente aucune altération.

« L'hémisphère droit n'est le siége d'aucune lésion. »

Maintenant, il reste à se demander si l'opération qui a été faite était bien indiquée et s'il y avait des chances qu'elle fût utile.

La réponse n'est pas douteuse.

Rappelons, en peu de mots, l'histoire de ce malade.

Après une fièvre typhoïde, il avait été pris d'une affection osseuse, portant sur un point des os du crâne et qui, durant six mois, ne s'était accompagnée d'aucun symptôme cérébral. Au bout de ce temps, tout à coup, il fut frappé d'hémiplégie droite ; mais cette hémiplégie était tantôt complète et tantôt incomplète; elle variait d'intensité, comme celle qui résulterait d'une compression susceptible d'être elle-même variable.

Il y avait d'ailleurs, en même temps, chez ce malade, un certain degré de stupeur et d'obtusion de tous les sens, qu'il était logique de rattacher à la compression cérébrale.

Il était donc à supposer qu'il existait dans le cerveau quelque collection purulente agissant mécaniquement par sa présence, particulièrement sur la zone motrice de l'hémisphère gauche. La lésion osseuse siégeant, en effet, du côté gauche.

Quand on eut découvert l'os nécrosé, qu'on eut enlevé les séquestres, incisé la dure-mère malade, on constata que la substance cérébrale était altérée sur ce point, mais on n'y trouva pas de pus à la surface; tout à l'entour la substance cérébrale et les méninges paraissaient saines.

On était donc conduit presque fatalement au diagnostic d'abcès profond.

Il n'existait pas d'aphasie proprement dite ce qui tendait à faire penser que la compression portait plutôt sur la portion de la zone motrice placée en arrière de la scissure de Rolando que sur sa portion antérieure, à la base de laquelle se trouve la troisième circonvolution du lobe frontal. Il était d'ailleurs très-probable que l'irritation s'était propagée de proche en proche, à partir de l'os nécrosé.

On avait donc toutes les chances possibles de rencontrer le

pus, en plongeant le bistouri dans la direction que l'irritation avait dû suivre pour se rapprocher de la zone motrice et du centre de l'hémisphère.

On fit jaillir en effet du pus ; mais l'hémiplégie persista; et dès ce moment on put prévoir qu'il existait d'autres altérations de la substance cérébrale et probablement d'autres abcès. Il y avait même à supposer que ces lésions devaient siéger, au moins en partie, plus près encore de la scissure de Rolando que l'abcès ouvert. Autrement, on aurait produit un changement plus considérable dans l'hémiplégie, en donnant issue à une grande quantité de pus.

On le voit, tous ces raisonnements sont fondés sur les connaissances récemment acquises en physiologie cérébrale; mais, cette base une fois posée, ils sont d'une rigueur incontestable.

Ce fait était donc d'autant plus précieux à recueillir, qu'il est à lui seul une double confirmation des données fournies par les expériences sur les animaux, en ce qui tonche la zone motrice : confirmation sur le vivant, car on devait supposer une collection purulente, et on en a rencontré une où on la cherchait; confirmation à l'autopsie, car à la suite de l'opération, par ses résultats négatifs au point de vue symptomatologique, il devenait très-supposable qu'on trouverait des altérations dans un voisinage plus rapproché de la scissure de Rolando; or, il y existait deux abcès et un ramollissement de la substance blanche du centre ovale.

Dr Victor REVILLOUT.

NOTE SUR UN CAS DE SURDITÉ ANCIENNE

REBELLE A TOUS LES TRAITEMENTS ORDINAIRES, GUÉRIE RADICALEMENT PAR LA TRÉPANATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN PRATIQUÉE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ;

Par M. BONNAFONT.

Il y a bientôt un an, j'eus l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un malade auquel je venais de pratiquer avec succès la trépanation de la membrane du tympan, pour une surdité ancienne qui avait résisté à tous les traitements spéciaux les mieux dirigés. Très-intelligent, jeune, ayant lu tous les traités sur la matière, connaissant mon opinion sur cette opération, ainsi que les cas qui la réclament plus spécialement, le malade la sollicita avec instance, d'autant qu'elle lui avait été proposée par un autre confrère. J'employai, pour cette opération, que je décrirai tout à l'heure, un nouveau trocart dont la canule était fixée au tympan depuis quatre jours, lors de la présentation du malade à l'Académie, sans provoquer la moindre douleur. L'audition se faisant bien. il était permis de croire à un succès complet et durable. Le malade quitta Paris, enchanté de ce résultat. Malheureusement, au bout d'une quinzaine de jours, éprouvant le besoin de toucher à son oreille, et oubliant la présence de la canule, M. C... saisit involontairement le fil de sûreté qui y était fixé et l'arracha.

L'audition persista tant que l'ouverture du tympan demeura perméable aux sons; mais disparut aussitôt que la plaie fut complétement cicatrisée, quinze jours environ après la chute de la canule.

C'était donc un nouvel insuccès à ajouter à ceux que j'avais déjà constatés. Mais celui-ci me permit du moins de tirer de cette observation deux enseignements importants : le premier, d'avoir pu rendre le tympan, si sensible au moindre attouchement, tout à fait insensible par les insufflations de vapeurs éthérées, au moyen de l'appareil Richardson; le deuxième, qu'une canule assez volumineuse avait pu rester fixée au tympan, pendant quinze jours et plus, sans provoquer aucun accident, et le malade, à la tête d'une grande manufacture, ayant pu durant tout ce temps vaquer à ses occupations.

Aussi, encouragé par ces deux circonstances, je pratiquai la même opération à une jeune fille de vingt ans, dont la surdité ancienne présentait le même caractère; c'est-à-dire, montre entendue, appliquée seulement sur l'oreille, et très-bien sur les parois du crâne.

Le tympan anesthésié, la perforation à peine sentie, la montre fut entendue, aussitôt après, à plusieurs centimètres de distance. Le lendemain, la malade retourna au département du Nord; vingt jours après, j'appris qu'elle continuait à entendre, mais souffrait un peu de l'oreille. Je répondis qu'il ne fallait pas toucher à la canule, faire des injections émollientes d'eau de guimauve et de pavot. Les douleurs et le gonflement ayant augmenté, on m'envoya la jeune malade. A l'examen, je constatai un gonflement considérable du conduit auditif donnant issue à du pus de bonne nature, peu abondant. Douleurs vives, pour peu qu'on touche au pavillon de l'oreille. On apercevait, au milieu du gonflement, l'extrémité de la canule qui, au moindre attouchement, provoquait de vives douleurs. Il n'y avait d'ailleurs ni mal de tête, ni fièvre, ni aucun symptôme sérieux. Tous les accidents étaient bien limités à l'oreille moyenne, et surtout externe. Audition nulle; mais, circonstance encourageante, le tic-tac de la montre continuait à être entendu sur le crâne.

Me trouvant, pour la première fois, en face d'accidents provoqués par une opération qui n'a pas encore reçu la consécration de la science, moins encore des praticiens, je désirai prendre l'avis d'un confrère pour m'aider à résoudre ce problème, à savoir : si cet état pathologique local pouvait encore s'aggraver et exiger l'ablation de la canule; ou bien si, parvenue à son summum d'intensité, on pouvait, sans inconvénient, la laisser à demeure et attendre les événements.

Je conduisis la malade chez M. Richet. Après un examen approfondi, voici ce que me répondit le savant et sympathique professeur :

« Les accidents résultant de l'opération étant parvenus à la plus haute période d'acuité, tout fait espérer une décroissance normale et régulière. Si on enlève la canule, la plaie du tympan va très-certainement se cicatriser, et le bénéfice qu'il est permis d'espérer de l'opération sera perdu. La présence de la canule ne pouvant plus avoir de conséquences sérieuses, je vous engage à la laisser et à attendre, tout en combattant les accidents par les moyens ordinaires. » C'était bien mon avis; mais il me fallait l'appui d'un praticien émérite pour m'y décider, et je remercie mon savant confrère et ami M. Richet de m'avoir honoré du sien. Il lui revient ainsi une bonne part dans le succès obtenu.

Après cette consultation, la malade repartit pour le Nord. La résolution de cet état phlegmoneux s'opéra lentement et régulièrement, sans aucune complication. Un mois après, la canule tomba spontanément, et l'ouïe reparut aussitôt. Il y a cinq mois environ, la malade vint à Paris. Je pus constater que tout était remis dans l'état normal : la montre entendue à plusieurs centimètres, et la perforation du tympan ayant conservé les dimensions de la canule. J'eus bien l'intention de présenter alors la malade à M. Richet; mais, après réflexion, je préférai attendre encore et remettre cet examen à une époque plus éloignée, afin de mieux juger la persistance de l'ouverture tympanique et la complète cicatrisation de ses bords.

Venue à Paris il y a deux mois, le mieux s'est maintenu, ce dont M. Richet a pu s'assurer, ainsi que de la persistance de l'ouverture du tympan, en examinant la malade dans son cabinet; seulement il se produit parfois, dans la caisse, des sécrétions qui, en s'accumulant devant l'ouverture du tympan, diminuent l'audition. Mais il suffit alors à la malade de se moucher un peu fort pour les chasser dans le conduit et de les absorber avec un petit pinceau de blaireau ou un peu de coton.

Tel est l'état actuel de la malade. L'opération, pratiquée il y a près d'une année, permet d'en considérer le résultat comme définitivement acquis à la science, et de classer la perforation du tympan, faites dans les conditions que j'ai précisées, au nombre des opérations chirurgicales susceptibles de donner pour l'ouïe les mêmes résultats, sinon meilleurs, que l'opération de la cataracte pour la

vue, si l'on songe surtout aux modifications et aux perfectionnements que les praticiens pourront y apporter. Car on ne peut atteindre tout d'un coup la perfection. L'oculistique en est un exemple frappant.

En résumé, cette observation confirme la proposition que j'ai émise il y a plus de vingt ans, et que j'ai répétée à l'Académie de médecine l'année dernière. Je disais que la trépanation du tympan devait devenir, pour les oreilles, ce que l'opération de la cataracte est pour les yeux; et, tant que cette conquête chirurgicale ne sera pas un fait accompli, la thérapeuthique de l'appareil de l'audition se traînera dans une espèce d'*aurea mediocritas* scientifique, comme l'eût fait l'oculistique sans l'opération de la cataracte.

Il y a trente ans environ, je débutai dans cette spécialité par la perforation du tympan, et les résultats que j'en retirai m'encouragèrent à persister dans cette étude. Malheureusement, n'osant laisser ma canule à demeure, la plaie se cicatrisait, et le mieux obtenu était de courte durée. Je renonçai à cette opération. Mais, rencontrant de nombreux malades qui ne pouvaient trouver de soulagement que par ce moyen, je faisais une nouvelle campagne, en modifiant les instruments, ainsi que le mode opératoire. J'obtins bien quelque bon résultat, mais toujours limité, quoique un peu plus prolongé. J'essayai pourtant tous les procédés pour la pratiquer : nitrate d'argent, pâte caustique de Vienne, cautère actuel, etc. Las, enfin, de toutes ces déceptions, j'y avais complétement renoncé, laissant à d'autres plus habiles le soin de résoudre cet important problème. Il m'a fallu rencontrer un homme aussi intelligent que M. C..., lequel, après avoir épuisé, sans aucun succès, tous les traitements pour sa surdité, qu'il voyait s'aggraver rapidement, estima lui-même que, d'après mes indications, la perforation du tympan pouvait seule lui donner quelque soulagement. Chose rare et curieuse ! ici ce n'était pas le médecin qui cherchait à convaincre le malade, mais bien le malade qui faisait tous ses efforts pour ranimer la confiance du médecin. Mis ainsi en demeure, je requis l'habileté de MM. Aubry et Collin. Le premier me confectionna un trocart à canule armée de deux ailerons qui se fixent au tympan; le second, un œillet à rainure me paraissant mieux remplir peut-être toutes les indications. Bien que cette fois le succès ait été obtenu par la canule Aubry, je suis persuadé que l'œillet, un peu modifié, finira par mériter la préférence. C'est ce que je dirai dans un autre travail.

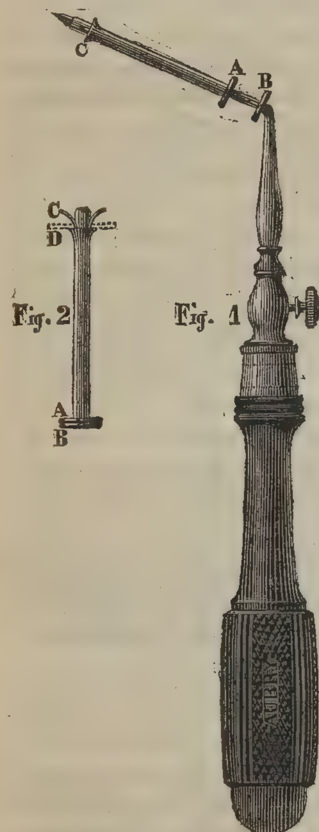


Fig. 1. — Instrument porte-trocart prêt à opérer. A, canule. B, porte-ailettes. C, ouverture donnant passage aux ailettes derrière le tympan.
Fig. 2. — A, B, Canules et porte-ailettes rapprochées après l'opération. C, ailettes déployées derrière le tympan. D, tympan.

Le manuel opératoire est fort simple : le malade assis, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, et le conduit dilaté avec mon petit speculum bivalve, qui a l'avantage de tenir seul l'oreille, on dirige les vapeurs d'éther sur le tympan, avec l'appareil Richardson, durant cinq ou six minutes. Ce temps a été suffisant, dans mes deux opérations, pour produire l'anesthésie de la membrane.

Cela fait, et le conduit étant bien éclairé avec l'otoscope, ou par la lumière solaire, on enfonce le trocart à la région postéro-inférieure de la membrane; on pousse, à l'aide d'un stylet fourchu, le porte-ailettes, qui se déploient derrière le tympan, et on retire le manche.

La canule ainsi placée s'y maintient seule; un petit fil de soie ciré y est solidement fixé, afin de pouvoir la retirer à volonté.

J'aborde maintenant le point le plus important de cette observation, c'est-à-dire la cause probable du succès obtenu. Évidemment, la forme de l'instrument qui a permis à la canule de rester plus facilement à demeure y a été pour une bonne part. Mais il est permis de supposer que le travail inflammatoire survenu, en provoquant l'usure des petits lambeaux résultant de la déchirure du tympan par le trocart, y a contribué pour une grande part. Cette opération aurait donc cela de commun avec toutes les autres qui sont suivies d'une période de réaction inflammatoire plus ou moins intense précédent toujours la cicatrisation.



Fig. 3. — Cette figure représente la canule dans le conduit auditif et la manière dont elle est maintenue en place derrière la membrane du tympan.

Pour moi, le principal intérêt de cette observation consiste peut-être moins dans le rétablissement de l'ouïe que dans la persistance de l'ouverture faite au tympan, laquelle a été jusqu'à ce jour impossible à obtenir. La science n'en cite aucun cas bien authentique. Pour preuve, voici comment M. Miot s'exprime à ce sujet dans une récente et intéressante publication sur la myringodectomie. Après avoir résumé tous les efforts qui ont été faits, tant en France qu'à l'étranger, pour obtenir la persistance de l'ouverture du tympan, M. Miot termine par cet alinéa :

« Malgré tout ce qui a été tenté, on n'est pas plus parvenu à maintenir un corps étranger à demeure dans le tympan qu'à obtenir une perforation permanente. »

Conclusions. — 1° Les dysécies, si anciennes soient-elles, qui ont résisté à tous les moyens généralement mis en usage, tels que cathétérisme des trompes, révulsifs, etc., et chez lesquelles les malades perçoivent distinctement le tic-tac d'une montre ordinaire sur les parois du crâne, doivent être attribuées à un épaississement de la membrane du tympan (sclérose), ou à une paralysie des muscles des osselets et de la membrane elle-même. Dans ce cas, la trépanation de la membrane peut seule procurer la guérison ou une grande amélioration.

2° Cette opération, en anesthésiant la membrane du tympan avec l'éther et l'appareil Richardson, se fait sans douleur et ne peut être suivie d'aucun accident sérieux.

3° La canule engagée dans la membrane du tympan doit y rester jusqu'à ce qu'elle tombe naturellement.

4° S'il survient quelques accidents inflammatoires, les combattre par les moyens ordinaires et attendre patiemment leur résolution.

5° Après la chute de la canule, faire de temps en temps des injections légères d'eau tiède, afin de dissoudre les mucosités de la caisse qui peuvent s'accumuler devant l'ouverture du tympan et gêner l'audition; ou bien suppléer aux injections en faisant passer un courant d'air dans la trompe d'Eustache par le procédé de Scarpa ou de Politzer.

6° Il y a bien des années, j'avais prédit que la trépanation de la membrane du tympan devait être pour l'ouïe ce que l'opération de

la cataracte est devenue pour la vue ; l'observation qui précède justifie cette proposition et fait espérer que cette conquête chirurgicale est sur la bonne voie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire intitulé : *Pathologie et traitement des flexions de l'utérus.*

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL fait hommage, de la part de M. Farabeuf : 1° d'un article intitulé : *Pathologie de la région fessière*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique*; 2° d'un *Cours d'histologie*, avec figures; recueil des leçons que son auteur a faites à l'École pratique.

M. LE FORT dépose : 1° de la part de M. Surmay (de Ham), une observation de *tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne*; 2° de la part de M. Dumesnil (de Rouen), une observation de *double amputation tibio-tarsienne* par le procédé de Le Fort.

M. DE SAINT-GERMAIN présente, de la part de M. Krishaber, une note sur quelques *modifications au manuel opératoire de la trachéotomie à l'aide du thermo-cautère chez l'adulte.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Taille par le thermo-cautère. — M. T. ANGER a présenté un malade auquel il a fait la taille à l'aide du thermo-cautère. Dans cette opération, il ne s'est servi de cet instrument que pour se frayer une voie jusqu'à l'urèthre, qu'il a ouvert ensuite selon la méthode habituelle. Aujourd'hui, il n'hésiterait pas à faire tous les temps de l'opération avec le thermo-cautère. Les expériences qu'il a faites sur le cadavre semblent promettre d'excellents résultats.

RAPPORT

M. T. ANGER donne lecture d'un rapport sur quatre communications faites par M. Berger, candidat au titre de membre titulaire.

La première a trait à une femme, que M. Berger a présentée à la Société, à laquelle il a pratiqué la *trachéotomie à l'aide du thermo-cautère*. L'opération a été suivie d'un très-beau résultat. M. le rapporteur relève deux particularités de cette observation. C'est d'abord le choix judicieux que M. Berger a fait de cette méthode dans ce cas particulier, compliqué d'un œdème phlegmoneux du cou; il n'y a eu aucune hémorrhagie. C'est ensuite l'absence d'eschare à la suite de l'opération et la rapidité de la guérison. La cicatrice est linéaire.

Le deuxième mémoire de M. Berger a pour sujet les *complications pulmonaires que l'on observe dans les étranglements herniaires*. Déjà, l'an dernier, le même auteur avait fait une communication sur les *phénomènes nerveux* observés dans les mêmes étranglements. Le malade, sur lequel M. Berger a observé ces phénomènes, a succombé à la suite de l'opération de la hernie étranglée, sans qu'il y ait aucune complication du côté du péritoine, ce qu'il attribue au pansement phéniqué. Mais il a été pris de broncho-pneumonie le troisième jour, et à l'autopsie, on a trouvé les deux poumons emphysémateux, congestionnés en arrière, et le poumon gauche en partie hépatisé. M. Berger insiste sur la marche latente, insidieuse de cette broncho-pneumonie qui s'est développée sans toux. Il n'a été mis en garde que par l'élévation de la température et le dépérissement du malade qui ne pouvait expliquer l'état de la plaie. M. Verneuil a déjà appelé l'attention sur ces complications pulmonaires que peuvent entraîner toutes les maladies chirurgicales, sans qu'elles paraissent suivre plus spécialement les étranglements herniaires. Quant à leur mécanisme, elles ne peuvent s'expliquer que par une action réflexe vaso-motrice. Les expériences de Brown-Sequard sur le pont de Varole tendraient à le prouver.

La troisième communication est une observation de *luxation sous-astragalienne au dehors* qui a été réduite.

La quatrième est une observation de *fracture du crâne avec enfoncement des fragments, guérie sans trépanation et sans complications.*

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense, comme M. Berger, que le pansement de Lister n'est pas étranger à l'absence de péritonite. Sur huit opérations qu'il a faites de hernie étranglée, après lesquelles il a employé cette méthode de pansement, il n'y a eu que deux morts, mais jamais de péritonite primitive.

M. LE RAPPORTEUR propose d'adresser des remerciements à M. Berger et d'insérer dans les *Bulletins*, ses observations nos 2 et 4 pour servir à l'étude de ces faits qui ne sont pas encore très-bien connus. Ces conclusions sont adoptées.

COMMUNICATIONS

Contracture des adducteurs de la cuisse. — M. VERNEUIL entretient la société, d'une affection non encore décrite de l'enfance qui l'a longtemps embarrassé, mais dont il pense avoir aujourd'hui une connaissance assez exacte pour en exposer les caractères. Cette affection simule la coxalgie et a probablement été souvent prise pour cette maladie. M. Verneuil en a observé une douzaine de cas, depuis quelques années, dont quatre, depuis sept ou huit mois. Elle est caractérisée par une certaine *gaucherie* de la démarche, gaucherie qui va dans certains cas, jusqu'à la claudication, une limitation de certains mouvements et une attitude vicieuse des membres inférieurs et du bassin. Les malades étaient toujours amenés pour une coxalgie. M. Verneuil reconnaissait bien l'erreur du diagnostic, mais ne parvenait pas à définir exactement la cause de ces accidents. Peu à peu, voyant ceux-ci se reproduire toujours avec la même physionomie, il en vint à penser qu'il s'agissait d'une forme pathologique distincte. Il rechercha parmi les caractères, quels étaient ceux qui, par leur constance, pouvaient passer pour la cause des autres, et finit par constater que, dans tous les cas, les muscles adducteurs de la cuisse présentaient de la rigidité.

M. Verneuil donne comme type l'observation d'un de ses petits malades : c'était un enfant de trois ans, grêle, pâle, toujours en mouvement, jamais malade, dont la marche était vicieuse mais non douloureuse, semblable à celle d'un petit vieillard. Dans la station debout, on observait, en regardant l'enfant de côté, un léger degré de flexion du bassin sur la cuisse, avec saillie des fesses, une véritable ensellure. De face, on ne voyait rien. Les membres étaient symétriques, les genoux rapprochés, les pointes des pieds un peu en dedans. La marche était en rapport avec cette attitude ; les genoux ne pouvaient s'abandonner, l'enfant semblait boiter, l'un des pas étant plus allongé que l'autre, et faisait des chûtes fréquentes. L'enfant étant couché sur le dos, l'ensellure persiste un peu, de même que la flexion permanente du bassin sur la cuisse. Si on cherche à faire exécuter des mouvements, la *flexion* de la cuisse sur le bassin peut être faite jusqu'à ses dernières limites ; dans l'*adduction*, le bassin reste immobile, mais l'*extension* complète est limitée, et l'*abduction* peut atteindre 25 à 35 degrés. En combinant l'abduction avec la rotation en dehors, on obtient le même résultat que dans la coxalgie. Cette affection n'est jamais douloureuse. La cuisse est plus raide le matin que quand l'enfant a marché.

Aucun des malades que M. Verneuil a observés ne présentait de traces de scrofule. Il y avait, sur ce petit nombre, une quantité à peu près égale de garçons et de filles. Une seule malade était adulte. Des constatations intéressantes ont été faites sur les antécédents des parents. L'un était fils d'un homme robuste, mais goutteux. Un autre avait eu un frère aîné atteint d'une scoliose aiguë des plus intenses qui avait très-bien guéri, et un frère plus jeune affecté de pied-plat paralytique ; leur père était un type de rhumatisant.

Dans un troisième cas, il n'a pas été trouvé d'antécédents dans la famille, sans que cela veuille dire qu'il n'y en avait pas ; l'enfant avait treize ans et présentait une double hydropisie des gaînes tendineuses des extenseurs de la main. La syphilis et le saturnisme étant éliminés, faute d'indices, l'affection ne pouvait être que rhumatismale. Celle-ci est quelquefois unilatérale, presque toujours bilatérale dès le début, ce qui la différencie de la coxalgie. Elle est tantôt égale des deux côtés, tantôt plus ou moins prononcée d'un côté ou de l'autre. Elle n'est presque jamais douloureuse. Elle paraît intermittente.

Ces phénomènes sont subordonnés les uns aux autres. Deux sur-

tout dominent : la rigidité des adducteurs, et peut-être aussi du psoas, ce dernier muscle étant difficile à explorer, et une paralysie très-prononcée des muscles de la fesse.

M. Verneuil ne dit rien de la cause de cette maladie, qu'il ignore encore. Il n'en sait pas beaucoup plus sur la marche, n'ayant pu, jusqu'à présent, suivre que deux malades, qui ont guéri.

Le diagnostic doit être fait entre cette affection et la coxalgie au premier degré. La première est presque toujours double, ce qui est excessivement rare dans la coxalgie, excepté dans les cas de rhumatisme. Dans la coxalgie, il y a toujours asymétrie des membres dans la station debout, et de la claudication, le malade *fauche*. Enfin, si on le couche sur le dos, tous les mouvements de la hanche sont gênés.

Quant au traitement, M. Verneuil, assimilant cette affection à un spasme musculaire, comme le torticolis, la scoliose, les déviations hystériques, prescrit l'emploi des courants continus sur les adducteurs et la faradisation des autres parties du membre, des douches froides, des toniques ; pas d'iode.

M. HOUEL a observé une jeune fille de 23 ans, qui éprouvait une douleur très-vive en faisant faire à la cuisse le mouvement d'abduction. Les malades chez lesquels on observe ces troubles en présentent aussi, très-souvent, du côté des fonctions cérébrales, à un degré plus ou moins prononcé. Il conseillerait l'hydrothérapie et la séquestration.

M. DESPRÈS fait observer que des faits analogues ont été décrits par Duchenne (de Boulogne). Cela tient quelquefois non à une contracture, mais à un défaut d'antagonisme de certains muscles. Le cas de M. Verneuil semble rentrer dans cette catégorie, puisqu'il y a paralysie des muscles fessiers. S'il s'agit d'un adulte, ou plutôt d'une adulte, il est bon de se tenir en garde contre la simulation « *Sexus ad fallendum pronus* », a dit Morgagni. Dans ces cas, la séquestration peut être utile, mais il faut se demander aussi, si ce n'est pas une coxalgie arrêtée à sa première période ; il n'est pas rare dans ce cas de voir une attitude vicieuse persister très-longtemps. L'exercice et la mer en viennent à bout.

M. PANAS conseille de rechercher si la contracture est le début ou le résultat d'une attitude vicieuse. Duchenne a traité cette question au sujet de l'impotence fonctionnelle des muscles de l'abdomen. La coxalgie hystérique n'est qu'une attitude de coxalgie.

M. VERNEUIL n'a pas trouvé, pour la coxalgie hystérique, d'autre diagnostic que pour la coxalgie vraie. Mais, dans l'affection qu'il vient de décrire, certains mouvements ont conservé toute leur ampleur tandis que d'autres sont limités.

M. FARABEUF fait une communication sur une cause peu connue d'insuccès de l'opération de la hernie étranglée, *la réduction de la hernie sous le péritoine par la fonte du débridement* (Commis. : MM. Delens, Sée, Nicaise).

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Corps étranger du rectum. — M. TILLAUX. La nomenclature des corps étrangers introduits dans le rectum de dehors en dedans dans un but inavouable, est déjà bien considérable. Leur extraction est souvent difficile. Dans le cas actuel, le malade a payé de sa vie sa dépravation. C'était un homme de trente-six ans qui s'était introduit une bougie dans le rectum, il y a eu lundi huit jours. M. le docteur Coffin n'ayant pu l'extraire, ni la faire sortir au moyen de purgatifs répétés, l'adressa à M. Tillaux.

Le chirurgien atteignait, par le toucher, la grosse extrémité de la bougie, qui avait été introduite par sa pointe ; mais les instruments écrasaient cette extrémité sans pouvoir la saisir. M. Tillaux voulut tenter la dilatation du rectum, mais le malade, scrofuleux, ayant eu des abcès des fosses ischio-rectales, les parois du rectum étaient indurées et ne se prêtèrent pas à la distension. Le soir, le malade eut quelques douleurs dans le ventre. Le lendemain matin, l'interne du service fit donner un lavement d'eau et de glycérine, qui distendit les parois intestinales et put extraire le corps étranger avec une tenette. Mais vers le soir, les douleurs augmentèrent, et le malade succomba dans la journée du lendemain dimanche. A l'autopsie, on constata un peu de péritonite, et une eschare à 30 centimètres de l'anus, au point que comprimait l'extrémité de la bougie ; la perforation n'était pas encore complète. M. Tillaux présente ces pièces à la Société.

COMMUNICATION

M. MARÉCHAL, médecin de la mairie, fait une communication sur le sujet suivant : *De la compression digitale dans les fistules urinaires*, pour obvier à la difficulté de l'expulsion de l'urine et du sperme. — (Commis. : MM. Houël, Nicaise et Delens.)

La séance est levée.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 88. — MARDI 31 JUILLET 1877. 50e ANNÉE. MARDI 31 JUILLET 1877. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Guérison des tubercules isolés du poumon.

Je vais vous montrer, pièces en main, la preuve de la guérison du tubercule pulmonaire. Ce fait, très-rare mais bien connu chez l'adulte et surtout chez le vieillard, où il a été démontré par d'intéressantes recherches de Rogé, de Boudet et de quelques autres anatomo-pathologistes, est tout à fait exceptionnel chez les enfants. J'en ai vu plusieurs exemples dans le cerveau, dans les poumons et dans les ganglions bronchiques. Deux fois j'ai trouvé des tubercules crétacés, du volume d'un noyau de cerise, dans le cerveau. Dix-sept fois j'en ai trouvé dans les poumons avec ou sans cicatrice et induration mélanique voisine, et je ne compte plus les cas de ganglions bronchiques calcifiés à la suite de l'inflammation caséeuse guérie.

Aujourd'hui, il s'agit du poumon. Ceux que je vous présente proviennent d'enfants morts, l'un de coqueluche, l'autre de croup. Le premier avait en même temps une dégénérescence caséeuse ancienne des ganglions bronchiques, qui étaient convertis en kystes fibreux remplis de substance noirâtre indurée ou de matière caséeuse compacte, avec parcelles de matière calcaire. Elle a succombé à la suite d'une broncho-pneumonie de la base des deux poumons. Dans le lobe supérieur, sain, ne renfermant ni pneumonie lobulaire ni granulations tuberculeuses, il y a une cicatrice froncée, plissée et formant une dépression considérable, au fond de laquelle on sent un corps dur du volume d'un noyau de cerise. Tout autour, le tissu du poumon a sa couleur naturelle, rosée, et ne présente ni induration ni mélanose. En coupant le noyau dur, on voit qu'il est composé d'une paroi dure, blanc grisâtre, de résistance chondroïde, et que tout l'extérieur est rempli de matière caséeuse dure, infiltrée de grains calcaires rugueux et impossibles à écraser.

C'est là un *tubercule pétrifié* ou *calcifié*. Au lieu de se ramollir et d'ulcérer les bronches voisines, il s'est enkysté et pétrifié sur place.

L'autre cas est relatif à une petite fille qui vient de succomber après une trachéotomie faite pour remédier à l'asphyxie du croup.

Elle est morte quelque temps après l'opération, et dans ses poumons, siége d'un engouement inflammatoire lobulaire sans granulations, on trouve ce que vous voyez, un ancien tubercule guéri. Au sommet du poumon gauche, existe une cicatrice froncée, déprimée et plissée, dure, formée par un tissu noir compacte, fibreux, infiltré de mélanose. Au centre, un noyau noirâtre, de matière caséeuse, dure, gros comme un noyau de cerise et renfermant des granulations calcaires.

Comme je vous l'ai dit, des faits semblables ne sont pas rares chez les vieillards. On les observe assez souvent à la Salpêtrière et à Bicêtre; mais on ne suppose pas, en général, qu'ils se rencontrent à l'hôpital des Enfants. Je suis heureux de vous fournir la preuve du contraire. Cela vous prouve que certaines formes de tuberculose peuvent guérir à tout âge.

Maintenant, quelles conclusions faut-il tirer de ces faits anatomiques?

La première, c'est que les tubercules ne sont pas nécessairement des produits diathésiques, et qu'ils peuvent n'être qu'un résultat d'inflammation.

La seconde, c'est que les malades atteints d'une tuberculose pulmonaire limitée peuvent guérir.

Je suis de ceux qui croient que la tuberculose est un produit d'irritation locale et d'inflammation partielle. C'était l'opinion de Broussais, et je l'ai adoptée depuis vingt ans dans mon *Traité des maladies de l'enfance*.

En masse ou en granulations miliaires, c'est la même chose. Dans les poumons, l'irritation d'une alvéole, l'irritation d'un seul lobule ou la phlegmasie d'un lobe, peuvent engendrer la matière dite tuberculeuse. L'irritation locale est le point de départ, et si le sujet est un peu ou beaucoup scrofuleux, le produit d'irritation devient caséeux et constitue le tubercule. C'est ainsi que la pneumonie lobaire amène parfois l'infiltration tuberculeuse, appelée pneumonie caséeuse par les Allemands. Par un mécanisme pareil, la pneumonie lobulaire et la pneumonie alvéolaire ou vésiculaire produisent les granulations tuberculeuses, d'abord grises, puis jaunes. Aujourd'hui, le fait est acquis, et les efforts faits à l'étranger pour séparer la pneumonie caséeuse de la granulation tuberculeuse alvéolaire seront vains. Ils sont condamnés à rester infructueux. Dans les poumons comme ailleurs, les irritations d'un point limité, d'un gros noyau ou d'un lobe, peuvent, selon le tempérament et la diathèse des sujets, favoriser la production d'une masse tuberculeuse.

S'il n'y a qu'un lobule enflammé par suite de n'importe quelle cause accidentelle, et que les produits d'exsudation inflammatoire ne se résorbent pas, il en résulte un noyau de

pneumonie chronique. Les cellules d'exsudation se détruisent sur place, se convertissent en matière grasse, puis s'infiltrent de cholestérine et de chaux, et voilà un tubercule calcifié ou pétrifié. Autour de ce noyau, le tissu pulmonaire s'infiltre quelquefois de mélanose, se rétracte et produit souvent ces dépressions plissées qui forment la cicatrice pulmonaire.

Ainsi, se guérissent également de petites cavernes du poumon, lorsqu'un petit noyau ramolli s'est ouvert dans les bronches et a formé un ulcère inflammatoire du poumon.

Dans ces cas, c'est une lésion locale inflammatoire, qui produit une masse tuberculeuse devenant caséeuse, laquelle se calcifie ou se ramollit, pour s'ouvrir dans les bronches et former un ulcère pulmonaire chronique entraînant la phthisie.

Le point de départ est la tuberculose locale, pouvant rester locale, et n'ayant pas d'autres granulations tuberculeuses dans le voisinage.

Ce n'est que dans certains cas de diathèse tuberculeuse chez le sujet qui a ainsi une inflammation, affection lobulaire ou alvéolaire des poumons, que la granulation tuberculeuse vient se joindre à la maladie principale.

Maintenant que l'anatomie pathologique a établi que les tubercules n'étant pas nécessairement diathésiques, peuvent n'être que des produits d'inflammation, pouvant s'enkyster ou se ramollir, être évacués par les bronches et guérir, voyons ce que montre la clinique à ce sujet.

L'étude attentive des malades à l'hôpital montre, en effet, de temps à autre, des malades qui ont des cavernes et qui guérissent. Il n'y a pas d'année, dans mon service, où il ne se présente deux ou trois cas semblables, qui n'ont d'autre explication que les circonstances anatomiques que je viens de rappeler.

En effet, des enfants phthisiques arrivent avec tous les signes d'une caverne pulmonaire, et ils guérissent au bout de quelques mois. Ce sont ceux qui n'ont qu'une petite caverne ou petit ulcère du poumon, résultat d'inflammation et n'ayant pas le caractère diathésique. Ne croyez pas qu'il y ait erreur. Non, les enfants dépérissent, sont en consomption, ils toussent, avec ou sans expectoration; ils ont de la matité, du souffle, du gargouillement et de la pectoriloquie à l'un des sommets, et tous les signes stéthoscopiques de l'excavation pulmonaire remplie de pus.

Sous l'influence d'un traitement approprié, la suppuration de la caverne pulmonaire diminue et cesse, le gargouillement disparaît, et il ne reste que du souffle et de la pectoriloquie, c'est-à-dire les signes d'une caverne à parois sèches. Avec le temps, si la caverne est petite, les parois peuvent se rapprocher et adhérer de façon à guérir. Ce n'est que dans le cas de cavernes trop étendues que la guérison est impossible.

Voilà pour les cas de la tuberculose lobulaire ramollie et ulcéreuse. Ici, le diagnostic est possible, mais dans les cas où cette tuberculose lobulaire passe de l'état de crudité à la calcification, aucun signe ne peut révéler l'existence de la lésion. Ce sont ceux de la bronchite chronique. Les enfants toussent sans que rien puisse les guérir, et après un an ou deux tout disparaît.

Ce n'est plus alors qu'une maladie accidentelle intercurrente, comme le croup, la rougeole, et qui permet de voir qu'un tubercule isolé a pu guérir. Tel est le cas des deux enfants dont je viens de faire l'autopsie et dont je vous présente les poumons. L'un est mort à la suite de la trachéotomie, et l'autre après une pneumonie de coqueluche.

Chez les enfants, il n'y a donc pas à désespérer de ces cas incertains de bronchite chronique suspecte, accompagnés d'amaigrissement, et dans lesquels des signes physiques de percussion et d'auscultation, peuvent faire croire à l'existence de tubercules profonds et isolés.

J'ai vu beaucoup de ces cas depuis vingt ans, et je puis vous assurer que ceux de nos confrères qui portent des pronostics trop désespérants sont bien souvent démentis par les événements. Je suis beaucoup moins disposé qu'autrefois à prononcer des jugements d'incurabilité de maladies pulmonaires en apparence fort graves. L'expérience et parfois des expériences fort désagréables dans la clientèle civile m'ont rendu très-circonspect. Tenez-vous donc pour avertis. On guérit certains enfants atteints de bronchite et de congestion pulmonaire lorsqu'il y a un tubercule isolé profond, cru ou ramolli et ayant ulcéré le poumon.

J'en ai vu plusieurs exemples en ville, et il n'y a pas d'année où il ne s'en présente plusieurs à l'hôpital. Ici même, ces enfants amenés comme phthisiques annoncés et vérifiés comme tels par la percussion et l'auscultation, pesés le jour de l'entrée dans les salles, et repesés un mois après, avaient engraissés de 2 à 3 kilogrammes. C'étaient des phthisiques ne se consumant plus, et chez lesquels le mouvement de dénutrition était remplacé par un mouvement accentué d'assimilation. A mesure qu'ils s'engraissaient, l'auscultation annonçait la cessation de la suppuration et la sécheresse des cavernes, puis, avec le temps, tout bruit morbide disparaissait, et il ne restait plus que la faiblesse du bruit vésiculaire.

Dans ces cas, mon traitement est à peu près invariable.

Fumigations bronchiques de vapeur d'eau phéniquée ou thymolée.

Aspirations de vapeurs de camphre phéniqué ou de goudron uni à l'acide thymique.

Chaque jour une potion de 100 grammes avec élixir de Garus, 150 grammes, et une goutte d'acide thymique.

Comme régime alimentaire, de la viande rôtie saignante ou de la purée de viande crue, 300 grammes par jour; du suc de viande fait à la presse; du suc de viande cuite à sec au bain-marie dans une marmite d'étain fermée; du lard et du jambon frits; de la graisse et du beurre avec du chlorure de sodium.

Voilà pour les gens qui sont obligés de rester chez eux. Quant aux autres, dont la fortune facilite les moyens de traitement, je leur conseille, en été, les eaux de Saint-Honoré, les eaux de Cauterets, les Eaux-Bonnes, les eaux du Mont-Dore. En hiver, je les envoie à Menton, à Nice, à Palerme, à Alger, à Madère, ou à Vevey et à Montreux. Avec ces moyens, ceux qui peuvent guérir se tirent d'affaire, et ceux qui sont incurables se font vivre très-longtemps.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. Paul Topinard.

Des métis humains (1).

II

Passons au croisement des grands embranchements entre eux, en commençant par les races jaunes avec les races blanches. Le croisement des Russes avec les Mongols est un fait sur lequel a depuis longtemps insisté Pallas, que les nationalités vaincues de l'empire slave mettent sans cesse en avant, et dont les Russes se défendent, bien entendu. Question, du

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet.

reste, fort indifférente, car, d'une part, il n'est pas prouvé que certaines des races jaunes ne vaillent pas les races blanches, et d'autre part, les peuples comme les individus sont ce que leurs actes les font.

Les métis d'Aïnos, que l'on regarde comme de race caucasique avec les Japonais, tendent à se substituer au type aïno pur, qui devient de plus en plus rare. Les métis d'Espagnols et même de Hollandais avec les Malais, sont partout prospères, sauf sur un point, à Java; ce que j'expliquerai tout à l'heure. Dans l'Indo-Chine, il se forme déjà des métis de Français et d'Annamites, dont le docteur Morice dit le plus grand bien. Le croisement des Européens avec les Polynésiens, enfin, est parmi les faits les mieux démontrés de l'anthropologie et l'histoire suivante est irréfutable.

En 1789, des matelots anglais, au nombre de neuf, s'établirent sur le petit îlot de Pitcairn, avec six Tahitiens et quinze Tahitiennes. La discorde éclata entre eux, et quatre ans après ils étaient réduits à quatre Anglais et dix Tahitiennes. Aucun élément nouveau ne vint s'y ajouter. Eh bien, la petite population qui en résulta se composait de soixante-six individus en 1825, de quatre-vingt-sept en 1830, et de cent quatre-vingt-treize en 1856; elle avait presque doublé en vingt-cinq ans, et presque triplé en trente-trois ans, ce qui dépasse le plus favorisé des États européens dont la population ne double qu'en quarante-cinq ans. Dans cet exemple l'expérience ne laisse rien à désirer; les métis de premier sang se sont seuls unis entre eux, l'eugénésie est donc bien démontrée.

Mais un pays où les croisements de l'une de nos races jaunes avec les races blanches sont également jugés, c'est dans l'Amérique du Sud. Le grand nombre de dénominations pour désigner les métis d'*Indiens* avec les Espagnols et les Portugais en font déjà foi; les recensements le démontrent directement, presque partout les métis y sont en majorité. Dans l'Amérique du Nord, le fait, sans être aussi frappant, est le même. Il y a de grandes tribus entièrement formées de métis : tels sont les Osages de demi-sang (*half blood Osages*). Je puis en parler comme témoin oculaire, j'ai vécu avec beaucoup de ces métis, pleins de qualités.

C'est dans ce pays encore que je constate le succès des croisements de la même branche des races jaunes avec la race nègre. Dans le Nicaragua, ils portent le nom de Zambos, on répond, il est vrai, qu'ils y constituent une triste population et forment les quatre cinquièmes du contingent des prisons; mais c'est là une pure question sociale qui n'a rien à faire avec leur fécondité; ils y pullulent en dépit des conditions défavorables qu'on leur impose.

De l'Européen au Nègre la distance anthropologique est plus grande, et c'est sur leur union seulement que porte réellement la controverse. Je leur consacrerai donc un peu plus de temps.

Le premier qui ait soutenu systématiquement que le mulâtre abandonné à lui-même et ne se recroisant ni avec le blanc, ni avec le noir, finit par s'éteindre, est M. Jacquinot. Aux États-Unis, c'est une opinion généralement répandue. Mais le véritable champion de cette doctrine est un médecin des États du Sud, le docteur Nott, qui a exercé la médecine pendant cinquante ans au milieu des nègres et des mulâtres. Dans un premier mémoire qui date de 1842, il conclut que les mulâtres de la Caroline du Nord ont la vie courte, sont peu intelligents, ne supportent pas la fatigue, ont des enfants qui meurent jeunes et sont peu féconds. Cette série de propositions de Nott est bien moins absolue qu'on ne le croit. Dans son ensemble, cependant, elle aboutit à dire que les mulâtres ont moins de vitalité et moins de fécondité que les blancs ou les nègres purs et finiraient par s'éteindre réduits à eux-mêmes.

Mais dans un second travail, en 1857, Nott avoue, avec une parfaite bonne foi, qu'ayant repris ses observations à la Mobile et à la Nouvelle-Orléans, il n'y est pas arrivé au même résultat; ce qu'il explique comme il suit. La Caroline du Nord a été colonisée, dit-il, par des Anglo-Saxons, tandis que la Louisiane et l'Alabama l'ont été par des Espagnols. Or, entre les premiers, des Européens blonds, et les Nègres, il y a plus de distance anthropologique qu'il n'y en a entre les seconds, des Européens bruns, et les Nègres. Il devient donc probable que les mulâtres, issus de pères de race blonde, ont moins de vitalité et de fécondité, alors que les mulâtres issus de pères de race brune en ont autant que leurs parents.

Ainsi à Cuba, colonisé par des Espagnols, la population blanche s'est accrue en 67 ans de 430 pour 100 et la population mulâtre libre de 460, d'après de la Sagra. Cet excès, en faveur du mulâtre, n'est pas énorme, mais il suffit pour prouver qu'il y a au moins égalité entre les deux populations. Ainsi encore à Saint-Michel, au Brésil, où une autre race brune, les Portugais, sont en cause, Humboldt rapporte qu'en 1816, sur 1,942 blancs, 3,010 mulâtres libres et 1112 nègres libres, il y avait au-delà de 70 ans : 21 blancs, 107 mulâtres et 5 nègres. Les mulâtres y font donc preuve d'une vitalité trois fois plus forte que les blancs et dix fois plus forte que les nègres purs; or, vitalité et fécondité sont deux termes presque solidaires.

Reste la conclusion de Nott sur les métis des blonds de la Caroline. D'abord, je doute que cette qualité de premiers colons se soit conservée. Ensuite, sans aller bien loin, je vois Bachmann citer plusieurs familles de mulâtres, de la Caroline même, très-fécondes depuis cinq générations et continuant à l'être.

Mais un seul autre document vient appuyer la thèse de Nott, celui de Long à la Jamaïque. La Jamaïque a été occupée par les Espagnols et les Portugais, mais ceux-ci en ont été entièrement expulsés par les Anglais, en sorte que la colonie est absolument anglaise. Eh bien, Long déclare que toutes les mulâtresses y sont stériles à la troisième génération. Lewis l'a contredit, il est vrai, mais en ajoutant que les métis y sont faibles et leurs enfants souffreteux. Du reste, le fait de Long étant admis, il s'expliquerait comme je le dirai bientôt.

En somme, l'eugénésie des Nègres et des Européens bruns est hors de doute; mais celle des Nègres et des Européens blonds, paraît moins absolue. La possibilité de l'entretien d'une race intermédiaire à l'aide d'un léger retour vers l'une ou l'autre race mère, n'en est toutefois pas atteinte et j'admets, en définitive, que plus ou moins facilement, cette race pourra se former et se consolider.

Je passe sur la facilité avec laquelle le Berber et l'Arabe se croisent avee le Nègre et donnent lieu à des intermédiaires qui sont un grand embarras pour l'anthropologie en Afrique.

Je me borne à rappeler qu'il existe en plein travers de ce continent, du Sénégal à l'Abyssinie, un centre de métissage dans lequel le Foulbe et le Peul jouent un grand rôle comme l'a parfaitement indiqué le docteur Barth. Le Foulbe rouge, aux cheveux droits et aux traits caucasiques, y donne naissance avec le Nègre qu'il a subjugué, à une race métisse, très-sérieuse, comme jadis les mêmes éléments ont dû produire les races actuelles si complexes de l'Abyssinie et de la vallée du Haut-Nil.

Je ne m'arrêterai pas non plus aux Boers, ces métis de Hol-

landais et de Cafres, dans lesquels domine l'élément hollandais; ni aux Griquas, ces métis de Hollandais et de Hottentots, dans lesquels domine, au contraire, l'élément hottentot; cette prédominance de l'un ou l'autre élément par suite des croisements excessifs de retour, enlève toute valeur à l'expérience, en ce qui concerne l'hybridité directe. Je rappelle cependant, d'après Waitz, le cas d'une union entre un Européen et une Hottentotte du Cap qui produisit vingt-quatre enfants : vingt-quatre métis. Elle ne fait guère supposer que les générations suivantes soient devenues stériles.

J'arrive à la partie la plus délicate : aux croisements des Nègres d'Océanie et des Australiens avec les blancs. Je laisse de côté ceux des Mélanésiens avec les Polynésiens, qui ont donné lieu à la population principale et très-florissante des îles Fidjis, et à la variété jaune des Néo-Calédoniens; les Polynésiens rentrent dans les races jaunes.

En 1860, M. Broca, dans son célèbre Mémoire sur l'hybridité, fit remarquer que les voyageurs n'avaient parlé que de quatre ou cinq métis d'Européens et d'Australiens. Ces voyageurs étaient Freycinet, Jacquinot, Lesson, Quoy et Gaimard. Cette remarque eut l'avantage d'attirer l'attention sur ce point. Dans mon travail *sur les races indigènes de l'Australie*, j'en signalai d'autres indiqués par Mackenzie, Dawson, Miles, Murrey, Richard Lee, Beveridge et autres. Nos deux consuls, à Sydney et à Melbourne, eurent même l'obligeance de me dresser une petite enquête à ce sujet. J'ai reconnu d'abord que l'accusation portée contre les Australiens, de massacrer les enfants que leurs femmes avaient avec les blancs, était fondée. Ainsi Eyre parle d'un assassinat de ce genre, dont la justice se préoccupa, qui établit que la coutume en était très-répandue. Bonwick cite un autre cas dans lequel la justice intervint aussi, et où l'on découvrit que treize métis du sexe masculin avaient été exécutés et brûlés en même temps. J'ai appris, ensuite, que ces métis sont très-appréciés pour des qualités qui leur sont propres. Ainsi à Sydney il font d'excellents limiers de police. Chez les planteurs il sont *boundry riders*, c'est-à-dire cavaliers à la garde des troupeaux que l'on parque en liberté dans des espaces immenses.

L'Européen et pour plus de précision l'Anglais, c'est-à-dire une race blonde, se croise donc avec succès avec l'Australien. Mais les métis de premier sang auxquels ils donnent lieu, comment se comportent-ils entre eux? Ici mes renseignements sont insuffisants. Cependant en voici un qui a sa valeur.

En l'année 1863, un magistrat, M. Theny, expose que les métis issus des croisements des anciens *convicts* avec les femmes indigènes, sont inscrits comme électeurs sur les registres de la province de N. S. Wales. Ces croisements remontent à cinquante à soixante ans; ce qui suppose une seconde génération d'adultes, c'est-à-dire des petits enfants pour le moins.

Passons aux métis Tasmaniens. Là on découvre tout un foyer de métissage ancien des plus curieux.

Dès les années 1800 à 1805, des matelots anglais s'installèrent dans les îles du détroit de Bass pour y pêcher le phoque. Ils échangèrent le produit de leur pêche avec les Tasmaniens contre des femmes, puis le goût venant, ils en enlevèrent de vive force; de là est née toute une population croisée dont Stokes fait les plus grands éloges en 1848, et dont M. Bonwick nous donne des nouvelles en 1870. Quelques-uns s'étaient dispersés pour aller vivre en Tasmanie ou en Australie. D'autres, atteints de l'épidémie régnante, étaient aux mines d'or. D'autres avaient succombé au milieu des horribles méfaits dont les Anglais se sont rendus coupables dans l'île de Flinders; mais il en restait quatre-vingts à quatre-vingt-dix.

M. Bonwick donne l'histoire de quelques-uns. L'un des couples primitifs, formé d'un Anglais et d'une Tasmanienne, avait eu treize enfants; un autre, plusieurs, est-il dit; un autre trois; un autre cinq. Il a été plus difficile, à M. Bonwick, de suivre les enfants. Une fois, cependant, il parle d'une métisse qui épousa un Anglais et en eut plusieurs enfants; une autre fois, de deux sœurs, dont l'une épousa un Anglais et l'autre un Nègre; la première eut un enfant, par conséquent un métis de second sang, et la seconde n'en eut pas. Une troisième fois, il s'agit d'une métisse ayant une nombreuse et belle famille, mais il ne dit pas avec quelle sorte de mari.

Les statistiques que publient de temps à autre l'*Australasian Handbook*, font, du reste, mention du nombre des métis recensé dans certaines provinces de l'Australie. J'espérais vous donner l'un de ces chiffres, mais je n'ai pu me procurer l'exemplaire que j'ai déjà eu entre les mains.

Ces documents prouvent largement que les unions des Anglais avec les Négresses de la Tasmanie et de l'Australie, sont aussi fécondes que s'il s'agissait de toute autre race; ils font voir que les unions de ces métis, avec d'autres Anglais, sont également fécondes. Mais ils laissent entièrement de côté la question de fécondité des métis de premier sang entre eux. Sur ce seul point, on est obligé de juger par analogie avec ce qui a lieu entre les autres races nègres et les Européens.

ÉPIDÉMIE DE SCORBUT A LA PRISON DE MAZAS

Par M. le docteur DE BEAUVAIS, médecin en chef.

C'est la deuxième épidémie que l'on constate à Mazas depuis son installation, c'est-à-dire depuis 1852. La première, qui eut lieu pendant le siége, a été relatée par MM. Lasègue et Legroux. Dans cette seconde épidémie, qui a régné pendant le premier semestre de l'année 1877, les premiers malades se sont présentés à la consultation dans les premiers jours d'avril, mais il est évident que l'influence épidémique semble remonter à la seconde quinzaine du mois de février; cette influence va croissant dans les mois de mars, avril, mai et juin, et s'atténue notablement depuis le mois de juillet. Les observations de M. de Beauvais portent sur dix-huit malades présentant onze cas de scorbut primitif et douze cas de scorbut secondaire.

Parmi les détenus affectés du scorbut primitif, M. de Beauvais a remarqué chez un ajusteur mécanicien, de constitution robuste, écroué depuis le 26 novembre 1876, un type de scorbut pétéchial folliculaire, à forme sthénique, qui s'est rapidement compliqué d'ecchymoses sous-cutanées, considérables, occupant presque la totalité de la jambe gauche, puis d'infiltrations intermusculaires profondes, ayant amené une sclérose notable de la partie inférieure des membres, avec impossibilité de marcher qui persiste, à ce jour, depuis le 5 avril. Dans la période de régression de l'épanchement, la peau a pris une teinte bronzée, est devenue lisse, tendue, luisante, la couche superficielle, l'épiderme est mince comme une pelure d'oignon et représente un vernis élastique, susceptible d'un léger plissement sur la couche sous-cutanée. Du côté de la bouche un gonflement avec ramollissement des gencives qui a été suivi, dans la convalescence, d'une adénite sous-maxillaire très-prononcée.

Chez un tailleur de quarante-six ans, écroué depuis trois mois, des taches pétéchiales, folliculaires, très-noires, très-nombreuses ont apparu sur les membres inférieurs, en même temps, stomatite scorbutique produisant la carie et la chute de plusieurs dents. Sous l'influence de la première sortie par un soleil vif, poussée très-active de purpura simplex sur les chevilles et le dos du pied, tranchant par sa rougeur vive sur la teinte sombre des pétéchies folliculaires en résolution. Cet homme, en traitement depuis le 23 avril, souffre encore dans la marche.

Un garçon de café de trente-quatre ans, qui venait de subir une première détention de six mois, a été pris d'une stomatite scorbutique grave, caractérisée par des fongosités gingivales interdentaires, violacées, débordant les dents, saignant facilement, très-douloureuses, avec ulcérations profondes au niveau des dents cariées; plus tard, apparurent de larges ecchymoses à la cuisse droite, vers la partie postérieure, puis dans le creux poplité. Ces ecchymoses vont toujours croissant depuis le 12 juillet.

M. de Beauvais a encore noté, chez quelques malades, des ecchymoses violacées pointillées à la voûte palatine, tranchant sur le fond jaunâtre décoloré de la muqueuse; chez d'autres les veines sous-muqueuses étaient comme variqueuses et offraient une coloration vineuse. Chez trois malades, rétraction de la jambe sur la cuisse avec extension impossible. M. de Beauvais a pu constater une oblitération partielle de la veine saphène interne, au-dessous du genou, par des caillots noueux. L'épistaxis, peu abondante, a existé deux fois. Il y eut un seul cas d'hémoptysie. La constipation a été la règle au début de l'épidémie, mais, avec les chaleurs, la diarrhée s'est produite.

Le scorbut est survenu secondairement sur trois phthisiques. Il n'a pas paru modifier sensiblement la marche de la maladie antérieure et n'a pas pris un caractère plus hémorrhagique ni plus grave que chez les individus primitivement atteints. Il a compliqué chez un jeune homme une pleuro-pneumonie aiguë. Il s'est développé chez deux scrofuleux, l'un portant des oreillons énormes et atteint de bronchite aiguë; l'autre, traité antérieurement pour un chancre induré et une adémite cervicale ulcérée; le scorbut a été très-léger chez ces deux malades.

L'âge semble avoir joué le rôle d'une cause prédisposante, c'est en effet, chez des jeunes gens que la maladie s'est surtout développée. Le plus âgé des malades avait quarante-six ans, le plus jeune dix-sept. Les cas secondaires se sont montrés chez de jeunes sujets scrofuleux ou tuberculeux.

Les professions ne peuvent pas être mises en cause, si ce n'est celle de garçon de café. Ces individus, gros mangeurs et fort buveurs, ont dû souffrir plus que les autres du régime ordinaire de la maison qui est invariable et souvent insuffisant comme qualité et quantité, pas de vin, ni fruits, ni légumes frais. On ne saurait non plus invoquer la durée du séjour dans la prison, car un relevé statistique prouve que les anciens détenus ont été épargnés. On ne peut pas non plus accuser le régime cellulaire, puisqu'il est en vigueur à la maison correctionnelle des jeunes détenus et on n'a pas observé un seul cas de scorbut dans cette prison; il est juste d'ajouter que le régime alimentaire y est meilleur qu'à Mazas.

L'insuffisance d'air, d'exercice, peuvent être une cause adjuvante, mais non déterminante, puisqu'elle agit toujours est que le scorbut, endémique autrefois dans les prisons, y est très-rare aujourd'hui: cependant, à Sainte-Pélagie, sur une population de 500 à 700 détenus, et à Saint-Lazare, sur une population de 1300 à 1600 femmes, on n'a pas observé un seul cas de scorbut.

A la prison de la Santé, le scorbut régnait déjà en 1876; il se serait modifié et éteint avec l'apparition des chaleurs; puis aurait recommencé avec la mauvaise saison.

Suivant M. de Beauvais, le scorbut qui s'est déclaré à Mazas n'a pas d'autre origine sérieuse, véritable, qu'une influence générale de nature franchement épidémique, qui s'est d'ailleurs révélée en ville dans divers quartiers de la capitale. Il ajoute que le froid humide persistant, qui a caractérisé l'hiver, cette année, a dû considérablement favoriser le développement de l'épidémie.

Notre confrère a reconnu dans la marche de la maladie, trois périodes distinctes: Une première période d'invasion, caractérisée par une faiblesse générale, la perte d'appétit, l'insomnie, des douleurs musculaires, surtout dans les reins et les membres inférieurs, de la difficulté à marcher. Elle a varié de dix, quinze jours à un mois. — Une deuxième période d'éruption pétéchiale et de suffusion souscutanée avec accidents de même nature du côté de la bouche. — Une troisième période de résolution des ecchymoses, de réparation générale ou d'aggravation ultime des hémorrhagies sous-cutanées ou parenchymateuses.

La disparition des taches pétechiales dans les cas légers a été rapide sous l'influence du traitement et d'un meilleur régime. Dans les cas d'infiltrations profondes et de sclérose des membres inférieurs, la guérison est difficile et lente à obtenir. La marche, la station verticale sont longtemps compromises.

Comme pronostic, jusqu'à ce jour, aucun décès à enregistrer.

Le traitement a consisté dans des limonades citriques ou sulfuriques, du vin de quinquina, des pastilles de lactate de fer, des citrons, du cresson, est le meilleur régime alimentaire qu'il soit possible de donner dans les prisons. Quelques bains alcalins ou sulfureux, dans la période de réparation, ont hâté la guérison et soulagé les douleurs musculaires. Des gargarismes boratés ou alumineux, des cautérisations avec la teinture d'iode, l'usage journalier du cresson et des citrons ont modifié heureusement la stomatite. La solution concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque, recommandée par M. Lasègue, pour les larges ecchymoses et les infiltations profondes des membres inférieurs, pour la sclérose, a rendu à M. de Beauvais de réels services et calmait les douleurs lancinantes mieux que tout autre préparation. Les cataplasmes chauds, laudanisés, ont été utiles dans la période aiguë, douloureuse, des larges suffusions souscutanées ou intermusculaires. La diarrhée a cédé plus facilement aux lavements de ratanhia qu'aux bols de diascordium et de bismuth.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1877. — Présidence de M. Labric.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. Besnier donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pendant les mois d'avril, mai et juin.

La mortalité moyenne dans les hôpitaux et hospices civils, pendant ces trois derniers mois, s'élève un peu au-dessus de la moyenne des années antérieures, cependant la différence est moins sensible que pour les mois précédents.

Les *affections des voies respiratoires* ont subi l'influence saisonnière favorable, à l'époque régulière.

Le *rhumatisme articulaire* se présente, pendant la période actuelle, avec des caractères particuliers de bénignité très-remarquables. Cette bénignité n'est pas propre à Paris; elle a été notée en maints endroits, et en particulier à Toulouse, où elle a inspiré à M. Bonnemaison cette boutade profondément médicale: « Heureux trimestre, douces maladies et beau temps pour le succès des remèdes anciens et nouveaux! »

Les *affections diphthéritiques* ont subi, pendant ce trimestre, l'atténuation habituelle à l'approche de l'été. Mais le paroxysme épidémique si grave, précédemment signalé par M. Besnier, est loin d'être terminé. Le chiffre des décès qui avait été de 728 pour la ville entière, pendant le premier trimestre, s'est abaissé à 592, mais reste encore considérablement en dessus du chiffre le plus élevé des années antérieures. Pour les hôpitaux, ajoute M. Besnier, c'est toujours la même série lamentable, le même progrès croissant du nombre des cas, la même insuffisance de la thérapeutique, la même mortalité effroyable, les mêmes désastres produits par la promiscuité des enfants, le même insuccès de toutes les demandes d'isolement!

« Quelle est la force invincible, s'écrie M. Bergeron, qui paralyse le bon vouloir de l'assistance pour l'installation des services d'isolement et qui rend stériles nos efforts communs pour arriver au même but? Je l'ignore; mais ce que je sais, c'est que le nombre des cas de diphthérie développés à l'intérieur a encore augmenté dans le second trimestre et que la proportion des décès a été plus considérable que dans le premier. »

La *variole* a subi l'atténuation saisonnière habituelle, plus accentuée encore que les années précédentes. Quelque imparfait que soit l'isolement dans les hôpitaux civils, il a cependant rendu un service immense en supprimant la variole dans les salles communes où chaque varioleux devenait dangereux, non-seulement pour les voi-

sins, mais encore pour les parents des malades qui venaient aux jours de visite publique. Il ne faut pas oublier cependant que la mesure prise par l'assistance publique ne doit être considérée que comme un acheminement vers l'isolement radical, seule pratique qui soit digne de l'époque médicale actuelle et qui soit de nature à couvrir la responsabilité de l'administration.

La *fièvre typhoïde* est arrivée, pendant le deuxième trimestre de l'année, au point le plus déclive de sa courbe saisonnière normale, assujettie en cela à la ligne tracée d'avance dont elle suit invariablement la direction, même dans les paroxysmes épidémiques les plus accentués. La moyenne mortuaire qui avait été si excessive pendant le paroxysme épidémique initial de l'été précédent, s'est abaissée pendant le deuxième trimestre de cette année au-dessous du chiffre le plus bas, atteint dans les années précédentes.

Pour les *fièvres intermittentes*, comme toujours au printemps, augmentation de fréquence de formes manifestes ou larvées de la *fièvre tellurique nostras*, habituellement bénigne, quelquefois cependant pernicieuse dans certaines conditions d'individu ou d'infection toute localisée à un quartier, une rue, le plus souvent une habitation, autour de laquelle ont été opérés des mouvements de terrains infiltrés.

L'épidémie de *scorbut* signalée, comme l'avait pensé et dit M. Besnier dans son dernier rapport, avait trait à la forme qui mérite le nom générique de *scorbut des prisons*, c'est-à-dire le scorbut de l'air comprimé, humide, le scorbut de la misère, de l'alimentation insuffisante, sans préjudice d'ailleurs de l'action toujours importante de la constitution atmosphérique. (Voir plus haut le résumé d'une communication de M. le docteur de Beauvais, médecin en chef de la prison de Mazas.)

A l'hôpital du Val-de-Grâce, M. Lereboullet a constaté que la petite épidémie de scorbut signalée dans les derniers jours du trimestre dernier, n'a pas eu de suites. Tous les malades ont guéri, à l'exception d'un seul atteint de tuberculisation pulmonaire et de péritonite tuberculeuse. Les nouveaux renseignements qu'a recueillis M. Lereboullet semblent prouver que l'humidité extrême du casernement de la prison du Cherche-Midi est la seule cause déterminante probable de cette petite épidémie.

A la Pitié, M. Desnos a observé deux cas de scorbut des prisons, le premier chez un sujet d'âge moyen, qui avait été incarcéré dans une cellule humide et froide de la prison de la Santé, n'étant pas encore guéri d'une pleurésie *a frigore*; le second chez un malade qui est entré à la Pitié après un séjour prolongé à la Roquette, où il avait habité, pendant l'hiver, des cellules et un atelier insuffisamment chauffés, avec le régime alimentaire que l'on connaît.

Les *affections puerpérales* n'ont rien présenté de particulier. M. Siredey, à Lariboisière, a constaté, dans le premier semestre de cette année, que 458 femmes sont venues faire leurs couches dans cet hôpital. Sur ce nombre, 446 ont accouché naturellement, et, dans 12 cas, on dut intervenir, soit pour l'extraction du fœtus, soit pour la délivrance. Sur ces 458 accouchements, il y a eu 12 décès, dont il faut défalquer 3 cas dans lesquels l'influence nosocomiale ne peut être invoquée. Restent 9 décès, sur lesquels 5 sont survenus chez des femmes ayant subi des manœuvres plus ou moins violentes, et 4 seulement chez des femmes ayant accouché naturellement et, en apparence, dans les meilleures conditions.

Ces chiffres suffisent à établir l'influence considérable de l'intervention obstétricale sur la mortalité. Quant aux 4 décès, sans intervention chirurgicale, la mort doit être rapportée, dans 2 cas, à une péritonite purulente généralisée, et dans les deux autres à la péritonite et à la pleurésie purulente réunies.

Relativement aux *maladies des nouveau-nés*, M. Siredey signale une épidémie d'érysipèles qui est venue s'ajouter aux causes déjà si nombreuses de la mortalité des nouveau-nés dans les hôpitaux. La persistance de cette épidémie, localisée dans le service seul de M. Siredey, était due à l'application faite sur les nouveau-nés par une infirmière d'une vieille axonge rancie, jaune. Il ne s'en est plus montré un seul cas depuis que M. Siredey a fait remplacer la vieille axonge et envoyé l'infirmière prendre l'air au Vésinet.

Dans les hôpitaux de *Lyon*, M. Mazet signale une mortalité relativement considérable par le fait d'entérites et de gastro-entérites infantiles.

A *Toulouse*, M. Bonnemaison insiste sur l'extrême bénignité de toutes les maladies en général et du rhumatisme en particulier. La seule affection épidémique a été la coqueluche, d'ailleurs bénigne, et qui a présenté cette particularité intéressante, de se produire fréquemment chez l'adulte.

A Aurillac, à Caen et à Rouen, les médecins constatent le même état sanitaire satisfaisant.

PRÉSENTATIONS

Pleurésie purulente, emploi du siphon, guérison. — M. POTAIN présente un jeune homme de quinze ans qui, au mois de novembre 1876, a été atteint d'une pleurésie primitivement purulente. Deux ponctions furent faites à un mois d'intervalle. Le liquide après chacune de ces ponctions, s'étant reproduit assez rapidement et toujours purulent, M. Potain se décida, le 27 janvier, a appliquer sur ce malade son double siphon. A partir de ce moment, la température qui atteignait presque toujours 39° tomba à 37° et ne dépassa plus ce chiffre et le malade alla de mieux en mieux, si bien même qu'en jouant il fit sortir ses tubes. Aussitôt la température remonta à 39°, resta pendant quelques jours à ce chiffre élevé, le malade eut une vomique et rendit par la bouche une grande quantité de pus. M. Potain eut beaucoup de peine à fixer de nouveau les deux tubes du siphon dans la plèvre du malade, il insiste sur ces difficultés et fait ainsi ressortir l'importance qu'il y a à surveiller jusqu'à la fin les malades, et à faire en sorte que les tubes ne sortent pas spontanément.

Insolation. — M. LACASSAGNE communique la première partie d'un travail sur les accidents produits par la chaleur sur les militaires.

M. LAVERAN dit que parmi les causes de ces accidents il faut faire intervenir la fatigue et l'altération de l'air dans une colonne en marche. Les médecins de l'Inde ont souvent appelé l'attention sur ce fait. Cette cause joue en effet un grand rôle; on pourrait donner comme preuve à l'appui que les hommes isolés sont bien moins souvent frappés par la chaleur que les hommes dans les rangs. Les faits d'insolation sont beaucoup plus fréquents qu'on le croit généralement; dans la dernière revue, cent trente hommes furent amenés dans une seule ambulance. M. Laveran ajoute qu'on a prétendu que la chaleur pouvait être considérée comme un poison musculaire; il a eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'un soldat qui a succombé à la suite d'une insolation et il n'a trouvé aucune altération particulière dans les muscles. La chaleur n'est donc pas, comme on l'a dit, un poison du muscle.

Transformation des pleurésies séro-fibrineuses en pleurésies purulentes. — M. DIEULAFOY fait une communication sur ce sujet. Il rappelle cette accusation portée contre la thoracentèse, qu'à la suite d'une ponction, une pleurésie simplement séro-fibrineuse pouvait devenir purulente. Voici, par exemple, un malade atteint d'une pleurésie simple; on fait une première ponction, on retire un liquide franchement séro-fibrineux. L'épanchement se reproduit; on fait une seconde ponction, et cette fois on retire un liquide purulent; on accuse dès lors la ponction d'être la cause de la purulence du liquide. M. Dieulafoy a réuni vingt observations; dans chacun de ces faits, il a examiné le liquide de l'épanchement au microscope, et il est arrivé à cette conclusion, qu'il n'est pas de pleurésie simple dont le liquide ne contienne de 1,800 à 2,000 globules rouges sanguins par millimètre cube. Lorsqu'il en contient plus de 6,000, le liquide présente alors une teinte rosée. M. Dieulafoy s'est demandé dès lors si une pleurésie purulente, ou qui le devient, n'est pas d'emblée une pleurésie histologiquement hémorrhagique. En effet, quand un liquide pleurétique ne contient que 2 à 3,000 globules rouges, la pleurésie est simple; quand il en contient plus de 3 ou 4,000, il y a beaucoup de chances pour qu'elle devienne purulente. Ne se passerait-il pas dans la pleurésie ce qui se passe dans la pneumonie, et n'y aurait-il pas une période d'engouement précédant la purulence, comme l'engouement et l'hépati-

sation rouge précédant, dans la pneumonie, l'hépatisation grise? Toute pleurésie purulente devient donc, suivant M. Dieulafoy, une pleurésie primitivement hémorrhagique, au point de vue histologique. Il y aurait d'abord une période d'engouement, puis une période où l'on trouverait dans le liquide une grande quantité de globules rouges; puis enfin une troisième période, où l'on trouverait des globules blancs, et qui serait la période de la purulence.

M. Dieulafoy n'entend pas dire par là que toute pleurésie hémorrhagique doive devenir une pleurésie purulente; il y a, dit-il, des pleurésies véritablement hémorrhagiques et qui jamais ne deviendront des pleurésies purulentes. Quelle est maintenant la durée de ces diverses périodes admises par M. Dieulafoy? Au bout de combien de temps se fait cette transformation de la pleurésie hémorrhagique en pleurésie purulente? C'est là ce qu'il est difficile de déterminer, la pleurésie étant l'une des maladies les plus bizarres dans sa marche, les plus difficiles à saisir dans ses différentes phases. Aussi M. Dieulafoy ne prétend il qu'indiquer ce fait : qu'à côté des pleurésies franchement hémorrhagiques, symptomatiques du tubercule ou du cancer, par exemple, il existe des pleurésies primitivement hémorrhagiques au point de vue histologique, et que ce sont ces pleurésies qui ont le plus de tendance à devenir purulentes.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie de médecine. — Concours Vulfranc Gerdy. — Un concours pour une place de stagiaire aux eaux minérales aura lieu au mois de novembre 1877. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1877.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie pendant la dernière semaine d'octobre 1877, en déposant les pièces qui justifient des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 31 octobre, à quatre heures de l'après-midi.

Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé au secrétariat de chaque faculté ou école de médecine pour être communiqué à MM. les candidats.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours pour deux places de prosecteurs aura lieu le 15 octobre prochain. Les candidats devront se faire inscrire, au moins quinze jours à l'avance, au secrétariat de la Faculté. — Sont admis à concourir, les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions. — Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celle d'agrégé. La durée des fonctions est de quatre années; le traitement qui y est attaché est de quinze cents francs par an. — Pour le concours de 1877, le second des candidats nommés le sera pour une durée de deux ans seulement.

— Les vacances de la Faculté commenceront le 15 août. La rentrée aura lieu le 16 octobre.

— Nous avons le regret d'apprendre que la santé de M. le docteur Onimus a inspiré un instant une vive inquiétude à ses amis. Sous l'influence d'un travail excessif et d une fatigue dont il se plaignait depuis plusieurs jours, M. Onimus a été pris de symptômes congestifs et intestinaux dont il était complétement remis quelques heures après l'accident.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, du 11 au 20 août prochain, une excursion géologique en Suisse et en Savoie.

Rendez-vous à Paris, à la gare de Lyon, le samedi 11 août, à dix heures trois quarts du soir. On est prié de vouloir bien s'inscrire au laboratoire de géologie du Muséum (galerie de minéralogie), avant le 8 août, et d'y verser le montant de sa cotisation personnelle.

— *Hygiène de l'enfance.*— Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Piorry a pris la parole dans la discussion engagée au sujet de la fièvre typhoïde et il a vivement combattu les doctrines ontologiques, préconisant sa nomenclature, qui les exclut.

Il est donc venu se ranger parmi les adversaires de M. Chauffard, parmi ceux qui ne veulent admettre, à aucun degré, l'hypothèse d'une spontanéité morbide pour les maladies épidémiques. Le mot même de maladie est inexact, suivant lui, en tant que pouvant comporter l'idée d'unité pathologique. Or, on le sait depuis longtemps, l'ancien professeur de la Faculté ne veut reconnaître, chez les malades, que des états organopathiques sans autre lien que leur cause commune.

Après ce discours, M. Collin a lu un mémoire volumineux sur l'étiologie du charbon et des maladies virulentes. Ce travail, comme tout ce qui sort de la plume de M. Collin, est riche de faits expérimentaux et d'observations judicieuses. Mais rédigé peut-être un peu vite, il n'est pas très-bien condensé. Je n'ai pu qu'en donner une idée imparfaite en l'analysant pour le compte rendu de la séance. Je ne voudrais donc pas insister sur les objections qu'il soulève ; mais je peux dire que jusqu'ici, les expériences de M. Pasteur me paraissent les plus probantes, en ce qui touche le charbon.

La progression est si rapidement décroissante dans des dilutions successives, dont chacune serait seulement au millième par rapport à la précédente, que des éléments incapables de proliférer auraient complètement disparu dès la troisième ou la quatrième. Or, si nous avons bien compris, M. Pasteur est allé plus loin; et toujours la bactéridie, proliférant et se multipliant de tube en tube, est restée capable de communiquer le charbon. S'il en est ainsi, comme il appert des termes mêmes de M. Pasteur, la démonstration est absolue et inattaquable.

Une autre question d'étiologie, relative non plus aux maladies virulentes, mais aux maladies épidémiques, a été traitée dans une note fort remarquable que le dernier membre nommé de l'Académie, M. Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, a lue à la fin de la séance.

Nous reproduisons ce travail *in extenso*, car, dans la discussion pendante, il faudra tenir un grand compte des renseignements qu'il apporte.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Vulvite chancreuse érythémato-éléphantiasique et unilatérale. — II. Du pansement des plaies de tête avec l'alcool.

I. — Je veux appeler votre attention sur une jeune femme couchée en ce moment au n° 21 de la salle Sainte-Catherine, assez forte, bien constituée, et qui, il y a environ six semaines, a déjà fait un premier séjour dans le service. A ce moment déjà, elle présentait sur la grande lèvre gauche une lésion que nous retrouvons aujourd'hui encore, aussi indiquée que la première fois. Elle consiste dans un gonflement considérable, néanmoins, absolument indolent, de cette lèvre, avec rougeur disparaissant sous le doigt. Enfin, si la pression de la peau ne donne pas cette sensation d'empâtement qui rappelle l'œdème et que l'on rencontre quelquefois dans les cas analogues, elle permet de constater que le tégument a perdu sa souplesse, qu'il est épaissi, qu'il ne se plisse plus.

Il y a longtemps déjà que je connais cette affection : elle n'est autre qu'une variété de vulvite, la vulvite unilatérale avec gonflement.

M. A. Guérin, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des organes génito-urinaires de la femme*, a bien décrit, avec beaucoup de raison d'ailleurs, la vulvite profonde, celle qui correspond aux petites lèvres, et la vulvite superficielle qui affecte les grandes lèvres. Mais, ni lui ni les auteurs qui se sont occupés de cette question n'ont fait de distinction entre la vulvite unilatérale et la vulvite bilatérale des grandes lèvres. Ils n'ont pas appelé l'attention sur cette variété de vulvite unilatérale qui est caractérisée par une rougeur érythémateuse, un gonflement chronique et un épaississement de la peau rappelant les lésions de l'éléphantiasis ou de la sclérodermie, mais qui diffère de ces deux affections en ce sens que, contrairement à celles-ci, mais au bout d'un temps très-long, la maladie est susceptible de se terminer par résolution. Il y a donc là une maladie qui n'a pas reçu jusqu'à ce jour de désignation et que je proposerai d'appeler *érythème chronique éléphantiasiforme de la vulve, vulvite érythémato-éléphantiasique, unilatérale.*

Mais si j'éprouve quelque difficulté à vous donner le nom

de cette affection, j'en connais du moins l'étiologie, et je sais d'une manière bien positive que cet état de choses ne se montre et ne dure aussi longtemps que lorsqu'il est consécutif à un chancre, et presque toujours à un chancre infectant. C'est une forme de gonflement susceptible de résolution très-lente qui suit le développement du chancre. En un mot, c'est un de ces accidents locaux de la syphilis, dont vous m'entendez quelquefois parler à propos de la pathogénie des rétrécissements du rectum et des condylomes.

L'intérêt qui résulte de la connaissance de cette variété de vulvite qui ne se développe sous l'influence d'aucune autre cause que les chancres, c'est que lorsqu'on se trouve en face d'une lésion de cette nature, on peut affirmer que la femme qui la présente a eu un chancre, et probablement un chancre infectant.

Lorsque cette malade est entrée à l'hôpital pour la première fois, le chancre avait déjà disparu, et je vous ai déjà fait part de mes impressions sur l'existence possible, chez elle, de la syphilis, et cela avec d'autant plus de raison qu'elle présentait dans l'aine gauche une pléiade de ganglions indolents. Néanmoins, je n'ai pas voulu lui donner de mercure, parce que je tenais à fixer votre esprit sur la valeur clinique de ce gonflement. Elle nous a quittés, après quelques jours de repos, conservant le gonflement de la petite lèvre gauche; mais hier, cette femme est rentrée dans le service avec une éruption roséolique des plus prononcées à la paume des mains, sur les parties latérales du ventre, le dos, les bras et les cuisses.

Outre ce gonflement bizarre, singulier, tenant tout à la fois de l'érythème, du phlegmon et un peu de l'éléphantiasis; outre cette éruption syphilitique, nous avons trouvé, chez cette femme, d'autres lésions.

En examinant le gonflement, j'ai remarqué des deux côtés de la vulve, indépendamment d'une certaine quantité de pus, provenant d'un peu de vaginite et même d'uréthrite, un assez grand nombre d'érosions très-petites, parmi lesquelles une, assez large, à la face interne de la grande lèvre gauche érythémato-éléphantiasique. De ces érosions, les petites ressemblent beaucoup à celles que donne l'herpès et semblent rentrer dans la catégorie de ces érosions consécutives à l'herpès qui ont été décrites en 1853, par Legendre, à l'hôpital de Lourcine. Quant à la lésion plus large, est-ce encore de l'herpès? C'est probable; et il se peut très-bien, en effet, qu'elle soit le résultat de l'agglomération de petites vésicules herpétiques qui se seraient ouvertes très-vite, et en se réunissant auraient ainsi donné lieu à une assez large solution de continuité.

Mais pour être complétement fixé sur la valeur de ces lésions, dont l'interprétation au point de vue des phénomènes physiques et fonctionnels, présente quelque difficulté, il convient d'examiner avec attention le col utérin. Il existe, en effet, une variété de chancres simples que j'appelle chancres herpétiformes, qui ont pour caractères d'être superficiels et multiples, et il serait possible que nous eussions sous les yeux, au lieu d'érosions herpétiques, des chancres appartenant à la catégorie que je viens de vous signaler. Leur présence, d'ailleurs, s'expliquerait de deux manières : ou bien cette femme aurait conservé au col quelque érosion chancreuse qui nous aurait échappé, et dont le pus aurait été s'inoculer sur la vulve; ou bien enfin, il se pourrait que, depuis sa sortie de l'hôpital, elle ait contracté de nouveaux chancres, qui auraient pris alors ce caractère herpétiforme, par cette raison qu'elle se trouvait déjà en puissance de la syphilis constitutionnelle.

II. — Vous pouvez voir couché au n° 6 de la salle Sainte-Vierge, un homme qui est entré à l'hôpital il y a quelques jours, et qui, entre autres contusions, présentait à la région occipitale une plaie affectant la forme d'un T irrégulier, contuse, mais peu profonde, sans décollement, ni dénudation.

Je ne désire soumettre à votre attention qu'un seul point : c'est que ce malade a été amené dans le service il y a dix jours environ, et que, depuis déjà deux jours, sa plaie, quoique assez étendue est presque complétement cicatrisée, sans qu'elle ait exercé, à aucune époque, d'influence de voisinage notable, sans qu'il y ait jamais rien eu qui ressemblât à une menace de phlegmon circonscrit, encore moins diffus, sans lymphangite apparente. De plus, cette cicatrisation rapide ne s'est pas faite par première intention, puisque les bords de la plaie sont restés un peu écartés et que les lèvres et le fond de la solution de continuité ont donné issue à une sécrétion de liquide sanguinolent, séro-purulent et ne ressemblant en rien à du pus de bonne nature. Puis, peu à peu, cette sécrétion s'est tarie et la plaie s'est desséchée sans qu'elle ait été couverte de bourgeons charnus.

Ce fait est un excellent exemple à ajouter à ceux que nous possédons déjà, de guérison de plaies par ce mécanisme intermédiaire, qui n'est ni la cicatrisation immédiate, ni la cicatrisation après granulation et suppuration.

Ce mode de cicatrisation, qui m'a frappé depuis quelques années, pour les plaies de la tête, se voit surtout quand celles-ci ont été pansées avec l'alcool pur. Cette année encore, deux fois nous avons essayé, dans le service, sur des plaies analogues, le pansement fait avec la tarlatane et l'eau simple, et dans chacun de ces cas, nous n'avons vu la cicatrisation ne se produire qu'après formation de bourgeons charnus et suppuration. Toutes les fois, au contraire, que nous avons employé le pansement à l'alcool, nous avons noté cette marche rapide vers la guérison, dont notre malade nous offre un exemple.

Je ne conclus rien de cette observation pour le pansement des plaies autres que celles de la tête; seulement pour ces dernières il me paraît, sans être trop exclusif, que le pansement à l'alcool est celui qui préserve le plus le malade des accidents consécutifs et qui conduit le plus vite à la cicatrisation. Ainsi traitées, les plaies de tête ont moins de tendance à l'inflammation et à la suppuration; elles guérissent plus rapidement, et par suite, se compliquent plus rarement d'érysipèle, de phlegmon diffus ou circonscrit.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. Leven.

Dyspepsie avec dilatation de l'estomac. — Traitement avec la pompe stomacale. — Guérison.

La dilatation de l'estomac est une complication très-fréquente de la dyspepsie. Quand celle-ci a duré un certain temps, il n'est pas rare de constater que l'estomac a subi une ampliation qui peut durer indéfiniment.

Elle peut s'accompagner, ce qui arrive fréquemment, d'une sécrétion de liquide acide dont on constate la présence par la percussion, dont le malade lui-même peut constater la présence quand il est étendu sur le lit et quand il fait de grandes inspirations. Ce liquide est souvent régurgité, arrive jusque dans la bouche et éveille sur son trajet la sensation de brûlement parce qu'il est acide; d'autres fois, il est neutre, il est rendu par la bouche sans éveiller de souffrances.

Sa sécrétion est augmentée par l'ingestion des aliments, et

surtout par les aliments que j'appelle irritants. Elle peut se faire continuellement et alors tous les aliments qui pénètrent dans l'estomac, de quelque nature qu'ils soient, sont rendus, et on observe que le lait lui-même est vomi. Ce genre de vomissements a été décrit jusqu'à présent sous le nom de vomissements nerveux.

Toutes les médications peuvent échouer contre cette affection, qui peut acquérir une très-grande gravité et déterminer la mort par inanition.

L'observation que nous rapportons se rapporte à un fait de cet ordre, dyspepsie avec dilatation de l'estomac et sécrétion énorme de liquide acide, guérie en moins d'un mois à l'hôpital Rothschild, par une application deux fois répétée de la pompe stomacale.

La nommée R..., âgée de vingt-sept ans, entre le 26 avril 1877 à l'hôpital.

Bien réglée, depuis l'âge de treize ans, elle eut une première grossesse à l'âge de dix-sept ans, avec un accouchement facile, sans accidents consécutifs.

Les règles se rétablirent et continuèrent jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans sans aucun trouble.

Elle eut alors une deuxième grossesse qui se termina par une fausse couche et une rétention du placenta durant six semaines.

Le placenta fut expulsé spontanément et dès cette époque, jusqu'à ce jour, les règles n'ont pas reparu.

Avant la fausse couche et l'aménorrhée qui la suivit, la malade n'avait jamais ressenti aucun symptôme de dyspepsie.

Mais aussitôt que les règles furent suspendues, la dyspepsie commença caractérisée par de l'inappétence et des vomissements de liquide.

La disparition des règles qui entraîne quelquefois des hémoptysies, ou des épistaxis, ou des hémorrhagies d'une autre espèce, si elle retentit sur l'estomac, produit des sécrétions de liquide acide ou neutre, c'est ce que l'on observe dans la grossesse, et la dilatation de l'estomac se fait très-rapidement; nous avons déterminé la dilatation de l'estomac chez le chien, à la suite d'un repas fait avec un seul aliment indigeste.

Au commencement, les vomissements de liquide duraient quinze jours de suite, puis il y eut une suspension de ces vomissements durant quelques jours, mais les intervalles de repos diminuèrent de plus en plus, et il n'y eut plus de trève pour ces périodes de tourmente où l'estomac était forcé de se débarrasser continuellement du liquide qu'il produisait jour et nuit. Il y eut jusqu'à trois cuvettes de liquide rendu en vingt-quatre heures.

Ce liquide était toujours clair, non mêlé de sang ni de pigment sanguin.

La maladie débuta il y a environ un an et demi. Son médecin la soumit à un traitement uniforme, qui consistait en purgatifs répétés chaque jour et en lavements purgatifs.

Ce qui guidait apparemment le médecin, c'est que l'estomac était chargé de liquide dont il se débarrassait continuellement. Les purgatifs, dans ce genre de dyspepsie avec sécrétion de liquide, ne tarissent pas la source des sécrétions et ne guérissent pas la maladie.

Les vomissements continuant, elle passa successivement par les hôpitaux Saint-Antoine, Necker et Lariboisière. On lui donna de la glace, des potions de chloroforme, de l'eau de chaux, de la viande crue durant plusieurs mois, de la noix vomique, des bains sulfureux.

Les nausées, les douleurs épigastriques, les éructations, le pyrosis, le hoquet durèrent, et de temps en temps seulement, il y eut quelque intermission.

Elle quitta l'hôpital non améliorée et, rentrée chez elle, elle se mit exclusivement au régime du lait, de l'extrait de malt et du vin de Champagne. Son état ne fit qu'empirer; elle se décida à entrer dans notre service, à l'hôpital Rothschild, le 26 avril. Elle était très-affaiblie, vomissant toute espèce d'aliments, même le lait; elle éprouvait de violentes douleurs au creux épigastrique, et ces douleurs étaient augmentées par la moindre pression.

L'estomac était dilaté jusqu'à l'ombilic, et en secouant brusquement la malade il était facile de percevoir le bruit produit par le liquide accumulé dans l'organe. Du reste, elle vomissait un liquide acide, jour et nuit, et elle n'avait pas eu de sommeil depuis cinq semaines environ.

L'auscultation de la poitrine nous fit entendre une respiration parfaitement normale, et on trouvait à la base du cœur un bruit de souffle au premier temps, lequel se propageait dans les vaisseaux du cou.

Les trois premiers jours qu'elle fut à l'hôpital, on lui donna 100 grammes de viande hâchée crue, une potion avec 1 gramme de bromure de potassium et le soir, pour faciliter le sommeil, on lui fit une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine. L'alimentation fut complétée par du lait pur. Les vomissements continuèrent.

Le quatrième jour, nous introduisîmes la sonde stomacale. Dès que la sonde eut franchi le cardia, l'estomac se débarrassa spontanément du liquide qu'il contenait; et nous introduisîmes dans l'estomac trois verres d'eau de Vichy dont une partie fut retirée avec la pompe.

Cette première opération fut suivie d'un soulagement immédiat; la malade accusa de l'appétit et elle dormit pour la première fois depuis plusieurs semaines.

Son régime alimentaire fut modifié et se composa d'œufs, viande, purée de pommes de terre et de un litre de lait, et elle ne reçut, comme médication, que deux verres d'eau de Vichy.

Cependant, après quatre jours, l'estomac était de nouveau rempli de liquide acide, les vomissements se reproduisirent.

Nous fîmes une deuxième application de la sonde et un deuxième lavage de l'estomac.

Elle éprouva encore des nausées le matin durant une huitaine de jours, et ces nausées ne duraient que une ou deux heures environ, puis elles disparurent complétement.

Cette malade est encore dans le service au 11 juin; depuis vingt jours, tout symptôme de dyspepsie a disparu; l'estomac n'est plus dilaté et on peut reconnaître, par la percussion, qu'il est remonté jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

L'appétit est revenu et la guérison est restée complète.

Ce fait nous paraît d'un très-grand intérêt au point vue clinique et au point de vue thérapeutique.

La dyspepsie, c'est-à-dire l'irritation de l'estomac, est très-fréquente toutes les fois que les fonctions utérines sont troublées, et l'ulcère de l'estomac qui n'est, selon nous, qu'une complication dans le cours de la dyspepsie, a été observé très-fréquemment par Breunton dans les faits d'aménorrhée.

Au lieu de produire l'ulcère stomacal, dans le cas que je viens de rapporter, l'aménorrhée a déterminé une irritation de la muqueuse avec sécrétion de liquide et une dilatation consécutive.

Ni le régime alimentaire, ni les médications usuelles ne suffisent pour tarir la sécrétion et guérir une dyspepsie de cet ordre. Lorsqu'une grande quantité de liquide est accumulée dans l'estomac, le malade, en proie à des souffrances intolérables, porte le doigt dans le pharynx pour se faire vomir, mais ce procédé, pour débarrasser l'estomac, ne suffit pas pour guérir.

Comment expliquer qu'un lavage deux fois répété a pu guérir?

Il est probable, qu'en même temps qu'elle débarrasse l'estomac d'un liquide qui l'irrite, la sonde agit mécaniquement sur le système vasculaire de la muqueuse, rétrécit le diamètre des vaisseaux et arrête la sécrétion.

Nous ne pouvons, puisque les menstrues n'ont pas reparu depuis la disparition de la maladie, invoquer qu'une action locale.

Il convient d'ajouter que la guérison ne peut être définitive que si la malade est astreinte à un régime alimentaire approprié, et que les sécrétions reparaîtraient bien rapidement, si on lui permettait de se nourrir de ce que j'appelle des aliments irritants pour l'estomac.

NOTE

SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE DE BRETAGNE

Lue à l'Académie de médecine le 31 juillet 1877, par le docteur Jules ROCHARD.

I

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des renseignements que je viens de recevoir sur une épidémie de typhus exanthématique qui a sévi tout récemment dans la petite île de Molène, et dont presque tous les journaux ont parlé. Je profiterai de cette occasion, si l'Académie me le permet, pour l'entretenir, pendant quelques instants, de cette maladie dont l'existence, à l'état endémique dans les départements du Finistère et du Morbihan, a été mise hors de doute par M. Gestin, médecin en chef de la marine du port de Brest, aux travaux duquel l'Académie a tout récemment décerné une récompense exceptionnelle.

Le travail auquel j'ai emprunté ces renseignements m'a été adressé par M. le docteur Danguy des Déserts, médecin de première classe de la marine, que M. le préfet maritime de Brest a envoyé à l'île de Molène, au début de l'épidémie, pour y donner ses soins à une population dénuée de toutes ressources. Ils m'ont offert un vif intérêt, d'abord en raison du terrain nettement limité sur lequel a évolué cette petite épidémie, et ensuite par le soin extrême avec lequel elle a été observée et décrite par le médecin distingué qui en a suivi le cours.

M. Danguy des Déserts a dressé le plan de l'unique village de Molène, en numérotant toutes les maisons envahies, dans l'ordre que la maladie a suivi. Il a fait le récensement de la population maison par maison, en indiquant pour chacune d'elles le nombre, l'âge et le sexe de ses habitants; il a suivi pas à pas l'extension du typhus exanthématique, en indiquant comment chacun de ces pas a été franchi par la contagion.

Molène fait partie d'un petit groupe d'îles qui s'étend, à l'ouest du Finistère, et semble se prolonger dans l'Océan. Elle est située à 9 milles de la terre ferme et à 8 milles d'Ouessant. Sa forme est irrégulièrement circulaire. Elle n'a que 4,000 mètres de circonférence. L'altitude du point le plus élevé ne dépasse pas 35 mètres. Complétement inculte dans la partie qui regarde le large, elle présente quelques champs d'orge, de seigle et de pommes de terre, dans la région abritée contre les vents d'Ouest. Son climat est celui du Finistère, avec son humidité, ses pluies presque continuelles, ses étés sans chaleurs, ses hivers sans froids rigoureux, son ciel gris et sans lumière. C'est le climat triste et doux de la Bretagne, qui a tant de charmes pour ceux qui y sont nés.

L'île n'a qu'un village, composé de 121 maisons. La population est de 578 habitants, dont 225 appartiennent au sexe masculin et 324 au sexe féminin. Les femmes sont plus nombreuses parce que beaucoup d'hommes sont en mer. Ceux qui restent ont tous servi sur les navires de l'État; ils n'ont d'autre occupation, d'autre travail que la pêche, et l'hiver, quand les bateaux sont désarmés, ils se reposent, fument et boivent, en laissant aux femmes, indépendamment des soins du ménage, tous les travaux que nécessite la culture de la terre, la récolte du varech, le chargement des navires, etc. Cet excès de travail, qui n'est pas compensé par une nourriture suffisante, épuise de bonne heure leur constitution primitivement robuste; aussi, ont-elles payé un plus large tribut que les hommes à l'épidémie dont je parle en ce moment.

Le premier cas remonte au mois de septembre 1876, mais ce n'est qu'en janvier de cette année que la maladie a véritablement pris le caractère épidémique. Elle a augmenté d'intensité en février et en mars, elle a atteint son apogée en avril, et s'est éteinte à la fin de mai.

Le 12 juin, lorsque M. des Déserts m'a adressé son rapport, il ne restait plus un seul malade dans l'île. Sur 578 habitants, 284 ont été atteints, dont 120 hommes et 164 femmes. Il n'en est mort que 12, dont 10 appartiennent au sexe féminin. M. des Déserts attribue l'excédant de mortalité, en dehors des causes que j'ai déjà indiquées, à ce que, pendant la période épidémique, les hommes passaient la majeure partie de leur temps en mer, tandis que les femmes restaient à la maison pour soigner les malades et les veillaient pendant la nuit.

Quoi qu'il en soit, cette épidémie s'est fait remarquer par son extrême bénignité. La mortalité n'a été que de 4 pour 100 sur la totalité des malades. Ce fait n'est pas sans exemple, Griésinger en a cité quelques-uns dans son *Traité des maladies infectieuses*.

L'épidémie de Molène n'est pas un fait isolé. Le typhus exanthématique a souvent régné sous cette forme, dans le Finistère et dans le Morbihan. En 1870, il a ravagé la commune de Riantec, située près de Lorient. M. Gillet, médecin de 1re classe de la marine qui a donné ses soins, pendant quinze mois, à tous les malades de cette commune, a retracé l'historique de l'épidémie depuis son début jusqu'au moment où il a été lui-même atteint par le fléau, dans sa thèse inaugurale, travail très-complet et rempli de faits intéressants (1), j'étais alors chef du service de santé au port de Lorient. J'ai eu l'occasion à deux reprises, de me rendre sur les lieux, en compagnie du sous-préfet de l'arrondissement et du médecin des épidémies. J'ai pu constater l'exactitude des faits relatés par ce confrère et rendre hommage au dévouement éclairé dont il a fait preuve. Sur 4071 habitants dont se composait la commune, 551 ont été atteints par le typhus et il en est mort 121, c'est-à-dire 22 pour 100.

Enfin, M. le médecin en chef, Gestin, a rendu compte plus récemment de l'épidémie qui a régné, en 1872, 1873, dans le village de Rouisan, situé aux portes de Brest. Sur 322 habitants qui le composent, 165 ont été atteints, et il en est mort 43.

M. Gestin ne s'est pas borné à décrire la maladie et à en constater la nature : mis en éveil par ses caractères spéciaux, par l'intensité de son pouvoir contagieux, il s'est demandé si le typhus exanthématique n'existait pas en Bretagne au même titre qu'en Irlande et que dans le pays de Galles dont elle se rapproche par sa situation géographique et par son climat; s'il n'y avait pas lieu de rapporter à cette maladie les épidémies dont les petites villes du Finistère sont si souvent le théâtre et qui avaient été mises, jusqu'ici, sur le compte de la fièvre typhoïde. L'enquête prolongée à laquelle il s'est livré, à cet égard, a dissipé tous ses doutes. Les renseignements qui lui ont été adressés de toutes parts par les confrères du département, les informations qu'il est allé recueillir lui-même sur les lieux, lui ont permis d'établir, d'une manière positive, l'existence à l'état endémique, du typhus exanthématique, dans le Finistère, dans le Morbihan et dans les communes les plus voisines du département des Côtes-du-Nord. C'est alors qu'il vous a adressé le remarquable tra-

(1) Gilet (Paul-Louis). *Quelques considérations sur le typhus de Rientec* (Morbihan). — Paris.

vail auquel j'ai emprunté ces indications et que vous avez couronné il y a quelques mois. — En présence des preuves accumulées dans ce mémoire, il me paraît difficile de révoquer en doute le fait de l'endémité du typhus en Bretagne et cette province vient se placer dans la distribution géographique de cette maladie, à côté de l'Irlande, du pays de Galles, de la Silésie, de la Pologne, etc.

Ce point établi, je me suis demandé si ce typhus de nos campagnes bretonnes était le même que le typhus des armées, des prisons et des vaisseaux, si cette maladie qui se borne à prélever un maigre tribut sur nos pauvres populations, est identique à celle dont l'histoire nous raconte les ravages, à ce typhus des camps qui, après la défaite de Leipsick, pénétra avec l'étranger dans nos places fortes, fit périr la moitié de la garnison de Torgau, enleva 20,000 hommes de celle de Mayence; et qui, de nos jours, a fait tant de victimes dans les rangs de nos soldats, pendant la campagne de Crimée. Pour résoudre cette question, il suffit de comparer la description des épidémies de Bretagne avec celles qui nous ont été léguées par Pringle, par Hildenbrandt, par Hernandez, par Forget, par Barrallier, et par les médecins de l'armée d'Orient. C'est bien la même maladie. Ce sont les mêmes prodromes, le même mode d'invasion, les mêmes symptômes. L'éruption qni constitue le caractère essentiel de l'affection y est décrite dans les mêmes termes, avec les mêmes comparaisons. La durée est la même; enfin, l'autopsie confirme encore cette identité, par ses résultats négatifs dans les deux cas.

La seule différence réside dans le degré de gravité et elle s'explique par les circonstances. Le typhus des camps, des prisons, et des vaisseaux sévit au milieu de grandes agglomérations, le typhus de Bretagne évolue paisiblement au sein de populations disséminées dans de petits villages, et en dehors de tout encombrement. L'encombrement, on le sait, ne suffit pas pour faire naître le typhus, il ne fait qu'en décupler les ravages. Pour qu'il éclate, il faut un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques que chacun connaît : Pour les camps, ce sont les privations, les fatigues, les intempéries, la nourriture insuffisante, la présence de cadavres d'hommes et d'animaux enterrés sans précaution. etc., etc., pour les campagnes bretonnes, c'est la misère et la malpropreté. Peut-être faut-il encore quelqu'autre chose, peut-être cet ensemble de causes banales ne fait-il que préparer le terrain sur lequel doit évoluer un germe apporté par la contagion? Mais je ne veux pas réveiller, en ce moment, les débats qui ont eu lieu, il y a trois ans, à cette même tribune, au sujet des causes du typhus. Ce sont là des questions qu'on ne soulève pas d'une manière incidente et je m'en tiendrai aux éléments que le typhus de Bretagne peut fournir à leur solution. Il est des points qu'on élucide mieux lorsqu'on les étudie sur un petit théâtre que lorsqu'on veut les aborder dans un milieu où tous les éléments de l'observation sont confondues. La puissance contagieuse du typhus est de ce nombre. Tous nos confrères en signalent l'intensité. Il est extrêmement rare qu'une seule personne soit atteinte dans une maison, et, dans ce cas, cela tient à ce que les autres ont été isolées. Lorsque le typhus entre dans une ferme, il atteint presque tous ses habitants. Sa marche est toujours la même. Chaque malade devient le centre d'un foyer d'irradiation qui s'étend aux autres membres de la famille, à des voisins, à des amis qui vont le propageant de maison en maison, jusqu'à ce que tout le village en ait subi l'influence.

La transmission ne se fait pas seulement par les malades; les vêtements, le linge, les objets de literie l'opèrent. M. des Déserts cite plusieurs cas dans lesquels des femmes ont été atteintes après avoir lavé le linge de personnes mortes du typhus. Des enfants ont été pris pour s'être roulés sur de la paille provenant du lit de personnes mortes du typhus.

Si l'activité du principe contagieux est considérable, sa sphère d'action est assez limitée. C'est une arme dont les coups sont certains, mais qui ne porte pas à grande distance. Infiniment plus contagieux que le choléra, le typhus n'a pas la même puissance de diffusion. Il n'est pas rare de voir des maisons respectées au milieu d'un groupe de maisons envahies. Il suffit pour cela que les habitants s'abstiennent de fréquenter leurs voisins. Dans une même maison, il suffit souvent, pour préserver une partie de la famille, de l'isoler, en la logeant dans une pièce différente et en supprimant les communications.

Le typhus du reste, ne se contracte pas aussi facilement que la scarlatine ou la variole. Il ne suffit pas d'approcher des malades, il faut passer un certain temps près d'eux. Il est surtout dangereux d'y séjourner pendant la nuit. La plupart des femmes atteintes à Molène avaient veillé des parents ou des amis frappés par la maladie.

Depuis dix ans, il n'est pas d'année où on ne l'ait vu apparaître sur cinq ou six points différents. Il est bien difficile de croire à autant d'explosions spontanées d'une maladie aussi éminemment contagieuse. Si ce mode de développement est admissible au sein d'une ville assiégée où sont réunies toutes les causes auxquelles on l'attribue, il n'en est pas de même lorsqu'on le voit naître dans de petites localités, dont aucune cause fortuite n'est venue changer les conditions hygiéniques.

Plusieurs des épidémies signalées par M. Gestin, ont éclaté dans des colléges où rien n'a changé depuis un siècle, ni les règles, ni le régime, ni même le mode d'enseignement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction pulique adresse l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter la donation que lui a faite Mme veuve Buignet, d'une rente annuelle de 1,500 francs, destinée à la fondation d'un prix.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1876, dans les départements de l'Aisne, de la Charente, du Finistère, d'Indre-et-Loire, des Landes, de la Loire-Inférieure, de la Lozère, du Nord, de la Drôme, de la Loire, de l'Isère et de l'Orne. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des établissements thermaux des Landes pendant l'année 1875. (Commission des eaux minérales.)

M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté l'Académie, déclare trois vacances de places de membres titulaires : 1° dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Gobley; 2° dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Kergaradec; 3° dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Dolbeau.

M. le président annonce ensuite que M. le docteur Sirus-Pirondi, membre correspondant, à Marseille, assiste à la séance.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. PIORRY rappelle ses précédents travaux au sujet de la fièvre typhoïde et de la distinction, fondamentale suivant lui, qu'il a établie, entre des choses que néanmoins on s'obstine encore à confondre; la cause, qui peut être contagieuse, l'empoisonnement spécial, qui se retrouve, variant de l'une à l'autre, au fond de toutes les maladies épidémiques et les effets de cette cause, ce qu'on nomme à tort la *maladie*, bien que ce ne soit qu'un ensemble de symptômes sans unité en dehors de la cause, sans analogie avec un être. une entité.

Pour éviter de telles confusions, M. Piorry recommande d'en revenir à sa nomenclature, dans laquelle la cause ou l'origine de l'intoxication est indiquée au commencement du mot. Au lieu de choléra, il faut dire *indiose*, parce que le poison vient de l'Inde, au lieu de peste, *niliose*, au lieu de rage, *cyniose*, parce que le poison vient du chien ainsi et de suite. Le plessimétrisme servira à reconnaître les divers états organopathiques que l'empoisonnement peut produire. En ce qui touche spécialement la fièvre typhoïde, M. Piorry renvoie à son mémoire, que nous ne pouvons malheureusement pas analyser, ne l'ayant pas trouvé au secrétariat de l'Académie.

COMMUNICATION

M. COLLIN communique un mémoire intitulé : *De l'étiologie des maladies virulentes.* Après avoir rappele très en détail les travaux antérieurs sur le charbon, il aborde l'étude critique des récentes recherches expérimentales de M. Pasteur. M. Pasteur a voulu prouver que la bactéridie était bien le seul agent de contagion du charbon. Il a semé cette bactérie dans des liquides appropriés et a reproduit le charbon en inoculant ces liquides chargés de bactéridies.

M. Collin a répété les mêmes expériences et, dans trois cas sur cinq, il a également fait naître le charbon chez des animaux auxquels il avait inoculé une goutte du contenu d'un des tubes de M. Pasteur.

Mais il lui semble que l'on pourrait interpréter ces faits positifs, en ne faisant jouer aucun rôle a des bactéridies de nouvelle formation. En effet, sait-on à quelle dilution la virulence peut cesser? M. Davaine a encore trouvé cette virulence dans des dilutions qui portaient moins d'un dix millionnième de goutte de sang infecté. M. Collin, de son côté, a encore trouvé, largement fertiles, des dilutions au dix millième et au cent millième, c'est-à-dire, obtenues dans le dernier cas, par une goutte de sang détachée d'une baguette de verre dans 3 kilogrammes et demi d'eau ; le chiffre d'éléments figurés contenus dans une goutte de sang, est si grand, que la dilution au cent millième peut retenir encore un nombre considérable de ces éléments.

La goutte de sang, du poids de 35 milligrammes, doit renfermer 175 millions de globules rouges, à raison de 5 millions par millimètre carré. Cette goutte de sang peut présenter quelquefois autant de bactéries que de globules ; elle en donnerait donc encore plusieurs centaines par goutte de dilution au cent millième. Les dilutions de M. Pasteur sont bien loin d'être au cent millième, puisque la goutte de sang ne s'y trouve étendue que dans quelques grammes d'urine. Elles pourraient donc encore être fertiles en l'absence de toute génération nouvelle, de toute multiplication des bactéries.

La contre-épreuve proposée par M. Pasteur, et consistant à faire filtrer à travers le plâtre, au moyen du vide, le liquide chargé de bactéridies, n'est nullement démonstrative, car l'osmose à travers le plâtre pourrait parfaitement altérer des ferments, comme elle altère bien des substances salines, ainsi que l'a prouvé Graham.

A ces premières objections, M. Collin ajoute les suivantes :

Dans les expériences qu'il poursuit depuis une dizaine d'années sur l'inoculation du charbon, il s'est constamment préoccupé de rechercher les bactéridies dans le sang de l'animal inoculé, afin de voir à quel moment précis elle y faisait son apparition.

Or, dans les premières minutes qui suivent l'inoculation, ce sang ne renferme point encore de bactéridies, et cependant, déjà l'animal est infecté. Si, par exemple, après avoir inoculé la pointe de l'oreille, on coupe cette oreille au bout de cinq minutes, l'animal n'en mourra pas moins du charbon, bien que son sang ne renferme point encore de bactéridies, et qu'examiné d'heure en heure, il n'en présente pas avant plusieurs heures.

Si d'heure en heure, on extrait ainsi un peu de sang de la veine de l'animal inoculé, et si, pour essayer sa virulence, on le fait servir chaque fois à de nouvelles inoculations, on constate qu'après quelques heures, il commence à communiquer le charbon, bien qu'on n'y aperçoive point encore de bactéridies. Cette période de virulence sans bactéridies est très-courte : puis les bactéridies font leur apparition.

La virulence sans bactéridies s'observe également dans le sérum obtenu après la coagulation du sang charbonneux. Les bactéridies étant retenues dans les mailles du coagulum, ce sérum n'en présente point ; mais il communique le charbon quand on l'inocule.

Inversement, M. Collin a vu le sang chargé de bactéridies ne pas communiquer le charbon. Une vache pleine était morte de cette maladie à la ferme de Vincennes. Son sang, chargé de bactéridies, inoculé à des lapins, les tua avec les symptômes ordinaires. Jusqu'ici rien que de très-normal. Mais, résultats inattendus, on trouva aussi des bactéridies, toutes semblables, dans le sang du fœtus à mi-terme qu'elle portait, et ce sang, chargé de bactéridies, inoculé à des animaux, reste complétement inoffensif.

Indépendamment de ces trois ordres de faits, dont les deux premiers montrent le sang en masse et le sérum virulents à un moment où ils sont dépourvus de bactéridies, et dont le troisième donne un sang non-virulent, quoique pourvu de bactéridies. M. Collin en invoque d'autres qui lui paraissent également se concilier mal avec le rôle attribué à la bactéridie.

Quand on abandonne à lui-même du sang charbonneux, on remarque que durant les premiers jours, ce sang est extrêmement virulent et communique le charbon ; puis il devient inoffensif, puis il redevient virulent et communique la septicémie; puis il redevient, pour la deuxième fois, inoffensif. Or, c'est justement au moment où les bactéridies produisent, en grandes quantités, les corpuscules germes dont a parlé M. Pasteur que ce sang perd, pour la première fois, sa virulence. Cela s'expliquerait beaucoup dans l'hypothèse d'un ferment qu'un commencement de putréfaction viendrait détruire.

Sont-ce les vibrions de la putréfaction, comme l'a prétendu M. Pasteur, qui, dans ce cas, viennent détruire les bactéridies ? non sans doute, car en mélangeant une goutte de sang encore actif avec quelques gouttes de sang putride chargé de vibrions, M. Collin n'a pas détruit sa virulence spéciale. Il a vu mourir du charbon les animaux auxquels ce mélange était inoculé.

Au contraire, en mêlant ce sang à de l'alcool, il l'a vu devenir inerte, bien que les corpuscules germes de la bactéridie pussent résister à l'action de l'alcool, suivant les dires de M. Pasteur.

Au point de vue de la pathogénie et de l'observation clinique, M. Collin trouve également peu satisfaisante la théorie bactéridienne. En effet, le charbon sévit dans certaines provinces déterminées ; il y revêt un caractère épidémique, on le voit parfois en hiver, alors qu'il n'y a plus de mouches inoculatrices : il est souvent bien difficile de déterminer comment la contagion aurait pu avoir lieu. M. Collin pense donc que les bactéridies ont besoin, pour se développer, de trouver un milieu favorable. Leur multiplication dans le sang est un effet, non la cause, de la maladie.

Le sang d'un animal charbonneux présente des caractères spéciaux :

1° Il tend à se fluidifier comme si un ferment rendait le plasma incapable de donner de la fibrine concrète.

2° Son plasma éprouve des modifications osmotiques ensuite desquelles il filtre à travers les vaisseaux, les séreuses, le tissu des ganglions.

3° Ses globules tendent à perdre leurs contours, deviennent mous, s'agglutinent facilement entre eux et laissent échapper une grande partie de leur contenu.

4° La matière colorante, l'hémoglobuline se modifie physiquement et cliniquement, elle se diffuse dans le sérum, le mucus intestinal bronchique, teint l'endocarde, les séreuses, les tissus pâlis des divers organes sur le trajet des vaisseaux. Elle est tellement altérée que le sang étalé sur des lames de verres ne peut reprendre sa couleur vermeille.

Toutes ces modifications, dit M. Collin, se produisent, en grande partie du moins, sans le concours de la bactérie, et c'est peut-être à elles qu'est due la virulence.

LECTURE

M. JULES ROCHARD lit une note *sur le typhus exanthématique de Bretagne.* (Voir plus haut.)

A cinq heures et quart la séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

134. Désert. Des dilatations lymphatiques.
135. Bouilly. Des lésions traumatiques portant sur des tissus malades.
136. Laréginie. Contribution à l'étude du chloroforme, de son action sur le régime circulatoire.

137. Toutain. Essai sur la valeur relative des amputations et résections dans les plaies et maladies articulaires.

138. Courserant. Étude sur la choroïdite antérieure.

139. Salètes. La lèpre dans l'antiquité et au moyen âge.

140. Riff. Du rôle de l'encombrement dans la pathogénie des maladies.

141. Mangin. Contribution à l'étude du sevrage prématuré et de ses dangers.

142. Braive. De la convalescence confirmée. Étude et appréciation de faits observés à l'asile de Vincennes.

143. Baur. De la pathogénie des hydropisies, et en particulier de l'anasarque aiguë *à frigore*.

144. Buffet. De la thermométrie et du pouls chez les femmes en couches.

145. Mons. De la cystite dans la grossesse et dans l'accouchement.

146. Frédault. De l'ataxie dans les maladies (Étude historique).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 18 juillet 1877, des concours s'ouvriront à l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille, savoir : le 4 février 1878 pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles ; le 19 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours public pour une place de 2e chef-interne s'ouvrira le lundi 5 novembre 1877 à trois heures. Les candidats devront être âgés de vingt-et-un ans accomplis, célibataires ou veufs sans enfants ; ils devront avoir douze inscriptions de Faculté ou quatorze d'École préparatoire. Les docteurs ne seront pas admis à concourir.

Le candidat nommé entrera en fonction le 1er janvier 1878 ; la durée de son exercice est fixée à trois années : il sera spécialement attaché à l'hôpital de la Conception.

Les émoluments du 2e chef-interne sont fixés à 700 francs par an, il est, de plus, logé et nourri.

— Un service médical de nuit, organisé sur les mêmes bases que celui dont la ville de Paris est redevable à l'initiative de M. le docteur Passant, fonctionne à Marseille depuis le 1er août.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 8 août, à huit heures précises, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nominations de membres titulaires, correspondants et associés libres nationaux ; 2° Constitution médicale du mois de juillet. Polyclinique ; 3° Discussion sur la suppression de la direction municipale des nourrices ; 4° Sujet de prix pour l'année 1878 ; 5° Instructions pour le service médical du 11e arrondissement ; 6° Rapport de M. Lafont sur l'admission des malades dans les hôpitaux.

— La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a tenu sa séance publique mensuelle, le mercredi 25 juillet, dans son local, rue de l'Abbaye, n° 3 (salle de la société de chirurgie), à huit heures du soir.

Elle a entendu les communications suivantes : 1° De la stomatite ulcéreuse épidémique, par M. le docteur Catelan ; 2° Considérations nouvelles sur l'hygiène de la grossesse, par M. le docteur Pinard ; 3° Les établissements de bains froids à Paris, par M. le docteur Napias.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Manuel de technique microscopique, ou Guide pratique et résumé des connaissances indispensables à celui qui commence l'étude du microscope, par le docteur P. Latteux. — In-18. Prix broché, 5 francs ; relié, 6 francs. — 1877, Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Bourboule,

GRANDE SOURCE PERRIÈRE
(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

La thermalité de ces eaux est de 60° centigr.

Elles contiennent 13 millig. d'arsenic par litre, soit 21 millig. d'*acide arsenique*.

Les autres sources de la BOURBOULE, toutes moins arsenicales, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la GRANDE SOURCE PERRIÈRE qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules*, *lymphatisme*, *syphilis tertiaire*, *maladie de la peau*, *des os*, *de la poitrine*, *fièvres intermittentes*, *anémie*, *diabète*, etc.

LES THERMES DE LA BOURBOULE
Bel et grand Établissement nouveau pourvu de tous les perfectionnements modernes.

Expédition : 30 bouteilles 22 fr. } Franco en gare de
— 50 — 35 fr. } Clermont.

S'adresser : Compagnie fermière des eaux de la Bourboule, à Clermont-Ferrand : Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris. Agences dans toutes les grandes villes.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc. 21, Paris.

Bromure de zinc

chimiquement pur, expérimenté dans les hôpitaux, contre *l'épilepsie*, *l'hystérie*, *les névroses* et les douleurs fulgurantes de *l'ataxie locomotrice*. — Pilules de 0g,20 c.

Doses de 1 à 10 pilules par jour, selon les cas.

BROMURE DE ZINC ARSENICAL. — Pilules de 0,05. — Doses de 1 à 5 par jour.

Flacon : 3 fr. — FREYSSINGE, pharm., 97, rue de Rennes, et pharmacies.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.
Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Pancréatine Defresne

Admise dans les hôpitaux de Paris.

La Pancréatine possède un pouvoir digestif d'une très-grande puissance. Un gramme de cette substance digère *simultanément* : 24 grammes d'axonge, 30 grammes d'albumine ou de viande, 150 grammes de fibrine et 8 grammes d'amidon, soit 212 *fois son poids*.

Les préparations expérimentées dans les hôpitaux sont :

1° Les *Pilules pancréatiques de Defresne;* elles contiennent 20 centigrammes de pancréatine, et se donnent à la dose de 2 à 4 pilules, avant chaque repas.

2° La *Pancréatine Defresne;* elle se prend en poudre, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme avant chaque repas. Chaque flacon est muni d'une petite cuiller contenant 25 centigrammes.

DÉPÔT *à la pharmacie* DEFRESNE, 2, *rue des Lombards*, *et dans les principales pharmacies.*

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Morny-Châteauneuf (PUY-DE-DOME)

Sources bicarbonatées gazeuses, calciques, ferrugineuses. — EAU DE RÉGIME ET DE TABLE apéritive, digestive, reconstituante.

Administr., 4, rue Lavoisier, Paris. (Écrire.) — Vente chez tous les march. d'eaux minér. naturelles, dans les pharmacies, restaurants, hôtels.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de Catillon à la Glycérine

ET AU QUINQUINA.

Le même FERRUGINEUX, 0gr. 25 de fer par cuill. *Troubles digestifs, fièvres, chloro-anémie, diabète.*

Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose sans *constipation*, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie, etc.*)

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, etc.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, Paris, et dans toutes les pharmacies.

N° 90. — SAMEDI 4 AOUT 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 4 AOUT 1877. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Association synergique des deux yeux, persistant malgré la paralysie de la sixième paire d'un côté.

L'association synergique des deux yeux dans les mouvements de latéralité n'exige pas, comme on le croirait, pour condition indispensable, que les muscles moteurs jouissent des deux côtés de leur fonctionnement normal. Elle peut encore persister dans certains cas de paralysie d'un droit externe; et on observe alors ce phénomène étrange que le droit interne de l'autre œil semble lui-même paralysé dans la vision binoculaire; tandis qu'il recouvre toute sa puissance quand l'œil qu'il doit mouvoir entre seul en action.

M. Féréol, qui a publié et commenté, il y a quatre ans, dans une lecture à la Société médicale des hôpitaux, une observation de ce genre, complétée par une autopsie, vient de nous signaler un fait semblable chez un malade qui se trouve actuellement dans son service, à Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 18 bis.

Chez ce malade, il existe une paralysie de la sixième paire du côté droit; et quand il fait effort pour tourner l'œil à droite, le muscle droit externe devient le siége de contractions courtes, saccadées, comme convulsives, qui se répètent coup sur coup, mais qui restent inefficaces à accomplir pleinement le mouvement voulu. Or, ce singulier nystagmus se produit en même temps à gauche, quand le malade regarde à droite des deux yeux, bien que l'œil gauche se porte à droite sans difficulté quand il agit seul, ou quand, pour fixer un objet très-rapproché, le malade louche.

C'est donc bien évident : alors que l'impotence fonctionnelle de son droit externe fait osciller le globe oculaire du côté droit autour d'un axe qui s'écarte à peine du plan médian, les oscillations simultanées du globe oculaire gauche sont des mouvements associés, qui ne se rattachent en rien à une affection de son droit interne.

Le nerf moteur oculaire commun n'est point directement en cause; le nerf de la sixième paire du côté droit se trouve seul lésé, et quant à la cause de cette lésion, elle est facile à reconnaître d'après l'ensemble des symptômes.

Il s'agit d'un tuberculeux.

C'est un jeune homme de vingt et un ans qui tousse depuis plusieurs mois, et chez lequel l'auscultation et la percussion révèlent, notamment vers le sommet du poumon droit, de larges cavernes.

Pourtant il ne se figurait pas être phthisique, il ne se préoccupait nullement de sa toux, qu'il attribuait à un simple rhume, et il continuait à exercer l'état d'imprimeur lithographe, lorsque les phénomènes nerveux dont nous allons avoir à parler, rendirent le travail impossible et le contraignirent à entrer à l'hôpital, le 27 juin dernier.

C'était la troisième fois, du reste, dans un espace de deux ans, qu'il était forcé de se faire soigner pour des souffrances de même source.

Il raconte qu'en 1875, pour la première fois, ayant été bien portant jusque-là, il fut pris de douleurs de tête excessivement vives, tellement vives que la vue en était toute troublée. « Pendant une huitaine de jours surtout, dit-il, je ne voyais presque plus clair ». La céphalalgie se dissipa graduellement en quelques semaines et la vue redevint aussi bonne que jamais.

A ce moment, ce jeune homme ne toussait pas encore, du moins il ne s'en souvient pas; et il se passa près d'un an sans indisposition nouvelle.

L'année dernière, le mal de tête reparut inopinément, s'accompagnant, non plus de troubles de la vue, mais d'étourdissements et de vertiges. Le malade devint sujet à des évanouissements subits. Assez souvent, au moins sept ou huit fois par mois, perdant tout à coup connaissance, s'il était debout, il tombait. Il ne peut dire s'il jetait un cri, comme le font les épileptiques, s'il avait les périodes de convulsions toniques, de convulsions cloniques, de stertor. Il ne se rappelle pas s'être mordu la langue. Tout ce qu'il sait, c'est qu'à cette époque, pendant au moins cinq ou six minutes, il perdait complétement conscience de ce qui se passait en lui ou autour de lui. Il se relevait brisé de fatigue et avec un tel mal de tête que, suivant sa propre expression, *il n'en pouvait plus*.

Cela dura ainsi deux ou trois mois, puis, de nouveau, la céphalalgie se dissipa; les étourdissements, les vertiges, les vomissements disparurent avec elle.

Sauf cette toux, dont le malade ne se préoccupait pas, bien qu'elle amenât des crachats de plus en plus abondants, il se croyait dans un état tout à fait normal, lorsque vers la fin du mois d'avril de cette année, les maux de tête se reproduisirent avec une extrême intensité. Cette fois, ils se faisaient

sentir surtout en arrière, et plus encore à droite qu'à gauche, retentissant jusque dans le cou, dont ils rendaient les mouvements très-pénibles. Les évanouissements reparurent et se rapprochèrent de plus en plus, tellement que le malade, la veille de son entrée, en avait eu six en un seul jour. Il se sentait alors extrêmement faible sur ses jambes, sans paralysie proprement dite, sans parésie plus accusée d'un côté que de l'autre. Il avait des nausées fréquentes, il faisait même parfois des efforts pour vomir, mais ne vomissait point encore. Ce fut une huitaine de jours seulement après son entrée à l'hôpital qu'il fut pris de vomissements, et, chose à noter, d'après son récit, l'apparition de ce nouveau symptôme coïncida avec un amendement notable de ceux qui l'avaient précédé. La céphalalgie, moins violente, n'occupa plus qu'un espace restreint et se limita mieux au côté droit; les évanouissements devinrent plus rares, les pertes de connaissance moins complètes. Aujourd'hui, le malade, même lorsqu'il lui arrive d'être repris de vertiges et de tomber, ne devient pas complétement étranger à ce qui l'entoure. S'il faut l'en croire, il sait très-bien ce qui se passe autour de lui alors qu'il est sans mouvement. Les crises n'ont donc, à présent, plus rien qui puisse rappeler les vrais accès épileptiques.

Du côté des yeux, il y a eu, et il y a encore quelquefois de la diplopie, un certain degré d'incohérence dans tous les mouvements du globe oculaire, une sorte de tremblottement dans tous les sens, et particulièrement cette sorte toute spéciale de nystagmus assez étendu et saccadé dont nous avons parlé plus haut, qui se produit quand le malade veut porter ses regards à droite.

Du reste, il lui suffit de regarder à droite ou de regarder en l'air pour être pris d'un plus grand mal de tête, d'éblouissements et de vertiges. Il vomit facilement alors.

Les vomissements, quelle qu'en soit la cause occasionnelle, peuvent survenir à un moment quelconque de la journée. Quelquefois, ils suivent de très-près l'ingestion d'aliments, et ces aliments sont rejetés. Ainsi, il ne s'agit plus seulement chez ce jeune homme de vomissements pituiteux, comme dans certaines dyspepsies : les vomissements et les vertiges doivent être subordonnés à une lésion des centres nerveux.

Cependant il n'y a jamais eu ni fourmillements dans les doigts ou dans les orteils, ni anesthésie, ni crampes dans les membres, ni paralysie proprement dite, ni affaiblissement notable et permanent. La force musculaire paraît actuellement, à droite comme à gauche, à peu près intacte.

On a placé un séton à la nuque, et somme toute, d'après les dires de ce jeune homme, il se sentirait mieux. L'accablement, la tendance aux vertiges auraient diminué, les mouvements de rotation de la tête seraient devenus moins pénibles, les pertes de connaissance, de moins en moins complètes, se seraient de plus en plus espacées.

Va-t-il y avoir une nouvelle accalmie, comme on en a vu déjà deux pendant les années précédentes? La chose n'est pas impossible, bien qu'il s'agisse évidemment ici d'une affection tuberculeuse, qui ne rétrogradera pas. En effet, les troubles fonctionnels qui résultent d'une tumeur développée sur quelque point de l'encéphale, ne sont pas toujours permanents comme cette tumeur. Souvent il arrive qu'elle reste, pendant de longues périodes de temps, inoffensive pour le tissu nerveux qui l'avoisine. Puis, lorsque ce tissu s'irrite de sa présence, sous l'influence de quelque poussée congestive ou pour toute autre cause, il peut se faire encore que cette irritation ne soit que momentanée et que, pour des semaines ou des mois, l'équilibre se rétablisse.

C'est ce qui est arrivé à deux reprises chez ce jeune homme dans ces deux dernières années. Évidemment, les céphalalgies si violentes, les troubles de la vue, puis les vertiges, les crises épileptiformes, etc., se rattachaient déjà chez lui, dès le début, à la même affection qui se manisfeste encore par des symptômes du même ordre. Il est presque certain qu'il s'était fait, dès lors quelque dépôt tuberculeux vers la base de l'encéphale.

Dans le fait suivi d'autopsie, que M. Féréol a publié, les symptômes étaient analogues, céphalalgie violente, paralysie du droit externe d'un des deux yeux, vomissements, etc., avec cette différence pourtant qu'il existait une hémiplégie incomplète et une hémianesthésie, qui étaient croisées par rapport a cette paralysie d'un droit externe.

A l'examen *post mortem*, on découvrit dans l'étage supérieur de la protubérance, près du point de jonction de la protubérance et du bulbe, une tumeur jaunâtre grosse comme une cerise, d'une consistance ferme et absolument comparable à ce qui a été décrit dans les os, sous la dénomination de tubercule confluent. Cette tumeur était située en très-grande partie, du côté gauche de la ligne médiane, c'est-à-dire du côté où il s'était produit une paralysie de la sixième paire. On sait, qu'en effet, le noyau d'origine de la sixième paire se trouve dans la protubérance, tout près de la ligne de jonction de la protubérance avec le bulbe. Un certain degré d'hémiplégie gauche, dans les derniers jours de la vie, avait correspondu avec les empiétements de la tumeur de l'autre côté de la ligne médiane.

M. Féréol, dans ses commentaires sur cette observation, a analysé, avec un très-grand soin, les symptômes observés pendant la vie, et a montré *de quelle précision, en quelque sorte mathématique, le diagnostic était susceptible dans ce cas, quant au siége de la lésion et quant à ses progrès.*

Il en est à peu près de même dans le cas qui nous occupe. La lésion, de nature tuberculeuse, doit siéger dans la protubérance, près des origines de la sixième paire du côté droit. Selon toutes les probabilités, ce ne doit pas être encore une tumeur aussi volumineuse que dans l'autre cas, puisqu'il n'y a point d'hémiplégie. Peut-être s'agit-il de tubercules multiples et chacun d'un petit volume.

Maintenant comment se fait-il qu'une lésion de la sixième paire de l'un des yeux, puisse amener ce que M. Féréol appelle l'*inaction conjuguée du muscle droit interne de l'autre œil*, ou, comme chez notre malade, ce nystagmus singulier des deux yeux, par secousses simultanées, spasmodiques et inefficaces, que nous avons décrit plus haut?

M. Féréol a proposé l'explication la plus probable de cette étrange association de mouvements, ou d'impotences, en supposant qu'il devait y avoir, entre les noyaux d'origine de la troisième paire, et de la sixième paire, des fibres communicantes à l'aide desquelles s'établirait à l'état normal la synergie des muscles antagonistes de l'œil. Il pensait d'abord que cette anastomose devait être croisée, s'effectuant entre racines nerveuses situées l'une à droite, et l'autre à gauche du plan médian. Mais cela ne paraît pas nécessaire puisque le moteur oculaire commun est un des nerfs au sujet desquels on admet un entrecroisement partiel des fibres émergentes, dans la protubérance, tandis que les fibres du moteur oculaire se dirigeraient sans entrecroisement vers le globe oculaire du même côté.

Or, dans une note, qui a été l'occasion d'un nouveau travail de M. Féréol, M. Lockard Clarke a établi qu'il avait trouvé, dans ses recherches anatomiques sur la nature intime

du cerveau, la communication voulue entre les troisième et sixième paires du même côté.

Il est donc possible que le muscle droit interne reçoive son innervation de deux sources, de la sixième paire pour les mouvements isolés, de la troisième paire du côté opposé pour les mouvements associés et synergiques.

De là, deux résultats complètement différents à la suite de paralysie de la sixième paire, suivant le siége de la lésion, suivant les cas, les individus, et peut-être même les époques.

Tantôt, l'un des deux yeux s'isolerait de l'autre pour les mouvements de latéralité que ce dernier ne pourrait plus exécuter. Il y aurait alors de la diplopie, comme il paraît y avoir eu à certains moments chez notre malade. Tantôt, au contraire, les deux yeux resteraient encore associés dans l'impotence motrice de l'un d'eux, et ils seraient sujets à la même inaction, aux mêmes tremblements, aux mêmes spasmes, aux mêmes crampes, pour ainsi dire.

Les observations de cette association persistante sont encore fort peu nombreuses. C'est pourquoi nous avons écrit, d'après les renseignements fournis par le malade, cette dernière, que M. Féréol avait signalée à notre attention.

Alcoolisme chronique

TRÉMULENCE PARÉTIQUE A REDOUBLEMENTS

Avant de tracer en détail la symptomatologie du syndrome que nous avons nommé *trémulence parétique à redoublements*, il est bon d'en donner encore un certain nombre d'observations, prises indifféremment, soit parmi les alcooliques reconnus, soit parmi ceux qui se prétendent ou paraissent effectivement n'avoir jamais fait abus de boissons.

Disons d'abord que, dans ce syndrome comme dans l'hystérie, on retrouve habituellement l'hyperesthésie et l'anesthésie associées en proportions diverses ou alternant.

Obs. VII. — Un marchand de vins de mon quartier vint me consulter, l'année dernière, pour une douleur qui occupait le bras droit depuis l'épaule jusque vers le milieu de l'avant-bras. Cette douleur était exaspérée par la moindre pression, le contact même était pénible. La chaleur du lit l'augmentait aussi, et souvent cet homme en était venu à se relever dans la nuit, tant elle le faisait souffrir, surtout quand il lui arrivait de se retourner en dormant sur le côté droit. Du reste, le sommeil était court et fatigant, souvent interrompu par des cauchemars. Le malade qui, depuis une vingtaine d'années, était obligé, disait-il, pour contenter sa clientèle, de faire un usage immodéré d'alcooliques, était, depuis peu, devenu sujet à des pituites du matin et à un tremblement des mains qui s'accentuait à certains jours.

Dernièrement, je l'ai revu et interrogé avec soin.

Il n'y a pas très-longtemps, raconte-t-il, qu'il a commencé à ressentir du fourmillement dans les doigts et des crampes dans les jambes. Autant qu'il s'en souvienne, ces phénomènes ont à peine précédé la névralgie hyperesthésique du bras droit, laquelle a duré trois mois environ. Il faut dire que son attention ne s'est portée sur sa santé que depuis le début de cette hyperesthésie; jusque-là, les malaises qu'il a pu éprouver passaient, en quelque sorte, inaperçus pour lui. Mais depuis un an environ, préoccupé par la survenance de cette douleur, il s'est écouté bien davantage et voici ce qu'il a observé :

D'ordinaire, ses mains tremblent très-peu, la droite cependant toujours plus que la gauche. La trémulence ne s'étend pas plus loin.

Mais à certains jours, cette trémulence est remplacée par une agitation choréique de tout le corps, tellement marquée surtout dans la main droite, que le malade ne peut se servir de cette main, ni pour boire, ni même pour manger. Il devient forcément gaucher ces jours-là, et ne peut écrire. En même temps que cette agitation, apparaissent des tournements de tête et des vertiges: Il n'y a pas de céphalalgie proprement dite; mais le malade croit qu'il va tomber quand il veut se tenir debout.

Ces crises, qui tendent à devenir de plus en plus fréquentes et qui durent de dix à douze heures, surviennent souvent, alors que cet homme n'a pas bu la veille plus que d'ordinaire. Toute cause d'affaiblissement ou de fatigue, telle que des rapports conjugaux, quand il lui arrive d'en avoir, peut également les provoquer. Pendant leur durée, il y a du dégoût pour les aliments et pour les boissons, des nausées presque continuelles et des vomissements bilieux: l'estomac et la base de la poitrine sont comme comprimés.

Même en dehors de ces crises, la vue se fatigue et se trouble facilement; la mémoire, excellente pour certains détails, en laisse échapper beaucoup d'autres de même date, parfois de très-récents. Ainsi il arrive à cet homme de ne plus savoir ce qu'un client vient de lui demander à la minute. Le caractère s'est modifié, il est devenu, de jour en jour, plus nerveux, plus impressionnable, plus irritable. La puissance musculaire est considérablement diminuée, surtout dans la main droite. Autrefois, cet homme, pouvait enlever entre ses bras des pièces de vin, aujourd'hui, il est incapable de les soutenir un instant. La sensibilité tactile semble affaiblie notablement, surtout dans la main droite; mais, à partir de l'avant-bras, on ne trouve pas de différence bien nette, à ce point de vue, entre les deux côtés.

Obs. VIII. — Un malade, entré le 9 juillet, dans le service de M. Empis, à la Charité, salle Saint-Michel n° 24, a présenté, dans son histoire, de très-grandes analogies avec le malade précédent.

Lui aussi se plaignait surtout d'une névralgie hyperesthique qui le faisait beaucoup souffrir. Cette névralgie, dont un des foyers principaux était également le bras depuis l'épaule jusque vers le milieu de l'avant-bras, occupait en outre le membre inférieur du même côté, et sous la plante du pied elle était tellement forte que la pression sur le sol arrachait des cris au malade quand il essayait de se lever. D'ailleurs, à un degré plus faible elle se retrouvait sur tout le reste de la moitié gauche du corps. Il y avait aussi un peu de douleur, mais beaucoup moindre, vers l'épaule droite.

Cet homme, qui se trouve avoir justement le même âge que l'autre, cinquante ans, était facteur d'instruments de musique et travaillait surtout le cuivre.

Il dormait mal depuis très-longtemps : son sommeil était agité, interrompu par des rêves effrayants. Il était sujet à des fourmillements, à des picotements dans les mains et dans les jambes, à des démangeaisons sur la peau, à des crampes.

Il vomissait souvent le matin un demi-verre environ d'un liquide clair et filant.

A l'en croire, il ne faisait pas et n'avait jamais fait abus ni de liqueurs, ni de vin. S'il lui arrivait les jours de paye, de boire un peu plus que d'ordinaire, c'était toujours dans des proportions assez minimes. Les autres jours, il buvait à peine deux à trois demi-setiers de vin dans la journée, pendant les repas, et par ci par là, fort rarement, un petit verre de rhum. Il avait habituellement, déjà depuis un certain temps, un très-léger tremblement des mains, surtout de la gauche. Ce tremblement, dont on s'apercevait à peine, ne nuisait en rien à son adresse. Mais de temps en temps, particulièrement le len-

demain des jours de paye, ou quand il s'était beaucoup fatigué, ou avait été vivement ému, ou avait bu un verre de vin blanc, cette trémulence faisait place à une extrême agitation de tout le corps. Ces jours-là il avait des nausées, des vertiges, et un tel dégoût pour les aliments, que s'il essayait de manger il vomissait aussitôt. Ces crises duraient généralement environ deux jours.

Le malade avait conscience d'être bien plus faible qu'autrefois. Il serre très-peu de la main gauche. Il accuse des sifflements dans les oreilles; la vue est affaiblie et se fatigue vite; fréquemment quand elle se brouille, il semble qu'il passe des petits corps mobiles devant les yeux.

Comme chez le malade précédent, les temps d'orage causent un sentiment de grande fatigue générale et d'oppression, parfois des vertiges.

Quand la névralgie hyperesthésique commença à se dissiper, ce fut vers la face interne du bras gauche qu'elle conserva le plus longtemps son intensité, soit à la surface de la peau, soit dans la profondeur des masses musculaires.

Obs. IX. — La névralgie hyperesthésique, occupant le bras depuis l'épaule jusqu'aux environs du poignet, est également un symptôme observé, mais qui ne fut jamais prédominant, chez un employé des hôpitaux, que je ne désignerai pas d'une façon plus précise.

Cet homme, âgé de quarante-trois ans, obligé par la nature de ses fonctions de se fortifier contre l'absorption des miasmes putrides, a, depuis huit ans, sur le conseil d'un chef de service très-distingué, dans des circonstances particulières, contracté l'habitude de boire, tous les jours, deux cent cinquante grammes de rhum, sans compter le reste.

Il raconte que, dans son enfance, vers l'âge de douze ans, à une époque où il était on ne saurait plus sobre, il aurait déjà éprouvé une affection caractérisée par un très-léger tremblement habituel, par des fourmillements dans les mains, et, tous les huit jours environ, par une agitation extrême de tout le corps, qui ne durait jamais plus de vingt-quatre à trente-six heures. Il dit se rappeler très-bien ces circonstances: il ne varie jamais dans ses réponses sur ce sujet. Je ne sais quelle valeur il convient d'attribuer à son récit, mais je le reproduis sous toutes réserves. Tel qu'il le décrit, ce tremblement intermittent ne saurait être confondu avec une chorée vulgaire. Mais ses souvenirs sont-ils exacts?

Quoi qu'il en soit, depuis l'âge de treize ans, il ne ressentit plus rien de ce genre, jusqu'au moment où les fourmillements reparurent, il y a trois ans environ. Vers la même époque, le sommeil commença à être interrompu par des rêves effrayants, et quelques mois plus tard, survinrent des vomissements pituiteux du matin, et un léger tremblement des mains, surtout de la gauche.

A ce point de vue, comme à plusieurs autres, il faut, dès lors, distinguer chez lui deux manières d'être différentes : l'état habituel et l'état de crise.

Habituellement, la trémulence est très-peu marquée : durant les crises, elle se transforme en grands mouvements convulsifs, choréiformes, incompatibles avec l'adresse manuelle, et qui ne permettent pas au malade d'écrire.

Les crises peuvent être proquées par tout espèce de fatigue. Les rapports sexuels particulièrement en sont souvent l'occasion.

Alors cet homme tremble de tous ses membres, il a des vertiges, des nausées, des vomissements, généralement bilieux ou pituiteux. Il lui semble que l'abdomen est serré *comme dans un cercle*, ou que la base de la poitrine est prise *comme dans un étau*. Ayant coutume de se tâter le pouls, il a constaté qu'en pareil cas, il se fait une intermittence à toutes les trois ou quatre pulsations. C'est à la suite de ces crises, rares autrefois, mais maintenant de plus en plus fréquentes, qu'il a éprouvé à plusieurs reprises une névralgie hyperesthésique de tout le bras gauche, moins le poignet. Une maladie squammeuse de la peau m'a empêché de rechercher s'il existait en ce moment, de l'anesthésie du côté gauche.

Dans tous les cas, la vigueur musculaire est encore très-grande, et les excitations sexuelles très-développées, malgré la fatigue excessive que causent les rapports vénériens.

La vue a tellement baissé depuis trois mois, que le malade s'est vu obligé de porter lunettes, et néanmoins il ne peut pas l'appliquer longtemps sans qu'elle se brouille. Observateur très-attentif, il a remarqué que, quand il avait fixé durant quelques instants un objet noir sur fond blanc, ou blanc sur fond noir, s'il fermait les yeux, la même image, avec les couleurs disposées d'une manière inverse, se faisait voir à lui très-longtemps. Il y a donc chez lui une persistance toute particulière de ce phénomène subjectif. Il voit souvent des points noirs passer devant ses yeux. Il entend des bruits de cloche; il a des bourdonnements dans les oreilles. Il est devenu de plus en plus impressionnable. Les [illegible]ges, les changements de temps lui causent une grande fa[illegible]. Sa mémoire, autrefois très-bonne, est devenue inégale, capricieuse, irrégulière. Elle offre souvent, suivant son expression, des *trous* singuliers.

Dr Victor Revillout.

NOTE

SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE DE BRETAGNE

Lue à l'Académie de médecine le 31 juillet 1877 (1), par le docteur Jules Rochard.

II

Quant à établir l'origine du typhus en Bretagne, quant à rechercher s'il y a existé de tout temps, s'il y a éclaté spontanément à la suite de quelque calamité publique, ou s'il y a été importé, cette question se rattache à un point de doctrine que je n'ai pas voulu aborder. Je dirai toutefois que cette dernière explication vers laquelle incline M. Gestin me semble la plus plausible. Le port de Brest a été assez souvent visité par des escadres atteintes de typhus des vaisseaux pour que la maladie ait pu y faire élection de domicile, et la dernière de ces épidémies était bien de force à l'y implanter. Le 3 novembre 1758, l'escadre de l'amiral Dubois de Lamothe, forte de treize vaisseaux et de deux frégates, mouillait en rade de Brest après une longue croisière et avec plus de la moitié de son monde sur les cadres. Elle débarqua ses malades et ses morts, le typhus se répandit dans la ville et dans les environs; en cinq semaines, 10,421 marins ou employés de la marine furent atteints par le fléau; le chiffre des décès s'éleva à 2,518 pour les gens de mer, à 500 pour les forçats et à 1,186 pour les habitants. Ce qui fait pour la population, prise dans son ensemble, 4,204 victimes. 5,842 matelots, à peine convalescents, furent renvoyés dans leurs foyers. Lorsque Boyer, le médecin du roi, fut envoyé à Brest pour joindre ses efforts à ceux du médecin en chef de Courcelles, il en rencontra à chaque pas sur sa route qui pouvaient à peine marcher (2). Il ne serait pas surprenant que ces échappés du désastre eussent semé le germe de la maladie dans les campagnes; mais s'il répugnait de faire remonter l'importation du typhus en Bretagne à une époque aussi reculée, il serait tout aussi facile de l'expliquer par les rapports de chaque jour qui unissent notre littoral avec les ports de l'Angleterre et de l'Irlande.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 août.

(2) J.-B. Fonssagrives. *Recherches historiques sur l'épidémie qui, en 1758, ravagea l'escadre de l'amiral Dubois de Lamothe et la ville de Brest.* — *Annales d'hygiène*, 1859, t. XII, page 241.

Quoi qu'il en soit, il y règne sous cette forme au moins depuis un demi-siècle, car M. Gestin a relevé, dans le cours de cette période, une quinzaine d'épidémies se produisant à intervalles de plus en plus rapprochés dans les petites villes et dans les campagnes.

La marche de la maladie proteste aussi contre la première explication. Ce n'est pas une explosion soudaine comme celle qui devrait se produire au milieu d'une population soumise à un même ensemble de causes : on peut toujours remonter à un premier cas, au-delà duquel le fil conducteur se brise parce que les renseignements font défaut. A partir de ce moment, la transmission est facile à constater, On voit la maladie se propager lentement et par voie de contagion d'un malade à un autre, puis de maison en maison, de famille en famille, et le nombre des cas suit une progression croissante et presque régulière jusqu'à ce qu'elle ait atteint tous ceux qui sont susceptibles de la contracter. C'est là du moins ce qui s'est produit dans les épidémies dont je rends compte en ce moment.

Celle de Riantec n'a pas pu être observée à son début. Lorsque M. Gillet y est arrivé, la maladie existait déjà depuis près de deux ans. Elle y était, dit-il, *à l'état endémique* et n'a pris le caractère épidémique qu'à la fin de 1869.

A Ruisan, le premier cas auquel M. Gestin a pu remonter a été observé chez une femme habitant une ferme située à 300 mètres du village. Elle a communiqué la maladie à deux de ses parents qui, de leur côté, l'ont transmise à cinq autres personnes, lesquelles l'ont répandue dans le reste de la population, mais du 9 juillet au 25 septembre, on n'en a encore observé que six cas.

Quant à la première malade, il a été impossible de savoir comment elle l'avait contractée.

A Molène, les choses se sont passées d'une façon analogue. Il y avait déjà cinq mois que la maladie y existait lorsque M. Danguy des Déserts est arrivé dans l'île, il n'a pu, par conséquent, recueillir que des renseignements rétrospectifs. D'après l'enquête minutieuse à laquelle il s'est livré, le premier cas s'est déclaré au mois de septembre chez un jeune homme de seize ans qui a communiqué la maladie à sa mère et à ses deux sœurs; celles-ci l'ont transmises aux personnes qui les fréquentaient et qui l'ont répandue dans toute l'île. Quant à ce jeune homme, il était embarqué depuis trois mois sur un bateau qui pêchait dans l'Iroise, lorsque ce bateau vint à se briser sur l'île de Sein. Il y séjourna pendant huit heures et s'endormit même au soleil. Ce ne fut que le lendemain qu'il put revenir à Molènes, portant encore ses vêtements mouillés, et trois jours après, il tombait malade. Bien que de pareils accidents soient assez communs chez les pêcheurs de nos côtes, il y avait là de quoi provoquer une pneumonie, ou une pleurésie, mais rien qui puisse expliquer l'apparition du typhus qui ne régnait pas alors à l'île de Sein et dont aucun de ses compagnons d'infortune n'a été atteint. Ce jeune homme habitait, du reste, une des maisons les plus sombres, les plus humides et les plus mal tenues de l'île. En somme, dans ces deux épidémies, pour le premier cas, pour le cas initial, la contagion n'a pu être démontrée. Les renseignements, il est vrai, n'ont été recueillies qu'après coup; et la circonstance décisive, le fait de la transmission, a pu échapper aux malades ou s'effacer de leur souvenir. Cette explication me satisfait plus que celle qui consisterait à admettre le développement spontané du typhus chez des individus isolés, dont l'un vivait à bord d'un bateau et l'autre dans une ferme, au milieu de gens qui n'ont pas été atteints.

Il est encore un point de l'histoire du typhus sur lequel les rapports des médecins de la marine ont pu jeter un certain jour, c'est celui qui a trait à la durée de l'incubation. Elle varie, d'après Hildenbrandt, de quelques heures à douze ou quinze jours. Garcin, médecin de l'hôpital de Neufchateau (Vosges), a reconnu, sur des soldats du 64e régiment, une incubation de vingt-six jours. M. Godelier, professeur au Val-de-Grâce, a vu la maladie éclater au bout de cinquante jours. Bancroft, dans le typhus qui régnait en 1809 dans l'armée anglaise en Espagne, signale des cas survenus soixante-huit jours après l'infection. Enfin, il en est d'autres qui parlent d'incubation de cinq et de six mois. Tous les médecins de la marine qui ont observé le typhus s'accordent à lui assigner une incubation de dix à douze jours. C'est après ce laps de temps qu'il a éclaté à bord du *Marengo*, au mois de décembre 1875, d'après Arnoux son chirurgien-major. C'est onze jours après leur départ de Kamiesch que Terrin l'a vu survenir à bord du *Sané* et Chaspoul à bord du *Fleurus*. Dans l'épidémie du bagne de Toulon, M. Barralier a fixé la durée de l'incubation à douze ou quinze jours. M. Gillet, pour celle de Riantec, et M. Gestin pour celle de Ruisan, se sont arrêtés au chiffre de huit à douze jours. M. des Déserts, observant sur un territoire beaucoup mieux limité, est arrivé à une délimitation plus précise. Les hommes, ainsi que je l'ai dit, ont été atteints en beaucoup moindre proportion que les femmes, et cela tient à ce qu'ils passaient toutes leurs journées en mer, mais toutes les fois que le mauvais temps les empêchait de sortir, dix ou douze jours après, le nombre des cas augmentait d'une manière très-notable, et c'étaient les hommes qui faisaient les frais de cet excédant. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, le dimanche 18 mars, une pluie torrentielle retint tout le monde à la maison, et dans la journée du 28 et du 29, M. des Déserts constata vingt et un cas nouveaux, alors qu'il n'y en avait eu que six pendant les cinq jours précédents, et qu'il n'y en eut que sept pendant les cinq jours qui suivirent. Ce médecin cite un fait encore plus probant : une vieille femme de l'île de Banalec vint passer à Molène la journée du 28 avril. Il y avait plusieurs mois qu'elle n'avait mis le pied ni dans les îles voisines ni sur le continent, et elle jouissait d'une santé parfaite. Elle entra dans plusieurs maisons infectées, passa la nuit dans un lit clos près d'une malade, repartit le lendemain pour Banalec et n'en sortit plus. Douze jours après son retour, elle tomba malade et communiqua le typhus a un enfant de douze ans qui couchait avec elle. M. des Déserts alla les voir, il constata la maladie, les fit isoler, et les autres habitants furent épargnés. Il me semble que la concordance de tous ces faits, sur lesquels je me suis peut-être un peu trop longuement étendu, suffit pour faire assigner à l'incubation du typhus exanthématique une durée moyenne de dix à douze jours.

Les travaux dont j'ai l'honneur de vous rendre compte renferment encore des détails intéressants sur la symptomatologie, ils signalent de légères différences sous ce rapport entre l'épidémie de Molène et celle de Riantec et de Ruisan, mais je ne m'y arrêterai pas davantage, afin de ne pas abuser de l'attention que l'Académie a bien voulu me prêter.

THÉRAPEUTIQUE

Des effets physiologiques et thérapeutiques du phosphate de chaux

Par le docteur Jules Regnard.

Le phosphate de chaux est un médicament aliment, assez semblable pour la façon dont il se comporte dans l'économie, au chlorure de sodium. Comme ce dernier, si on l'administre solubilisé, il passe dans les urines, et on a voulu en induire qu'il ne s'assimilait pas. Mais, comme tous les médicaments, il se retrouve dans les urines après avoir exercé dans l'économie son action dynamique et biologique; et en tant qu'aliment, il peut s'y retrouver encore comme produit de désassimilation par suite du renouvellement amené dans les tissus par son introduction.

Parmi les effets physiologiques du phosphate de chaux, quelques-uns sont bien démontrés et ont pu servir à des applications thérapeutiques, mais beaucoup me paraissent encore hypothétiques. Il n'en est pas de même des résultats thérapeutiques. Ceux-ci frappent le praticien, et ce sont eux surtout qui doivent le guider.

Il ya trois ans que, pour la première fois, j'ai employé le phosphate de chaux sous une forme absorbable. J'ai débuté par des phthisiques à des degrés divers, et, chez presque tous, j'ai observé une amélioration remarquable. L'appétit et le retour des forces, la diminution de la toux, ont suivi de près l'administration du médicament. Quelques-uns de ces malades sont morts, il est vrai ; d'autres traînent, et après une suspension plus ou moins prolongée, le phosphate de chaux vient encore leur donner un coup de fouet favorable. Chez d'autres enfin, l'amélioration a persisté, et sans vouloir dire qu'ils sont guéris, ils doivent certainement à cette médication un retour à la santé qu'aucun autre n'avait procuré.

Depuis, j'ai encore employé avec le même succès le phosphate de chaux dans la plupart des cas de phthisie que j'ai eu à traiter. Je dis la plupart, parce que j'ai remarqué que dans la forme éréthique, comme aussi dans la phthisie laryngée, le phosphate de chaux n'a guère d'action et qu'il est même quelquefois nuisible. J'en ai obtenu également d'excellents résultats dans la scrofule, dans les anémies, les convalescences, dans un cas de blessure du pied par arme à feu, avec complications graves et état cachectique consécutif. Je n'en ai jamais fait usage dans les fractures, mais si j'avais affaire à des vieillards, je n'en négligerais certainement pas l'application.

Mais il ne s'agit pas d'administrer le phosphate de chaux d'une façon banale, car du mode de préparation employé dépend presque tout le succès, et je suis convaincu que ceux qui ont échoué, le doivent en partie à l'ignorance de ce fait. Tous les bons résultats que j'ai obtenus depuis trois ans, je les dois au chlorhydro-phosphate de chaux, à la solution Coirre, et ce qui m'a fait préférer, dès l'origine, cette préparation, c'est le principe sur lequel elle est basée, à savoir que l'acide chlorhydrique étant l'acide du suc gastrique, c'est la forme sous laquelle le phosphate de chaux pénètre physiologiquement dans l'économie. Aujourd'hui, il est vrai, quoique cette opinion ait encore gagné en faveur et soit à peu près seule admise, je n'y attacherais pas autant d'importance. Les résultats obtenus me paraissent, en effet, primer toute autre considération, d'autant qu'il se pourrait que le chlorure de calcium que renferme le chlorhydro-phosphate de chaux entre pour une part dans ses effets. Il y aurait encore un autre motif qui me le ferait rechercher aujourd'hui, c'est la facilité de son administration. Si on le prend en mangeant et mêlé à un peu de vin, il passe complétement inaperçu, de sorte que, même chez les enfants, on peut le continuer aussi longtemps qu'on le désire.

Puissent mes confrères qui n'ont pas employé ce médicament, partager ma conviction, et leur arsenal s'augmentera d'une arme qui leur rendra de fréquents services.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

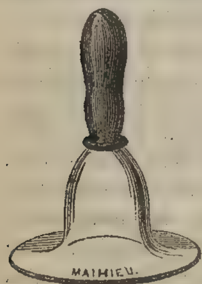
La correspondance comprend une brochure de M. le docteur Bacchi, intitulée : *Monstruosité par inclusion dans la région sacro-coccygienne d'un nouveau-né.*

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil dépose : 1° de la part de M. le docteur Cavaillon (de Carpentras), plusieurs observations sur les sujets suivants : 1° *Deux faits d'anorexie hystérique ;* 2° *un fait d'aliénation mentale;* 3° *Congélation superficielle des pieds chez un diabétique, gangrène profonde, traitement du diabète, guérison rapide;* 4° *Corps étranger dans le sac préputial;* 5° *Épi de graminée dans les voies aériennes d'un enfant de deux ans et demi; toux spasmodique simulant la coqueluche; expulsion du corps étranger; guérison.* (Rapp. : M. Verneuil.)

2° De la part de M. le docteur Soulez (de Romorantin), une observation de *calcul vésical énorme extrait par la taille vaginale; guérison rapide sans suture.* (Rapporteur : M. Verneuil.)

M. Desprès présente à la Société, au nom du docteur Barbin, de Montoir (de Bretagne), un nouveau modèle de bout de sein, construit sur ses indications, par M. Mathieu fils.



Ce petit appareil, composé d'une cupule en verre surmontée d'une tétine en caoutchouc, est de la plus grande simplicité; il permet aux femmes qui n'ont pas de bout de sein formé, ainsi qu'à celles dont le mamelon est atteint de crevasses, gerçures ou ulcérations, d'allaiter sans difficulté et sans souffrances.

La cupule-verre permet, en outre, de voir si l'enfant ne tète pas inutilement et si le lait passe librement.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Contracture des adducteurs de la cuisse. — M. Desprès a recherché dans les œuvres de Duchenne (de Boulogne) les passages relatifs à la contracture des adducteurs de la cuisse. La description que cet auteur donne et qu'il représente dans les figures 246 et 247, est beaucoup moins complète, il est vrai, que celles que M. Verneuil a exposées dans la dernière séance, mais montre cependant que ces faits ne sont pas nouveaux.

M. Verneuil n'attache pas une grande importance aux questions de priorité. Cependant, d'après lui, Duchenne n'a pas décrit la contracture des adducteurs. A la page 978 du même ouvrage, il énumère les diverses contractures qu'il va décrire, et, dans cette énumération, il ne parle pas des adducteurs. L'appareil dont il donne la figure est destiné à remédier aux contractures d'origine cérébrale, mais celles que M. Verneuil a décrites n'ont aucun rapport avec les maladies du cerveau. D'autres auteurs ont vu cette maladie sans la décrire toutefois ; M. Verneuil n'avait pas connaissance de leurs travaux au moment où il fait sa communication. En 1867, M. Philipeaux, dans son *Traité des coxalgies*, consacre un premier chapitre aux contractures musculaires simulant la coxalgie. Trois des cas qu'il cite ont un certain rapport avec la contracture des adducteurs, mais quelques lignes seulement leur sont consacrées. M. Onimus en parle aussi dans son article tout récent du *Dictionnaire encyclopédique sur les contractures.*

M. Desprès ne conteste pas que M. Verneuil ait créé l'histoire de cette maladie, mais, parmi ceux qui en ont parlé avant lui, Duchenne (de Boulogne) a fait autant que MM. Philipeaux et Onimus.

COMMUNICATIONS

Pollutions nocturnes; guérison par le réveilleur électro-médical de M. Minière. — M. Tillaux a eu récemment l'occasion d'appliquer l'appareil électro-médical de M. Minière, présenté cette année par M. Verneuil. Le malade était un étudiant en médecine affecté, depuis quelques mois, de pertes séminales presque toutes les nuits. Sa santé était très-altérée, son amaigrissement considérable. Il avait pris du fer, du quinquina, des bromures de potassium et de camphre, des bains de mer, etc., le tout sans résultat. Il vint demander à M. Tillaux, de lui cautériser les canaux éjaculateurs. Mais le chirurgien lui conseilla l'emploi de l'appareil de M. Minière, dont les résultats furent, dans ce cas, aussi efficaces que dans celui qu'a décrit M. Verneuil. Depuis le 4 juillet, le malade n'a pas eu une seule pollution nocturne. La santé et l'appétit sont revenus. Son poids a augmenté de cinq livres et demie. Mais M. Tillaux fait observer que cet appareil ne peut être utile que si les pollutions s'accompagnent d'érections.

Procédé pour graisser les instruments de lithotritie. — M. Desprès a employé, comme tous les chirurgiens, pour graisser ces instruments, le cérat, l'axonge, la pommade belladonée, l'huile. Mais, malgré ces précautions, le frottement de ces instruments dans l'urèthre devient vite très-pénible. Quoiqu'il ne soit pas partisan des injections dans la vessie avant l'opération de la lithotritie, l'expérience lui a démontré qu'en graissant le malade au lieu de graisser l'instrument, en faisant directement une injection de 70 à 80 grammes d'huile dans l'urèthre et la vessie, à l'aide d'une seringue de verre, sans soude, on rendait beaucoup moins pénible l'introduction des instruments, qui pénètrent pour ainsi dire seuls, par leur propre poids, jusque dans la vessie.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Diagnostic du siége des oblitérations intestinales congénitales. — M. Depaul a entretenu, à plusieurs reprises, la Société de certaines oblitérations intestinales congénitales. Il apporte, aujourd'hui, un nouveau fait de ce genre qu'il a recueilli dans son service. L'enfant était né le 25 juillet. La mère était primipare ; l'accouchement n'a rien présenté de particulier.

Le lendemain matin, on apprit à M. Depaul que l'enfant avait vomi un peu de lait et *une grande quantité de bile jaunâtre,* fait qui éveilla son attention. La conformation extérieure de l'anus était na-

turelle, mais une sonde de femme, introduite dans l'ouverture, était arrêtée à 1 centimètre et demi. Le petit doigt était arrêté au même niveau par un cul-de-sac. M. Depaul pensa, d'abord, qu'il pouvait y avoir une de ces oblitérations de la dernière portion du gros intestin qui sont assez communes, mais il réserva son diagnostic, se souvenant de quelques cas qu'il avait observés, dans lesquels cette oblitération siégeait beaucoup plus haut. Le plus souvent elle est située à un centimètre ou un centimètre et demi, mais, dans six cas, M. Depaul a vu l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, près du cœcum, remplacée par un cordon fibreux.

Il a développé, il y a quinze ou dix-huit ans, devant la Société, dans une discussion à laquelle a pris part Robert, les moyens de diagnostic de ces deux siéges de l'oblitération intestinale, congénitale, car il n'en a observé qu'en ces deux points. La sensation d'impulsion communiquée au doigt pendant les efforts de l'enfant n'a qu'une valeur secondaire; elle existe toujours, même lorsque l'oblitération est très-éloignée, affaiblie, il est vrai, mais cependant sensible. Elle est communiquée alors par l'ébranlement de la masse des organes contenus dans l'abdomen. Depuis longtemps, M. Depaul a insisté sur l'importance de la forme et du développement du ventre, et a établi sur ces signes une théorie qui est facile à comprendre : lorsqu'il y a un étranglement intestinal, quel que soit son siége, le ventre prend un grand volume par suite de la tympanite et de la péritonite qui survient fatalement. Si le gros intestin, est libre et que l'oblitération ne siége qu'à sa partie inférieure, il se remplit de matières; le volume du ventre est beaucoup plus considérable, surtout transversalement. A la percussion, on trouve de la matité surtout à gauche. Si, au contraire le gros intestin est supprimé, le ventre fait un peu saillie en avant, mais est moins développé transversalement; il est sonore à la partie inférieure. C'est alors que la sensation d'impulsion manque à peu près complètement.

Se basant sur ces connaissances, M. Depaul, le lendemain, annonça qu'il s'agissait probablement d'une oblitération siégeant très-loin, près du cœcum, et renonça à faire une opération qu'il jugeait inutile. L'opération de Littre ne donne pas un succès sur deux cents à cet âge. Il valait donc mieux se résigner à laisser succomber cet enfant qui ne pouvait pas vivre. Il mourut le jour suivant, de péritonite, d'une manière un peu brusque qui fit soupçonner une rupture intestinale, et, en effet, M. Depaul trouva à l'autopsie une rupture de l'intestin. La pièce qu'il présente démontre l'exactitude de ses prévisions.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. MARÉCHAL, médecin de la marine à Brest, présente un des malades qu'il a soumis au traitement qu'il a préconisé dans la dernière séance pour les fistules uréthrales.

La séance est levée.

Dans sa séance du 31 juillet, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à l'acceptation du legs de M. Moiana, qui a laissé par testament un million à la Ville de Paris, pour la fondation d'un hôpital qui porterait son nom, et où seraient soignées les femmes malades et indigentes.

— Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, a :

MM. Alexandrowicz, médecin à Alais; Decombes, médecin à Richelieu; Auvray, médecin à Nonancourt; Ledemé, médecin à Domfront; Jaurand, médecin à Avivault; Bernard, médecin à Apt; Simon, médecin en chef de l'hôpital de Semur; Mondain, officier de santé à Beaune-la-Rolande; Chardon, médecin à Yssingeaux; Combe, médecin à Villefort.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Hypertrophie du cœur avec bruit de galop, consécutive à une néphrite interstitielle.

Nous avons actuellement dans le service un malade dont le diagnostic, au premier abord, est assez embarrassant : non pas que nous soyons chez lui en présence d'un appareil symptomatique énorme, mais, parce qu'au contraire, il s'agit d'une maladie très-atténuée dans ses diverses manifestations. C'est un homme de soixante-cinq ans, forgeron, originaire d'Alsace, parlant à peine français et ne donnant, par conséquent, que très-peu de détails sur sa maladie. Cependant, en analysant minutieusement les divers phénomènes qu'il présente, on arrive, comme vous allez le voir, à établir son observation d'une façon à peu près complète.

Il tousse et expectore des crachats muqueux mélangés à une certaine quantité de sang. En outre, il a de l'oppression qui présente, à un certain degré, le caractère de la respiration de Stokes, c'est-à-dire qu'elle est inégale, irrégulière, tantôt accélérée, tantôt ralentie.

Ce phénomène, sans être très-marqué, est néanmoins assez manifeste. Quand on examine la poitrine, on entend dans les différents points du poumon quelques râles sous-crépitants, mélangés à des signes d'emphysème pulmonaire; d'autre part, la respiration est un peu rude et la percussion donne lieu à une sonorité un peu exagérée. Le cœur est assez volumineux; sa pointe est abaissée et légèrement portée en dehors. La matité cardiaque dépasse à droite, très-notablement, le bord correspondant du sternum. Les urines sont d'un jaune ambré, parfaitement limpides et ne présentent extérieurement aucun signe d'une altération quelconque.

En résumé, nous sommes en présence de l'état complexe suivant : bronchite avec emphysème; léger degré d'apoplexie pulmonaire notamment à la base inférieure du poumon droit où les râles sont un peu plus nombreux; cœur volumineux, hypertrophié, mais sans bruit anormal. Si nous essayons de déterminer quel rapport il y a entre les lésions pulmonaires et les lésions cardiaques : la question est assez difficile à résoudre, l'histoire du malade ne nous apprenant absolument rien qui puisse nous éclairer à cet égard.

Un premier point qui jette une certaine lumière, c'est l'absence de souffle cardiaque, et même d'altération notable des bruits normaux; c'est surtout un vestige très-appréciable du bruit de galop. Ces caractères, en effet, suffisent déjà pour faire supposer que la lésion cardiaque à laquelle nous avons affaire est une de ces hypertrophies spéciales qui reconnaissent pour cause, non pas une affection pulmonaire, mais une lésion du rein. Examinons donc les urines.

Au premier abord, ainsi que je vous l'ai dit, elles ne présentent rien de particulier; mais si nous en introduisons une certaine quantité dans un tube, et, si après avoir ajouté quelques gouttes d'acide acétique, nous chauffons seulement la partie supérieure de l'éprouvette, on ne tarde pas à voir apparaître une effervescence très-manifeste et, en regardant par transparence à une lumière suffisamment vive, on constate dans le liquide une teinte opalescente due à la précipitation d'une certaine quantité d'albumine. Ceci pourrait, au premier abord, faire supposer que, la circulation présentant un certain degré de gêne et de ralentissement, il s'est fait, chez cet homme, en raison même de cette stase sanguine, un peu de congestion rénale, dont le passage d'un peu d'albumine du sang dans les urines est la conséquence. Mais, dans ces cas, celles-ci laissent déposer au fond du verre une quantité plus ou moins considérable d'urates, caractère que nous ne trouvons pas chez ce malade dont les urines sont, au contraire, très-limpides et très-claires.

Aussi l'absence de ce signe, jointe à l'hypertrophie du cœur et au bruit de galop, donne-t-elle lieu sinon à une certitude absolue, du moins à de bien grandes vraisemblances pour que cet homme ait eu, plus ou moins longtemps, une néphrite interstitielle et consécutivement une hypertrophie cardiaque, laquelle a eu pour effet de déterminer à son tour un peu de congestion pulmonaire qui, à la base des poumons, va même jusqu'à l'apoplexie.

Ajoutons enfin, à cet ensemble de phénomènes, la respiration de Stokes qui entre encore dans les raisons de ce diagnostic; elle est, en effet, très-habituelle dans la forme de maladie du cœur que nous avons sous les yeux.

Vous voyez donc que, sans connaître l'histoire de ce malade, nous nous trouvons néanmoins en présence de signes et de symptômes assez nombreux, assez caractéristiques pour que nous puissions dire que, sous l'influence des exigences de son métier, cet homme a dû s'exposer à un refroidissement alors qu'il avait le corps en sueur, ou que, peut-être, il s'est livré à quelques excès alcooliques; toutes conditions qui ont fait que le rein est devenu malade et consécutivement le cœur.

Bien qu'il n'existe chez lui aucun signe de tremblement alcoolique, aucun trouble du système nerveux qui atteste l'influence de l'alcool, je dis que, néanmoins, cette substance peut avoir exercé une action nocive sur le rein de ce malade. Il faut savoir, en effet, que les individus qui ont fait un abus de l'alcool extrêmement prolongé peuvent porter des lésions viscérales très-prononcées et portées à un très-haut degré, sans présenter de tremblement alcoolique; et que, d'autre part, celui-ci peut apparaître sans qu'il existe d'altération notable du côté des divers organes. Cela dépend d'abord de la susceptibilité individuelle des gens, puis de la façon dont est ingéré l'alcool, lequel peut produire des effets différents suivant la manière dont on l'emploie; de même qu'avec l'eau froide, on peut, suivant son mode d'administration, donner lieu aux accidents les plus variés, tels que l'anémie, la congestion, l'hyperémie, etc.

C'est surtout chez les individus qui, de temps en temps, font de gros excès alcooliques, qui introduisent en très-peu de temps une grande quantité d'alcool dans leur économie, que l'on observe le tremblement des buveurs. On le constate également chez les gens qui font des excès de vin, la qualité de l'alcool étant à peu près indifférente.

Au contraire, les lésions viscérales surviennent plutôt chez ceux qui font pénétrer d'une façon constante dans leur système circulatoire, une quantité d'alcool plus grande qu'il ne convient : insuffisante pour modifier sensiblement le système nerveux; suffisante néanmoins pour altérer notablement les organes. Aussi rencontrerez-vous fréquemment cette seconde variété d'intoxication, chez les gens du monde qui souffrent de l'abus de l'alcool dans leurs organes, dans leurs viscères, mais chez lesquels on n'observe aucun ébranlement du système nerveux; et c'est dans cette classe de la société plutôt qu'à l'hôpital, que vous verrez se produire ces lésions rénales, dues à l'usage immodéré des boissons alcooliques, jamais porté au degré de l'ivresse et n'allant jamais jusqu'au tremblement.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. PAUL TOPINARD.

Des métis humains (1).

III

En résumé, au sein de chacun des trois embranchements principaux de l'humanité, les croisements sont eugénésiques, c'est-à-dire qu'ils se font aussi bien directement par les demi-sangs, qu'indirectement par les sangs de retour. Les races jaunes avec les races blanches et les races nègres, sont également eugénésiques. Les races européennes brunes, les races Sémites et Berbères, et la race rouge du centre de l'Afrique, le sont aussi avec les Nègres. Les races blondes européennes avec les Nègres, donnent facilement encore des métis de premier sang, qui se croisent avec succès avec l'une et l'autre des races mères; mais il n'est pas encore démontré que la vitalité des rejetons de leur premier sang, ne soit pas diminuée et que ceux-ci ne s'éteindraient pas, réduits à eux-mêmes. Quant aux races noires d'Océanie avec les races blondes d'Europe, leurs croisements sont immédiatement fertiles, et très-fertiles; on ne peut plus le contester aujourd'hui. Il est certain aussi qu'ils donnent parfaitement lieu à des métis de second sang; mais ce qu'on ne sait pas, c'est si leurs métis de premier sang sont féconds eux-mêmes et entre eux seulement.

Somme toute, directement ou indirectement, facilement ou difficilement, toutes les races humaines peuvent donner lieu à une race croisée, que le temps se charge de consolider.

Mais il ne suffit pas que cela puisse se faire. Pour que la race se réalise il faut que les circonstances le permettent; autrement dit, il faut le concours de conditions favorables.

Ces conditions se rangent sous deux chapitres : les conditions de milieu et les conditions propres à l'individu. Les conditions de milieu influent sur l'existence même de la race; les conditions de l'individu, sur sa qualité.

Il va de soi, pour qu'une race métisse réussisse, qu'il ne faut pas qu'elle soit mise au ban de la société, et qu'on lui fasse des conditions d'existence différentes de celles des races avec lesquelles elle est en contact. Car, qu'arrive-t-il? Les hommes se découragent, deviennent paresseux, se livrent à la débauche, meurent ou vont peupler les prisons, comme les *Zambos* du Nicaragua. Il suffit de voir les métis du Pérou, qui sont considérés, pour voir la différence. Les femmes, de leur côté, se livrent invariablement à la prostitution, l'une des grandes sources de stérilité, à l'alcoolisme et à tous les vices que les Européens traînent à leur suite en pays étranger. Il ne faut pas non plus qu'à leur retour dans les tribus, on extermine leurs enfants comme font les Australiens. Il faut, en second lieu, que le pays ne soit pas trop réfractaire à l'une ou l'autre des races qui entrent dans la constitution des métis. Les croisements apportent, en effet, le bon et le mauvais des deux souches. Les Nègres n'ont pas la fièvre jaune, leurs métis ne l'ont pas non plus. Les blancs succombent dans un pays parce qu'ils n'y sont pas acclimatés, leurs métis succomberont parce qu'ils en héritent. L'un des premiers effets du défaut d'acclimatement, c'est de diminuer la fécondité des femmes et d'augmenter la mortalité des nouveau-nés.

Les mamelucks, nés au pied du Caucase et de couleur blonde, ont vécu cinq cent cinquante ans en Égypte. Ils ont eu pour femmes des Circassiennes et des Géorgiennes, venues de leur propre pays. Pas un n'a fait souche. « Il n'en existe pas une famille à la seconde génération, disait Volney; tous leurs enfants périssent dans le premier ou le second âge. » Le climat a frappé le Mameluck jusque dans son pouvoir de procréation.

A Java de même : les Hollandais ont des enfants avec des Européennes, mais ces enfants sont stériles dès la deuxième génération. C'est que Java est aussi l'un des pays du monde les plus rebelles à l'Européen. De là l'exception unique qu'y a signalée le docteur Yvan. Les métis des Hollandais et des Malais, y sont stériles à la troisième génération, dit-il. Mais nous venons de voir que les Hollandais eux-mêmes le sont dès la deuxième.

C'est probablement de cette façon que s'explique la stérilité dès la troisième génération aussi, des métis d'Anglais et des Nègres, dont parle Long à la Jamaïque. Les métis d'Anglais et d'Hindous succombent de même et par la même raison aux Indes.

Il va sans dire, enfin, qu'une bonne hygiène, une bonne alimentation, le bien-être et l'aisance, sont des conditions nécessaires à la réussite d'une race métisse, au même titre que d'une race pure. La fécondité, la résistance aux causes de mort sont en raison directe de toutes ces conditions.

Les conditions inhérentes aux individus ou aux races qui président à la qualité des métis, relèvent de la loi d'hérédité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 juillet.

Sous le nom d'hérédité, on entend la disposition qu'a le fils à ressembler à ses parents. Mais il a deux parents, d'où déjà deux dispositions, qui s'ajoutent pour certains caractères physiques ou physiologiques et se contrarient pour d'autres. Chacun de ses parents est lui-même la résultante de dispositions diverses, qui les unes ont laissé leur empreinte et les autres sont demeurées latentes. Rien de plus vrai et de plus bizarre que ces dispositions qui se perpétuent pendant deux, trois, dix, vingt générations et plus, jusqu'au jour où, renforcées par quelque autre disposition analogue, elles se manifestent par une ressemblance inattendue. C'est elles qui donnent lieu aux phénomènes d'hérédité dite interrompue, alternante, collatérale. Le phénomène d'atavisme en est la plus lointaine expression.

M. de Quatrefages cite le cas d'un arrière petit-fils du bailli de Suffren, qui, seul de sa famille, ressemblait, et trait pour trait, au glorieux marin de la mer des Indes. C'est ainsi que dans notre pays, au milieu des physionomies celtiques et kymriques qui forment le gros de la population, on voit apparaître de temps à autre, des types de la pierre polie ou de la pierre taillée. Des réminiscences aussi singulières et bien démontrées, se montrent chez les animaux.

Il en résulte que toute naissance ou mieux toute conception, est l'occasion d'un combat entre les caractères sensibles et latents de la série paternelle et les caractères sensibles et latents de la série maternelle, que les caractères immédiats ont l'avantage, mais qu'en définitive les combinaisons les plus étranges en peuvent sortir.

Qu'il s'agisse d'un métis ou d'un enfant de race pure, la loi d'hérédité est la même, avec cette différence que les chances de divergence sont doubles dans les croisements.

C'est ainsi que les métis tiennent le plus souvent des deux, mais parfois du père surtout ou de la mère, et qu'ils peuvent offrir des caractères inattendus appartenant à des ancêtres éloignés. Les métis de premier sang sont généralement assez uniformes; mais ceux de second sang présentent une grande variabilité et c'est parmi eux que l'on a constaté, dans un même mariage, un enfant blanc par exemple, un nègre, un mulâtre et d'autres présentant des caractères tout à fait contradictoires.

Mais, dans cette disposition inégale des caractères à se transmettre, il ne faut pas oublier que certains caractères se sont davantage répétés dans l'une ou l'autre lignée et, autrement dit, font davantage partie de leur type. Évidemment, ils ont bien plus de tendance à se transmettre, de là le nom de caractères forts qu'on leur a donné. Exemple : l'œil oblique dans les croisements des Mongols; l'abondance du système pileux chez les Australiens; la couleur de la peau, les cheveux laineux et les cartilages du nez mous dans les croisements du Nègre; le cerveau, ses circonvolutions et les facultés intellectuelles dans les croisements de l'Européen.

Le caractère fort, celui qui se transmet le plus, est quelquefois un désavantage pour la race qui va prendre naissance et être jetée en conflit avec l'existence. Mais il est souvent un avantage : tels sont la sobriété et la résistance à la fatigue des races chinoises; la résistance à la fièvre jaune des races nègres; l'intelligence des races blanches.

Les races métisses sont donc tantôt meilleurés, tantôt plus mauvaises que leurs devancières. Mais, comme dans la bataille sociale, ce sont les races les mieux douées qui se livrent davantage aux croisements, choisissent leurs sujets et lèguent plus leurs caractères, il se trouve que les races métisses sont, en définitive, généralement meilleures.

Le mulâtre a habituellement les traits physiques de la race nègre, mais l'intelligence de la race blanche. Les métis de Tasmanien dont parlent Stokes et Bonwick ont les traits du Tasmanien et l'intelligence de l'Anglais. Partout en Amérique, où les métis sont traités d'égal à égal avec les races blanches, partout on les dépeint sous le jour le plus favorable. La Nouvelle-Zélande était habitée par des sauvages; les Anglais sont venus, il en est résulté une race métisse intelligente et prospère; les Néo-Zélandais eux-mêmes meurent, bientôt ils ne seront plus; mais leurs métis augmentent; et, un jour viendra où une race nouvelle et meilleure aura ainsi pris la place d'une autre dans ce pays.

Les croisements, grâce à l'hérédité, grâce à la lutte qui s'établit à la naissance de chaque individu entre les dispositions de chacune des deux races mères, sont donc un agent de déplacement, de succession et d'évolution des races, une cause inattendue de sélection, l'un des leviers du progrès de l'humanité. Mais de même qu'il y a bataille entre les organismes, avant la naissance, sur le terrain des caractères physiques, de même il y a bataille après, entre les races, contre le milieu social et pour l'existence. Ce sont là désormais des vérités d'une haute portée, sur lesquelles j'aurai à revenir.

En somme, toutes les conditions favorables se réunissant, il ne se trouve pas actuellement, à la surface du globe, deux races qui ne soient susceptibles de donner naissance à une race nouvelle, viable, plus ou moins intermédiaire.

L'eugénésie ainsi établie comme un caractère commun à toutes les races humaines qui se présentent à notre observation, s'ensuit-il, comme le prétendent les naturalistes de l'école du Muséum, que ces races ne soient, sans exception, que des variétés d'une seule espèce créée de toutes pièces? C'est ce que j'examinerai dans la prochaine leçon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juillet 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Action physiologique de l'acide salicylique et des salicylates. — M. Laborde, en réponse à cette assertion de M. Sée : « La sensibilité cutanée et générale n'est pas modifiée sous l'influence de l'acide salicylique », montre un chien dans la veine fémorale duquel ont été injectés, il y a vingt-quatre heures, 4 grammes de salicylate de soude, et qui présente une analgésie profonde et absolue de toute la surface cutanée. Contrairement à M. G. Sée, M. Laborde croit donc pouvoir affirmer que l'acide salicylique possède une action analgésique.

Du tubercule et de la pneumonie caséeuse. — M. Grancher présente quelques considérations relatives à la communication faite par M. Charcot, dans la dernière séance, sur le même sujet. M. Charcot a dit, dans cette communication, que les travaux français qui avaient trait à cette question semblaient avoir passé inaperçus. En effet, ni Wilson Fox, ni Rinfleisch, ni aucun des auteurs étrangers qui l'ont traitée depuis quelques années, n'ont seulement fait mention ni du travail de M. Grancher, ni de celui de M. Thaon. Il y a lieu de s'étonner que ces travaux aient complétement échappé à l'attention des pathologistes. M. Grancher est le premier qui ait abordé cette question et qui ait dit et écrit très-positivement que Virchow avait commis une grave erreur dans la façon dont il envisageait le tubercule et la pneumonie caséeuse. Comme l'a justement fait observer M. Charcot, M. Virchow a dit que le tubercule c'était la granulation miliaire seule. Il restait à déterminer si cette granulation miliaire constituait bien à elle

seule tout le tubercule et si le tubercule ne pouvait pas être autre chose que cette granulation miliaire. M. Grancher cite quelques passages du travail qu'il a publié, en mai 1872, dans les *Archives de physiologie*, et il fait observer que, le premier, dans ce travail, il a démontré que le tubercule était à la fois quelque chose de plus petit et quelque chose de plus grand que la granulation miliaire; c'est à la fois un nodule de pneumonie caséeuse, un tubercule microscopique et la granulation de Virchow. Tous ces produits sont également tuberculeux; il n'y a entre eux que la différence qui existe entre 1 décimètre carré et 1 millimètre carré; l'un est plus grand que l'autre, mais c'est toujours un carré. La conception que l'on doit se faire actuellement du tubercule n'est donc autre que la conception qu'en avait eue Laennec, seulement plus étudiée, mieux connue, plus complète. C'est, en un mot, un produit pathologique, une néoplasie de volume variable, microscopique ou macroscopique, mais toujours de même nature. Virchow a commis également une grave erreur quand il a dit que le tubercule était « une néoplasie pauvre et misérable, incapable d'organisation ». C'est, au contraire, une néoplasie fibro-caséeuse, parfaitement organisée, mais qui existe sous diverses formes, de même que le cancer peut être un squirrhe ou un encéphaloïde.

En résumé, M. Grancher pense que la priorité lui appartient, sans conteste, relativement à cette question; en effet, les travaux étrangers dont a parlé M. Charcot n'ont paru que quelques années après son travail; la thèse de M. Thaon a été faite en janvier 1873, tandis que le travail de M. Grancher a paru en mai 1872. Enfin, M. Thaon lui-même ne fera sans doute aucune difficulté de reconnaître que c'est dans le laboratoire de M. Grancher, à l'amphithéâtre des hôpitaux, qu'il a fait ses premières recherches sur ce sujet.

Chimie médicale. — M. DAREMBERG dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Les Méthodes de la chimie médicale*. Dans ce travail critique, l'auteur veut d'abord signaler un procédé dont il se sert depuis plusieurs années pour doser les matières solides dans les liquides pathologiques. On place 5 centimètres cubes d'urine avec de l'acide oxalique et du plâtre dans un tube droit, réuni par un tube coudé à un appareil en V contenant du chlorure de sodium. On peut chauffer au bain d'huile à une température assez élevée sans que l'oxalate d'ammoniaque formé se décompose. De cette façon, on fait en même temps deux dosages, qui se contrôlent l'un l'autre; on dose l'eau dans l'appareil à chlorure de calcium et dans le tube droit les matières solides qui restent. Ce procédé a un avantage, c'est que le résidu contenu dans le tube droit est tout préparé pour être mélangé à la chaux sodée, afin de doser l'azote total de l'urine. Les causes d'erreur sont assez faibles; elles proviennent, pour le dosage des matières solides, de la perte d'acide carbonique, et pour le dosage de l'eau, de la solubilité de ce même acide carbonique; mais cette dernière erreur est négligeable, et la pesée du tube à chlorure de calcium donne exactement le poids de l'eau. En conduisant l'opération avec prudence, on a des poids qui ne varient plus quand on continue à chauffer.

Puis, M. Daremberg présente un résumé des critiques qu'il a formulées contre certaines méthodes chimiques employées par quelques médecins. Il a eu surtout en vue les procédés décrits dans un travail de M. A. Robin, intitulé : *Essai d'urologie clinique*. Dans cette étude, l'auteur dit qu'il faut instituer un mode d'examen de l'urine simple, facile et rapide. Ainsi, il propose de rechercher au lit du malade si l'urée et l'acide urique augmentent, diminuent ou restent stationnaires par des procédés que M. Daremberg ne saurait trop combattre. En effet, d'après M. Robin, quand on verse de l'acide nitrique dans une urine, et qu'il se produit du givre, il y a plus de 25 grammes d'urée par litre d'urine; s'il se produit des paillettes, il y a 45 grammes d'urée; et si l'on voit se former un culot, il y a au moins 50 grammes d'urée. M. Daremberg ne reconnaît aucune utilité à une méthode de recherches fondée sur la différence entre un culot, une paillette et un givre. Les renseignements qu'elle fournit sont sujets aux causes d'erreurs les plus nombreuses, et que rien ne peut permettre de prévoir. Il en est de même de la manière de doser l'acide urique par la hauteur du nuage qui se forme dans l'urine. Ces procédés sont d'une inexactitude indiscutable.

M. Robin accorde une grande valeur scientifique à l'odeur de l'urine. M. Daremberg n'en accorde aucune; des sensations aussi vagues ne peuvent fournir à l'esprit aucune certitude. Il en est de même des colorations si diverses décrites par l'auteur dans plusieurs chapitres. L'auteur ne se contente pas de décrire les teintes qui indiquent la présence de différentes matières colorantes de l'urine, mais il dose ces substances. Or, parmi celles-ci, il dose l'urohématine et l'hémaphéine, ces substances qui ont été décrites l'une par Scherer, l'autre par Simon, n'ont été retrouvées par aucun chimiste, et on ne les cite plus dans les traités de chimie. Aussi ne peut-on reconnaître aucun intérêt à la description minutieuse de ces mille teintes dont on ignore l'origine.

M. Daremberg trouve, dans tout le cours du travail de M. Robin, une tendance très-prononcée à affirmer des conclusions absolues, basées sur des faits très-incertains. C'est ainsi qu'il est obligé, après nous avoir affirmé qu'il y a deux chromatogènes urinaires, l'indican pour le bleu, et l'urohématine pour le rouge, il est obligé d'admettre la possibilité d'un seul chromatogène.

La même tendance se retrouve dans les explications proposées par M. Robin. D'après lui et d'après M. Gubler, « l'indican serait de l'albumine à peine brûlée, dont le carbone serait presque intact, mais qui aurait toutefois fixé sur son hydrogène assez d'oxygène pour devenir dyalisable ». C'est une vue de l'esprit, qui n'est fondée sur aucune donnée scientifique, puisqu'on ne connaît ni la constitution de l'indican, ni celle de l'albumine. Et la composition centésimale de ces deux substances n'est nullement d'accord avec cette série d'hypothèses.

M. Daremberg combat la méthode générale d'investigation que M. Robin cherche à établir; en effet, elle n'est autre que la statistique; c'est la réunion de tous les matériaux que l'on a recueillis, sans idée directrice, en dossiers. Cette *méthode des dossiers* appliquée à une étude quelconque a toujours été inféconde; elle donne des moyennes et rien au delà, aussi les syndromes urologiques de la fièvre typhoïde crées par M. Robin n'ont pas la rigueur scientifique que l'on doit rechercher dans la description de la maladie; pour que des syndromes de ce genre puissent avoir une valeur clinique et pronostique, il faudrait qu'ils établissent un tableau fidèle de la nutrition et pour arriver à ce but l'examen des urines seules est insuffisant; il faudrait analyser les crachats, le sang, la sueur, les matières fécales, et les gaz de la respiration. Voilà ce qu'il faudrait pour être complet. Et M. Daremberg doute que le résultat obtenu puisse être en rapport avec la somme des efforts déployés dans ce gigantesque travail.

M. ALBERT ROBIN répond aux critiques, et aux objections contenues dans la brochure de M. Daremberg. A cette première objection : « les procédés employés sont inexacts, d'où inexactitude des résultats, » il répond que toutes les analyses qui forment la base de son travail ont été faites d'après les procédés suivants.

Urée. — Procédé de Leconte.
Chlorures. — Procédé de Mohr.
Acide urique. — Précipitation directe par l'acide chlorhydrique.
Acide phosphorique. — Procédé de Leconte.
Albumine. } Procédé des pesées.
Sulfates. }

Il ajoute : 1° Que les dosages d'urée ont toujours été opérés dans des urines préalablement déféquées par l'acétate neutre et l'acétate basique de plomb et débarrassées d'albumine quand elles en contenaient. — 2° Que les volumes de gaz ont toujours subi les corrections usuelles de la température et de la pression barométrique. — 3° Que les dosages des chlorures n'ont jamais été effectués sur l'urine en nature.

Au sujet de l'urée, il fait observer que le procédé de Leconte, ainsi employé, est de beaucoup supérieur aux procédés actuellement en vogue, à cause de leur rapidité. (Procédés à l'hypobromite de soude.)

A côté de ces méthodes destinées à la pratique des grands hôpitaux et au laboratoire, M. Robin a signalé les moyens d'appréciation indiqués et journellement employés par son maître M. Gubler. Ces moyens sont destinés au praticien qui, ne pouvant apporter chez ses malades tout un arsenal chimique, tient pourtant à avoir

de suite, une *idée très-approximative* sur la composition de l'urine qu'il examine et dont il fera plus tard, l'analyse exacte, si besoin est.

Jamais, il n'a mis sur le même plan, exactitude et approximation, il croit inutile d'ajouter qu'il considère cette dernière comme ne pouvant servir de base à aucune conséquence scientifique; et, que son emploi doit être restreint au lit même du malade. Toutefois elle peut rendre des services aux praticiens et surtout au médecin de campagne qui n'a à sa disposition ni appareils, ni laboratoire.

La première objection, ajoute M. Robin, tombe donc d'elle-même puisqu'elle provient d'une lecture inattentive du passage incriminé.

La seconde objection est la suivante : « Dans ses études urologiques, l'auteur est arrivé à l'inexactitude en se contentant d'empiler des faits au hasard et d'en extraire des moyennes. » Cette objection, dit M. Robin, n'a été formulée que d'après des phrases détachées et non reliées à l'ensemble du chapitre Ier; la lecture complète de ce chapitre y répond. C'est même la seule méthode qu'on puisse employer à l'hôpital, où l'on ne fait pas de l'expérimentation, mais de l'observation. Puis, ce que M. Robin tire de ces observations, ce ne sont pas des moyennes mais bien des rapports directs entre les symptômes, la marche de la maladie et certains caractères urologiques; quand le rapport n'existe pas, il cherche les causes et les conditions de la non-coïncidence.

La troisième objection est celle-ci : « L'étude de l'odeur de l'urine n'a pas d'importance scientifique. » C'est là une grande erreur que M. Robin ne croit même pas nécessaire de relever; tous les médecins connaissent l'odeur de pain bouilli des urines albumineuses, l'odeur de moût des urines sucrées en fermentation, l'odeur sulfhydrique de l'urine ammoniacale; la signification pratique de ces odeurs n'est mise en doute par personne.

On a reproché à M. Robin « d'avoir admis sans discussion l'hypothèse de M. Gubler sur l'origine de l'indican et cette hypothèse est, dit-on, des plus hasardées. » Il répond en premier lieu, que l'hypothèse de M. Gubler est bien plutôt acceptable que les théories allemandes et vagues qu'on lui reproche d'avoir passées sous silence; en second lieu, qu'il a pris soin, non-seulement d'analyser ces diverses théories dans toute leur teneur, mais même de donner sur ce sujet un index bibliographique qui ne compte pas moins de soixante-quatorze indications; en troisième lieu, qu'il s'est borné à une simple exposition de faits, sans conclure en faveur de l'une ou de l'autre de ces hypothèses.

Suivant M. Daremberg, M. Robin admet l'existence de corps que personne n'a jamais isolés et dont l'existence est purement hypothétique. Cette critique, répond-il, qui m'est adressée au sujet de l'urohématine, démontre que mon contradicteur a oublié les travaux de Harley, qui a isolé l'urohématine, et ceux de Scherer qui en a fait l'analyse centésimale.

M. Daremberg objecte à M. Robin qu'il aurait dû analyser la sueur, le sang et les matières fécales de ses malades. Or, cette analyse, il l'a faite quand elle a été possible : d'autre part, il a réuni tous les faits connus sur ces divers points dans un chapitre spécial et il est arrivé à cette conclusion, que ces modifications, comparées aux faits qu'il a préalablement établis, ont avec eux une concordance absolue, nouvelle preuve de leur exactitude.

Il est impossible, dit M. Daremberg, de fonder des diagnostics sur les variations d'un seul caractère de l'urine; l'urologie, comme l'auscultation, le thermomètre, doit marcher concurremment avec l'ensemble des autres signes.

M. Robin n'a pas dit autre chose dans le chapitre Ier et dans plusieurs autres endroits de son travail, et sa conclusion est parfaitement en rapport avec cette opinion.

M. Daremberg conteste les services immédiats que les syndromes urologiques peuvent rendre à la clinique qui a à sa disposition des moyens d'investigation beaucoup plus simples et beaucoup plus sûrs. C'est grâce aux syndromes urologiques, que M. Robin a pu prouver l'existence d'une forme rénale de la fièvre typhoïde : le diagnostic de cette forme est bien difficile quand on n'utilise pas les caractères fournis par l'urine.

En outre, les syndromes des formes graves et bénignes, les syndromes prémonitoires de la défervescence qui permettent de prévoir celle-ci vingt-quatre heures avant qu'aucun symptôme ne l'annonce, le syndrome prémonitoire de la réversion, ceux qui permettent de confirmer ces diagnostics ou ce pronostic, présentent une valeur chimique que M. Robin s'est efforcé de mettre en relief.

L'objection a été formulée sans une preuve à l'appui, tandis que, comme base de son opinion, M. Robin donne un grand nombre de faits dont aucun n'a été contesté et dont la plupart ont été vérifiés à maintes reprises, dans le service de M. Jaccoud et à la clinique de M. Hardy.

M. DAREMBERG, répondant à la note que vient de lire M. Robin dit que, relativement aux méthodes grossières mais rapides qu'il faudrait employer au lit du malade, il continue à ne leur reconnaître aucune utilité, puisque les renseignements fournis par elles ne peuvent se comparer et sont soumis à toutes les erreurs de l'imprévu.

M. Robin vient de dire qu'il ne se donnerait pas la peine de défendre la valeur scientifique de l'odeur de l'urine. C'est là une manière facile d'affirmer l'importance d'une étude; mais ce n'est pas une démonstration. Aussi M. Daremberg se contentera de demander à M. Robin s'il diagnostiquera le diabète par l'odeur *moût de raisin*, d'une urine ou l'albuminurie par son odeur *pain bouilli*, quand il est si facile de reconnaître ces affections par les symptômes fonctionnels qu'elles déterminent et par la présence du sucre et de l'albumine que l'on reconnaît si facilement. Quant aux colorations de l'urine, M. Daremberg reprochera à M. Robin d'être trop affirmatif au sujet de leur existence. Toutes, ou presque toutes, ont eu leur règne; et malheureusement de cet édifice si brillant, pas une pierre ne reste intacte. L'urochrome est battu en brèche, l'indican de l'urine est lui-même fortement discuté. L'urobiline est contestée. L'urohématine et l'hémaphéine n'ont vécu que l'espace d'un jour, celui où leurs auteurs les ont décrites. Depuis ce moment, aucun chimiste ne les a retrouvées; et malgré l'autorité des noms de Schérer et de Simon, aucun traité d'urologie fait par un chimiste ne les mentionne. Du reste, les matières colorantes de l'urine n'ont pas le monopole de la vie courte et, dans la chimie animale, on trouve le tracé d'une foule de corps décrits par les hommes les plus éminents et qui ont disparu de l'horizon scientifique.

M. Daremberg aurait voulu que M. Robin, avant de créer des syndromes urologiques de la fièvre typhoïde, fît une étude complète de la nutrition chez ces malades. De cette façon, on pourrait avoir des syndromes chimiques intéressants, si l'on connaît en outre, la composition exacte des *ingesta*. En dehors de cette méthode, l'urologie isolée rendra de bien faibles services.

M. Robin n'a pas exactement interprété cette observation, car si nous lui avons reproché de limiter ses recherches de chimie clinique, nous n'avons jamais voulu l'accuser de limiter l'étude des maladies aux symptômes urologiques.

Quant à la méthode employée par M. Robin pour arriver à former ces syndromes urologiques, nous persistons à la critiquer; car jamais l'observation pure, exempte d'idée directrice, n'a pu faire naître la lumière au milieu des phénomènes si complexes de l'assimilation. que la chimie médicale peut seule apprécier. Et, pour arriver à ce résultat, il faut surtout rejeter absolument les moyennes, même pour les discuter plus tard. Car, ainsi qu'on le voit dans le travail de M. Robin, on arrive de cette façon, à des contradictions manifestes. Ces contradictions se retrouvent encore dans l'étude des chromatogènes de l'urine par M. Robin. Et dans ce chapitre, l'auteur est obligé, faute d'idée directrice, d'adopter indifféremment deux théories sur l'origine de l'indican : l'une, celle de M. Gubler, qui est absolument inadmissible; et l'autre, celle des Allemands, qui est à peine discutable. Au lieu de les admettre toutes les deux, il valait mieux les rejeter l'une et l'autre.

Propriétés dissemblables des sensations électriques et tactiles. — M. BLOCH a soumis à la Société de biologie, en mai 1875, les expériences qu'il avait faites sur la vitesse du courant nerveux sensitif de l'homme.

Ces expériences, dit-il, étaient basées sur la persistance des sensations de tact, et l'excitation employée consistait en chocs mécaniques donnés par un index flexible, fixé sur un volant de machine et

effleurant, à chaque tour, les parties que je voulais soumettre à l'expérience.

J'ai entrepris de recommencer mes recherches, mais en substituant une secousse électrique au choc mécanique qui m'avait servi antérieurement.

Mon premier soin devait être de déterminer la durée de persistance des sensations électriques, et, en cherchant cet élément du problème, j'ai eu des résultats complétement inattendus, qui font l'objet de ma communication actuelle.

Les chocs électriques étaient donnés par deux ruptures de courant, au moyen de deux bobines d'induction.

Les fermetures et ruptures des courants inducteurs se faisaient sur un polygraphe de M. Marey, couvert de papier et portant une mince et étroite bande métallique, sur laquelle deux frotteurs séparés venaient passer successivement. Ces frotteurs pouvaient être éloignés ou rapprochés l'un de l'autre à volonté.

1° En recevant les deux secousses aux mêmes points, soit à un doigt de la main, il y a fusion de ces deux secousses et sensation unique pour l'intervalle 1/31 de seconde.

Ce chiffre se rapproche beaucoup de ceux que plusieurs physiologistes ont indiqués. S'il est un peu plus faible que d'autres, s'il prouve par conséquent plus de délicatesse et une distinction des deux chocs électriques poussés plus loin, cela tient surtout à ce que je reçois deux secousses seulement et non une série continue de secousses. Dans ce dernier cas, la sensibilité s'annonce très-vite et la fusion s'opère avec des intervalles plus grands que celui que j'ai déterminé.

2° Si une des secousses est reçue par l'index, l'autre par le médius, on sent deux chocs parfaitement distincts à 1/31 de seconde, et la sensation n'apparait qu'à 1/43 de seconde.

3° Avec l'index et l'auriculaire de la même main, à 1/43 de seconde, on distingue nettement la première secousse de la seconde. Il faut diminuer l'intervalle entre les deux chocs électriques jusqu'à 1/62 de seconde pour obtenir la fusion des deux sensations et ne plus reconnaître la première de la seconde.

4° Avec les deux mains, pour 1/62 de seconde, l'ordre des secousses est facilement perçu, même sans qu'on le connaisse d'avance.

Le synchronisme des deux sensations n'apparaît qu'à 1/83 de seconde. Pour les deux pieds, le synchronisme ne se produit qu'à la même limite, 1/83 de seconde. Ainsi, dans ce dernier cas, la persistance de la première sensation ne dure pas plus que lorsqu'il s'agit des deux mains, contrairement à ce qu'on observe pour les chocs mécaniques. Je l'ai montré dans mon travail de 1875.

6° Reprenant les chocs mécaniques que je n'avais étudiés que sur des parties éloignées les unes des autres, j'ai constaté que l'intervalle pour obtenir le synchronisme est toujours le même, 1/45 de seconde, en moyenne, qu'il s'agisse des deux mains ou du pouce et de l'auriculaire d'une seule main ou du pouce avec l'index de la même main, et que la persistance de la première sensation est bien un fait constant.

La sensation de tact et la sensation électrique ont donc des propriétés absolument différentes quant au phénomène qui nous occupe.

Autre fait corroborant. Tandis que la distinction des deux secousses électriques est difficile, quand elles frappent le même point, puisque la fusion s'établit à 1/31 de seconde, inversement, le même point, frappé mécaniquement par deux chocs, dissocie au moins aussi bien que deux points voisins, peut-être même avec plus de délicatesse.

Des gaz vasculaires artériels. — M. COUTY a fait de nouvelles expériences sur ce sujet :

1° Il a, sur un chien normal, curarisé ou non, injecté par une artère collatérale vers la crurale, de 5 à 20 centimètres cubes d'air ; et il a vu cet air passer dans la veine correspondante. Mais le passage a duré 5 à 18 minutes, et aussitôt après l'injection, il y a eu pendant 2 à 6 minutes un arrêt complet de la circulation du membre : tous ces phénomènes variant du reste avec la rapidité et le volume de l'injection.

Si l'injection collatérale est faite vers l'artère splénique ou mésentérique, alors l'air ne passe pas du tout dans les veines correspondantes et produit un arrêt complet de la circulation.

2° Un tube plein d'air sous pression, a été adapté au bout périphérique de l'artère crurale et alors l'air est passé dans les veines, rapidement, seulement sous une pression de 6 à 8 centimètres de mercure.

Le même tube a été adopté à l'artère splénique mésentérique, et alors même sous des pressions de 11 et 13 centimètres, aucune bulle n'est passée dans les veines.

3° Dans d'autres expériences, le sciatique a été sectionné.

Après cette section, l'air à quantités égales, a traversé le membre beaucoup plus rapidement, et sans produire, à aucun moment, d'arrêt complet de la circulation. Au contraire, l'électrisation du sciatique a augmenté la durée du passage.

En résumé, les gaz peuvent traverser certains réseaux capillaires mais en y ralentissant considérablement la circulation.

Il y a de très-grandes différences avec la disposition du réseau-membre ou viscère, et aussi avec l'état des vaisseaux, ou mieux des vaso-moteurs.

Innocuité du cuivre. — M. GALIPPE présente, de la part de M. Magne (de Villefranche), un tuyau de cuivre recouvert sur ses deux faces d'une couche épaisse de vert de gris ; un grand nombre de personnes boivent, depuis longtemps, journellement, de l'eau passant par ce tuyau et n'en ont jamais ressenti le moindre inconvénient.

Influence sur la respiration, des injections de chloral dans le cœur, — M. FRANÇOIS FRANCK résume des expériences sur les arrêts respiratoires qui se produisent chez les animaux dans le cœur desquels on injecte une solution concentrée de chloral.

Ces arrêts sont subordonnés au contact de la solution irritante avec l'endocarde : ils se produisent, en effet, avant que le liquide n'ait eu le temps de se répandre dans la circulation générale, comme le prouve l'introduction directe de la substance dans l'oreillette droite.

Ils sont indépendants de l'arrêt du cœur, car ils se produisent quand on a supprimé les troubles cardiaques avec l'atropine.

L'arrêt respiratoire survient en vertu d'un acte reflexe, dont le point de départ est dans les filets sensibles de l'endocarde. Ces filets centripètes sont contenus dans le cordon du pneumogastrique; la section des nerfs dépresseur et sympathique des anastomoses cervicales et crâniennes du pneumogastrique, le démontre.

M. François Franck, rappelle que les arrêts respiratoires se produisent à la suite des excitations intenses et soudaines de tous les nerfs sensibles, et que, particulièrement dans la sphère du pneumogastrique, les filets laryngés et pulmonaires sont souvent le point de départ de troubles reflexes identiques. (Exp. de P. Bert, de Rosenthal, de Jolyet, etc.) Ces filets sensibles de l'endocarde ne doivent donc pas être considérés comme des nerfs spéciaux ; ils mettent la fonction cardiaque en rapport avec la fonction respiratoire, mais font partie du grand groupe des nerfs sensibles dont l'excitation peut déterminer, par voie réflexe, des arrêts respiratoires de tous points comparables.

(Expériences faites au laboratoire du professeur Marey, en avril, mai, juin, juillet 1877).

ÉLECTION

La société procède à l'élection d'un membre titulaire : M. Kunckel est élu.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 4 août 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Structure du poumon. — M. CADIAT fait connaître les résultats de ses recherches microscopiques sur la structure du poumon.

Modifications de l'ovaire de la femme grosse. — M. DE SYNETY a étudié l'histologie de l'ovaire pendant la grossesse. Peut-on distinguer le corps jaune de la grossesse du corps jaune dit de la menstruation? Telle est la question qu'a cherché à résoudre M. de Synety. Il rappelle d'abord l'opinion des divers auteurs sur ce sujet, en particulier celle de Coste, qui admet que c'est seulement à partir du quatrième mois de la grossesse que le corps jaune présente quelques caractères spéciaux qui permettent de le distinguer. Dès le deuxième mois de la grossesse, les caractères histologiques d'un corps jaune sont assez accentués pour qu'on puisse le distinguer d'un corps jaune dans l'état de vacuité, et ces caractères deviennent de plus en plus accentués, si bien qu'au terme de la grossesse il est impossible de ne pas les reconnaître. M. de Synety passe en revue les diverses modifications que subit ce corps jaune à partir du deuxième mois de la grossesse. Le caractère le plus net est surtout une plus grande épaisseur des couches les plus externes. Il est aussi facile de distinguer le follicule atrésié pendant la grossesse du follicule atrésié dans l'état de vacuité. En résumé, l'ovaire subit, sous l'influence de la grossesse, certaines modifications que l'on peut constater sur une série de corps jaunes, depuis le deuxième mois jusqu'au terme de la grossesse.

M. POUCHET, à l'occasion de la communication de M. de Synety, fait observer que les cellules, dont M. Robin a constaté la présence dans la muqueuse utérine, ontété trouvées également dans le testicule. Il y a donc là une ressemblance dans les divers éléments de ces organes génitaux, qui, au point de vue de l'anatomie générale, présente un certain intérêt et mérite d'être signalé.

Des variations de la richesse en hémoglobine dans les globules sanguins. — M. MALASSEZ à l'aide du colorimètre dont il a fait connaître les usages dans une précédente séance, a étudié les variations de la richesse en hémoglobine dans les globules sanguins de l'homme sain. Il a constaté de très-faibles variations. Il donne des chiffres qui sont le résultat d'expériences qu'il à faites sur lui-même. Ces variations sont, au contraire, comme on sait, très-sensibles dans certains états pathologiques. Chez certains animaux, chez les oiseaux, par exemple, la richesse en hémoglobine compense la diminution du nombre des globules.

Lésions expérimentales des méninges. — M. BOCHEFONTAINE faisant un trou au crâne d'un chien et irritant directement la dure-mère, en y portant une injection de nitrate d'argent, a déterminé des convulsions généralisées, le coma et la mort, en un mot, la plupart des phénomènes constatés dans certains cas de paralysie générale dans lesquels l'autopsie a révélé la présence de lésions méningitiques analogues.

M. MAGNAN fait observer qu'il ne peut être établi aucune comparaison entre les lésions produites expérimentalement par M. Bochefontaine et les lésions anatomiques constatées dans certains cas de paralysie générale.

Compression cérébrale expérimentale. — M. DURET a entrepris un certain nombre d'expériences sur les effets de la compression cérébrale. Il est arrivé à cette conclusion que les lésions de la dure-mère peuvent occasionner des troubles convulsifs d'une certaine durée et d'une certaine persistance,que l'excitation des nerfs de la dure-mère exerce une action manifeste sur la respiration et la circulation, et peut arriver à déterminer un arrêt brusque de la respiration et des troubles circulatoires ayant pour conséquences, le sommeil, le coma et même la mort. Il rapporte un fait clinique, observé par un de ses collègues, qui vient à l'appui de ces données expérimentales et qui prouve qu'on peut arriver à diagnostiquer une lésion ne portant que sur les nerfs de la dure-mère.

Des effets physiologiques du bromure de cadmium. — M. GALIPPE, à l'occasion d'un cas dans lequel du bromure de cadmium aurait été donné pour du bromure de potassium et aurait déterminé des accidents assez graves, a entrepris un certain nombre d'expériences sur les animaux, dans le but de déterminer les effets physiologiques de ce corps. Une très-petite quantité de bromure de cadmium administré à des grenouilles, en injections sous-cutanées, amène très-rapidement la paralysie et la mort de ces animaux. Administré à un chien, par l'estomac, le bromure de cadmium a déterminé des vomissements, une diarrhée sanguinolente, un abattement profond, mais pas d'accidents autrement graves.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — A la suite du concours ouvert le 4 juin dernier MM. Gougueheim, Hallopeau et Debove ont été nommés médecins du bureau central.

— MM. R. F. Raymond et Landouzy viennent d'être nommés, après concours, chefs de clinique de la Faculté de médecine de Paris; MM. Pitres et Barié ont été nommés chefs de clinique adjoints.

— *Erratum.* — Dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, p. 715, premier alinéa, une *correction* typographique mal exécutée, a produit une double faute d'impression que le contraste rend frappante. Au lieu de : « Il est donc possible que le muscle droit interne reçoive son innervation de deux sources, de la *sixième* paire pour les mouvements isolés; de la *troisième* paire du côté opposé pour les mouvements associés et synergiques », il faut lire : «... de la *troisième* paire pour les mouvements isolés, de la *sixième* paire du côté opposé pour les mouvements associés et synergiques. »

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin devait parler aujourd'hui. Depuis trois mois, il attend son tour pour prendre part à la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Mais l'ordre du jour est si chargé, même à un moment où d'ordinaire il est complétement dégarni; l'actualité se représente si fréquemment, sous tant de formes; l'année de présidence de M. Bouley est, d'un bout à l'autre, une année d'activité si exceptionnelle pour l'Académie, qu'au grand regret des orateurs inscrits, les rapporteurs de commission, entraînés par ce bel élan, assiégent eux-mêmes la tribune pour faire à la hâte des rapports, en retard de plusieurs années.

C'est ainsi que la séance a été occupée jusqu'à cinq heures par la lecture de plusieurs rapports. Suivant la coutume, nous ne dirons rien de ceux qui ont trait à des remèdes secrets et nouveaux; les conclusions d'ailleurs en étaient négatives, sauf pour un seul, portant sur un remède qui est en usage depuis une trentaine d'années, et dont on connaît parfaitement la composition. La commission proposait d'inscrire la formule de ce remède dans les *bulletins* de l'Académie, et, comme on demandait dans quel but, M. le rapporteur a expliqué que c'était le seul moyen de permettre à son inventeur de l'annoncer, même en dehors des journaux spéciaux de médecine et de pharmacie; car, a-t-il dit, l'école de pharmacie est résolue à poursuivre tous ceux qui publient des annonces de remèdes secrets, soit dans les journaux politiques, soit dans d'autres journaux également destinés au grand public. Ces explications n'ont pas convaincu la majorité de l'Académie qui, jugeant la publicité dans les journaux de médecine suffisante, n'a pas consenti, pour le moment, à l'insertion de cette formule dans ses *bulletins*.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

XII

J'ai revu ce malade au commencement du mois de mai (3e mois de l'affection génitale); il ne lui était survenu aucun accident syphilitique soit sur la peau, soit sur les muqueuses. Le prurigo était à peu près guéri. La petite tumeur purulente de la partie inférieure du prépuce était complétement obstruée et cicatrisée. Quant au gros kyste de la partie supérieure du même organe, il avait encore le volume d'une noisette et était percé, à son sommet, d'une petite fistule qui conduisait dans une étroite cavité centrale, circonscrite par des parois fibreuses de plus en plus épaisses. Il s'en écoulait un peu de sérosité opaline. J'introduisis dans cette cavité l'extrémité d'une sonde cannelée, remplie de nitrate d'argent fondu, et j'en cautérisai les parois. L'adénopathie de l'aine droite était guérie. Deux ou trois ganglions restaient encore plus volumineux qu'à l'état normal; mais la gangue d'empâtement cellulaire dans laquelle ils étaient autrefois plongés s'était entièrement résorbée.

Quel est le siége qu'occupaient ces deux abcès enkystés du prépuce? Étaient-ils situés dans la trame du tissu conjonctif sous-cutané? Je ne le pense pas. La trame si lâche de ce tissu ne se prête ni à une circonscription aussi nette, ni à un épaississement fibreux aussi considérable des parois de la poche. Au surplus, l'indolence du processus à toutes ses périodes exclut une pareille hypothèse. Celle qui me paraît la plus probable est la suivante : il existait peut-être chez cet homme, antérieurement à la lésion primitive, une petite dilatation partielle des vaisseaux lymphatiques du prépuce. Un pareil fait a été signalé par M. Ricord. Eh bien, l'irritation s'étant propagée jusque-là n'aurait-elle pas pu produire dans la varice lymphatique une irritation toute locale, dont le premier effet aura été de la dilater, le second d'y susciter et d'y accumuler des produits inflammatoires, et le troisième d'hypertrophier et d'indurer les tuniques des vaisseaux et de les transformer en une véritable poche kystique, semblable à celle qu'on observe si fréquemment autour des collections chroniques, solides ou liquides, qui ne sont pas promptement évacuées? J'ai vu quelquefois de pareils dépôts se former dans les lymphatiques du prépuce à la suite de chancres infectants; mais ils différaient de ceux que je viens de décrire : 1° par leur volume toujours peu considérable, et 2° par l'état des lymphatiques qui y aboutissaient et qui en partaient. Ces lymphatiques, en effet, étaient toujours durs, hypertrophiés dans tous les sens, convertis en cordons noueux, irréguliers, qu'on pouvait suivre depuis le chancre jusqu'aux ganglions inguinaux spécifiquement indurés. C'est cette circonstance, jointe à celles que j'ai déjà énumérées, qui me fait dire que cette singulière lésion n'était point virulente, qu'elle rentrait dans la catégorie des lésions génitales non contagieuses.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet.

Sclérose du gland.

Pour terminer ce travail, il me reste à parler d'une affection que j'ai observée fréquemment et à laquelle j'ai donné le nom de *sclérose du gland*. Elle est presque toujours consécutive à un état morbide antérieur; mais on la voit aussi quelquefois survenir sans autre lésion qu'une irritation prolongée, qui se localise dans les parties profondes du derme muqueux et dans le tissu érectile sous-jacent.

Elle paraît être constituée par une hyperplasie simple des éléments fibreux de la muqueuse et des parties qui lui sont immédiatement sous-jacentes. Il en résulte un épaississement et une induration diffuse et comme œdémato-plastique de cette membrane et de tout l'organe, qui augmente en même temps de volume, du moins dans les premières phases du processus.

Rien n'est plus commun qu'une semblable lésion, lorsque le gland est devenu le siége de chancres infectants, surtout de cette variété qui consiste en larges érosions étalées sur un tiers, une moitié ou même la presque totalité de la région balanique. La muqueuse et les tissus sous-jacents sont comme gorgés d'un plasma qui durcit jusqu'à présenter la consistance cartilagineuse. Qui n'a vu la moitié antérieure du gland ainsi transformée en une substance chondroïde, dans les cas de chancres syphilitiques occupant le méat et la partie balanique du canal de l'urèthre? Ce n'est point de cette sclérose virulente que j'entends parler. Elle est trop connue pour avoir besoin d'être décrite.

Celle dont il sera question ici n'aura rien à voir, soit avec l'accident primitif de la syphilis, soit avec les lésions plus tardives de la maladie constitutionnelle qui peuvent aussi la produire.

Mais si je rejette les cas nombreux où cette cause spécifique est en jeu, j'admets ceux qui sont consécutifs soit à la blennorrhagie, soit aux chancres simples, et en général, aux circonstances étiologiques de cause commune et indépendantes d'une spécificité quelconque.

Dans les *balano-scléroses*, comme dans tous les organes devenus le siége d'une action morbide, qui modifie leur structure et altère les conditions normales de leur vascularité et de leur innervation, la vitalité des tissus descend au-dessous de ce qu'elle est à l'état de santé, et se trouve dans un état d'équilibre artificiel qui périclite sous l'influence des moindres causes nuisibles. C'est ce qui explique la facilité avec laquelle d'autres lésions se surajoutent si aisément à la sclérose. Parmi ces lésions surajoutées, les ulcérations et la gangrène, avec perte plus ou moins considérable des tissus malades, occupent la première place.

Pour faire comprendre au lecteur le processus un peu embrouillé de ces lésions complexes, je vais décrire quelques-uns des cas les plus frappants que j'ai observés.

I

Obs. XI. — Le 5 août 1874, un jeune homme, vint me consulter pour une lésion grave, du gland qui s'était déclarée la veille ou l'avant-veille.

Je trouvai tout l'organe, surtout dans sa partie antérieure, d'une dureté pierreuse; il était rouge, comme infiltré de sérosité plastique, et présentait les caractères habituels de la sclérose balanique. Il était clair qu'il s'agissait là d'une lésion ancienne. Le malade me dit, en effet, qu'elle remontait à plusieurs années. Mais sur le côté gauche de ce gland ainsi sclérosé, dans une étendue de 1 centimètre carré environ, il existait une tache noire, humide, exhalant une forte odeur gangréneuse. C'était une plaque de sphacèle qui s'était développée depuis vingt-quatre ou trente-six heures.

L'état général était bien tel qu'on l'observe en pareil cas, c'est-à-dire qu'il y avait de la fièvre, une grande faiblesse et de l'agitation. On a déjà vu, à propos des affections anthracoïdes du gland, de quelle façon la lésion gangréneuse locale, dans son mode aigu, retentit sur les grandes fonctions de l'économie et les jette dans une sorte d'état ataxo-adynamique qui ne dure guère moins de quatre ou cinq jours.

J'aurais désiré faire entrer le malade dans mon service, mais il fut obligé de se rendre au Val-de-Grâce, et je n'ai pas pu suivre la marche de cette affection *scléro-gangréneuse*.

La balano-sclérose datait de plusieurs années. Elle avait tuméfié, durci le gland et réduit l'ouverture du méat à un petit pertuis presque imperceptible. Elle était survenue à la suite d'un écoulement blennorrhagique qui, après avoir duré huit ou dix ans, avait fini par se compliquer d'une coarctation de l'urèthre. C'était à partir du moment où le jet de l'urine avait diminué que le gland avait durci.

Mais ce n'est pas tout : dans le tissu sclérosé de cet organe, il s'était fait, à plusieurs reprises, un travail ulcératif qui avait abouti à la formation de trajets fistuleux faisant communiquer la portion balanique du canal avec la surface du gland.

Quand j'examinai le malade, les fistules étaient oblitérées. Bien que le processus gangréneux enté sur la sclérose fût très-aigu, il n'y avait ni rougeur, ni tuméfaction, ni œdème inflammatoire du prépuce et de la verge. La lésion était localisée au gland et à sa portion la plus indurée. Il s'écoulait par le méat rétréci un muco-pus séreux.

Ce jeune homme ne s'était pas exposé récemment à la contagion d'un chancre ou d'une uréthrite aiguë. Il n'y avait, ni sur les parties génitales, ni dans les aines, aucune trace d'une infection ancienne ou récente. La *balano-sclérose gangréneuse* était dépourvue de toute virulence. Quelle était donc la cause de la gangrène? Peut-être quelque poussée inflammatoire dans ces tissus malades depuis si longtemps et incapables de résister à une action morbide nouvelle, si faible qu'elle fût. Peut-être aussi que, par le fait du processus scléreux seul, il s'était fait, dans un des districts du gland une oblitération vasculaire qui avait entraîné la gangrène.

II

La sclérose balanique est, dans la majorité des cas, consécutive à une inflammation chronique du canal. Mais ce ne sont pas les blennorrhagies les plus virulentes, ni les écoulements les plus rebelles qui la produisent. Il faut que le processus morbide, franchissant le réseau le plus superficiel de la muqueuse uréthrale, dans la portion balanique et dans la portion spongieuse, envahisse le réseau profond; il faut même qu'il aille au delà et qu'il infiltre de produits plastiques les couches sous-muqueuses du tissu érectile. L'ischémie lymphatique ou sanguine qui en résulte me paraît être une des conditions les plus essentielles de sa genèse. La triple solidarité fonctionnelle, circulatoire et nerveuse qui existe entre le gland et le canal uréthral, dans sa partie antérieure et même dans ses parties profondes, explique la filiation des phénomènes.

Il y a des uréthrites simples ou spécifiques qui œdématient et indurent le méat et la portion avoisinante du gland. Elles produisent ce résultat sans qu'on sache trop pourquoi. Peut-être est-ce en vertu d'une propriété intrinsèque qui nous est inconnue; peut-être aussi est-ce tout simplement parce que les sujets se prêtent, par leur constitution lymphatique ou

strumeuse, à ces engorgements interminables qui surviennent à propos de la moindre irritation sur tous les orifices naturels : lèvres, narines, conduits auditifs, conduits lacrymaux, etc. Mais quelle que soit l'interprétation qu'on en donne, le fait existe et je le signale. Combien de fois ne m'est-il pas arrivé, en présence de ces méats et de ces glands ainsi sclérosés, de me demander s'il n'y avait pas là un chancre uréthral syphilitique. Avec un peu d'habitude, on arrive à établir le diagnostic. Mais il peut être quelquefois embarrassant. Je me fonde sur deux circonstances, qui font rarement défaut dans la sclérose de cette région, pour la distinguer du chancre uréthral : 1° sur sa symétrie : l'induration est toujours uniforme et aussi développée d'un côté que de l'autre; 2° sur l'absence de tout retentissement ganglionnaire : l'adénopathie inguinale en pareil cas fait toujours défaut, tandis que, dans le chancre uréthral, comme dans tout accident primitif de la syphilis, quel que soit son siége, elle ne manque jamais. Je pourrais ajouter, — mais ce signe est moins important, — que dans la sclérose non spécifique et simplement inflammatoire, il existe une certaine transparence des tissus, tandis que l'œdème dur syphilitique est toujours opaque.

Voici un exemple d'induration œdémateuse non syphilitique du gland et de la portion balanique du canal.

Obs. XII. — M. X..., âgé de vingt-neuf ans, vint me consulter, en juin 1874, pour un écoulement, compliqué d'une tuméfaction très-considérable du gland. Il avait eu, à l'âge de vingt-cinq ans, une première blennorrhagie aiguë, qu'il négligea de traiter. Elle se prolongea pendant trois ou quatre mois et laissa à sa suite de la dureté et un peu de rétrécissement au méat.

En 1873, l'écoulement se reproduisit presque spontanément et à l'état subaigu; puis il devint tout à fait chronique, ce qui ne l'empêcha pas de se compliquer d'épididymite l'année suivante.

Quand M. X... se présenta chez moi, je trouvai une induration sclérotique de tout le gland, plus prononcée dans sa partie antérieure et autour du méat qu'à la base de l'organe. Toute la portion balanique de l'urèthre était indurée. L'écoulement était très-faible et séreux. J'essayai de faire disparaître cette lésion avec une injection de nitrate d'argent au 20e, limitée aux parties qui étaient atteintes. J'y réussis en partie; puis j'essayai la dilatation; mais, malgré ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, l'état sclérotique ne disparut pas complétement, et je ne parvins pas à tarir le petit suintement séreux.

J'ai soigné dans mon service un malade dont le gland était énorme et d'une dureté cartilagineuse; son méat était très-étroit; la moitié antérieure de la portion spongieuse du canal et sa portion balanique avaient subi la même altération. Mais une lésion beaucoup plus sérieuse avait été la conséquence de cet état de choses: huit ou dix fistules avaient perforé le gland dans tous les sens, et, à travers ces fistules, l'urine sortait comme l'eau à travers une pomme d'arrosoir. L'indication, en pareil cas, est formelle : il faut employer la dilatation, avec ou sans débridement préalable du méat, pour rendre au canal son calibre et sa souplesse. On n'y parvient pas toujours; mais je ne connais pas de traitement plus efficace.

Je ne m'étendrai pas longuement sur la description de pareils faits. Je tiens seulement à faire remarquer que la virulence de la cause, si tant est qu'elle existe, ne prend aucune part à leur genèse. C'est un processus irritatif d'une nature particulière, qui se localise dans les éléments du tissu conjonctif, qui les hyperémie, les hypertrophie, puis les transforme en tissu fibreux, mais ne laisse ou ne dépose en eux le germe d'aucune contagiosité. Aussi, à cet égard, sont-ils absolument inoffensifs.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'EAU FROIDE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par le docteur Liron, de Pignan.

S'il est une maladie riche en ressources thérapeutiques, c'est assurément le rhumatisme. Je n'essaierai donc pas de passer en revue les moyens employés contre une affection qui par sa fréquence et la variété de ses manifestations, a toujours eu le privilége d'attirer l'attention de tous les médecins.

Parmi ces moyens toutefois, il en est un autour duquel on a fait, dans ces derniers temps, quelque bruit, et qui semble avoir justifié, jusqu'à un certain point, la réputation qu'on a bien voulu lui accorder : je veux parler des injections sous-cutanées d'eau froide.

C'est M. Potain, si je ne me trompe, qui, en 1869, a fait connaître le résultat de ses premiers essais. Depuis lors, des tentatives isolées se sont sans doute produites, mais comme, pour la plupart, elles ont été entreprises plutôt pour satisfaire l'esprit, que dans un but de progrès scientifique, les résultats en sont à peu près complètement ignorés.

On semblait donc déjà vouloir renoncer à un procédé qui ne jouissait que d'une confiance médiocre, lorsque la nouvelle des succès obtenus par M. Dieulafoy est venue imprimer à cette question une impulsion nouvelle.

On se rappelle, en effet, les cas de guérison vraiment remarquables obtenus par notre savant confrère, dans son service à la Pitié.

Malheureusement, le nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour est si restreint, qu'il est impossible, en l'état, d'apprécier d'une manière exacte la valeur d'une méthode qui ne repose que sur des données scientifiques incomplètes.

Cette lacune est d'autant plus regrettable qu'on trouverait bien souvent, dans l'emploi de cet agent thérapeutique, un moyen à la fois simple et commode de juguler la maladie, ou tout au moins de la simplifier en la débarrassant d'un de ses éléments les plus essentiels : la douleur.

C'est donc dans le but de contribuer à l'étude d'un sujet aussi intéressant, que je viens faire connaître à vos nombreux lecteurs le résultat de mes expériences personnelles :

Obs. I. — Mme B..., mère de quatre enfants, toujours bien réglée, d'un tempérament nervoso-lymphatique, a été atteinte, en avril 1867, d'un rhumatisme généralisé. Une saison à Lamalou l'en avait complétement débarrassée, lorsque le 15 juin de l'année dernière, elle ressentit à la suite d'un refroidissement, une vive douleur dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le lendemain, je suis monté près de cette malade et j'ai constaté un peu de gonflement de l'articulation avec léger mouvement fébrile. T. A. 38. J'ai prescrit des embrocations avec du baume tranquille, et à cause de l'état de la langue, un purgatif.

A huit heures du soir, la douleur étant devenue plus intense, je me rends auprès de Mme B..., qui me demande en grâce de la soulager. P. 115. T. A. 8 2/10. Je pratique alors, au voisinage de l'articulation, une injection de 20 gouttes d'eau pure et j'attends. Un sentiment de cuisson suivit cette première injection, mais au bout de cinq minutes environ, la douleur céda et la malade put reposer une partie de la nuit.

A trois heures du matin, nouvelle recrudescence de la douleur et à huit heures, nouvelle injection. La douleur ne s'est plus reproduite

et Mme B... a continué à vaquer, jusqu'à ce jour, à ses affaires sans ressentir aucune nouvelle atteinte.

Obs. II. — M. F..., célibataire, quarante-huit ans, a eu un rhumatisme en 1871, à la suite, dit-il, d'une partie de chasse. Les articulations des membres supérieurs et celle du genou gauche furent seules atteintes.

En janvier 1873, nouvelle attaque, mais d'une durée moindre.

Enfin, au mois de novembre 1876. après avoir enduré la pluie pendant près d'une demi-heure, M. F... se sentit le lendemain courbaturé, et deux jours après, il fut pris d'une douleur assez intense, au niveau de l'articulation du genou. Malgré un traitement approprié, la douleur allant toujours en augmentant, je pratiquai une injection de 20 gouttes, à 1 centimètre à peu près au dessus du bord supérieur de la rotule. La douleur acquit tout d'abord une intensité plus considérable, mais au bout de quelques minutes, elle se calma et finit même par disparaître. Le malade reposa six heures.

Le lendemain, à ma visite du matin, c'est-à-dire quatorze heures après l'injection, le malade n'avait encore rien ressenti et il se croyait tout à fait guéri, lorsque quelques minutes après mon départ, la douleur revint plus forte que jamais. Je ne pus me rendre auprès de mon client qu'à quatre heures du soir. Je le trouvai en proie à une agitation extrême, en même temps que la peau était chaude et la soif vive. Pouls 120. T. 38 5/10.

Une nouvelle injection fut pratiquée, qui amena un soulagement de trente-six heures. — Une troisième injection suffit pour amener la guérison.

Obs. III. — Mlle M..., âgée de seize ans, d'un tempérament nerveux, un peu anémique, était allée rendre visite, au mois de mars dernier, à une de ses tantes qui habite l'Aveyron. Dès son arrivée chez sa parente, elle sentit dans le poignet droit une douleur, d'abord vague, mais qui augmenta bientôt d'une manière progressive : quelques frictions calmantes lui furent conseillées, sans amener aucun soulagement, Mlle M... attribuant à la rigueur du climat la persistance de sa douleur, revint auprès de sa famille.

Appelé le lendemain de son arrivée, je constatai au niveau du poignet un gonflement assez considérable, avec rougeur et chaleur. Le moindre mouvement de l'articulation arrachait des cris à la malade. Pouls, petit, fréquent; peau moite. Prescriptions : cataplasmes laudanisés, une pilule de 0 gr. 03 extrait thébaïque.

La nuit a été assez calme, mais dans la matinée la douleur s'est réveillée avec une intensité inconnue jusqu'alors, je pratique une injection de 15 gouttes et je prie la famille de m'appeler, si la douleur revient.

Le soulagement ne fut pas de longue durée, car, cinq heures après, je fus obligé de pratiquer une seconde injection de 20 gouttes. Cette fois la douleur céda, mais pour reparaître le lendemain dans les articulations de la main correspondante. Je chargeai la seringue de Pravaz et je fis deux injections de 12 gouttes chacune, au niveau de la naissance des doigts. Comme toujours, il y eut après chacune des injections une souffrance assez vive, mais au bout de quelques instants, la malade put imprimer à ses doigts des mouvements divers. Mlle M... n'avait plus rien ressenti depuis deux jours, lorsque sans cause appréciable connue, la douleur, avec tous ses caractères, envahit l'épaule droite. Une nouvelle injection de 20 gouttes fut pratiquée immédiatement à la partie supérieure et antérieure du bras, et, à partir de ce moment, la guérison devint définitive.

Deux mots seulement à ce sujet : le premier point d'abord, qui doive attirer notre attention, c'est l'amélioration rapide survenue dans l'état de nos deux premiers malades : deux ou trois injections, en effet, ont suffi pour amener la disparition de la douleur et rétablir le mouvement dans les parties affectées.

Chez Mlle M... les résultats, quoique moins prompts, sont peut-être plus concluants, car s'il a fallu répéter ici le nombre d'injections, cela tient uniquement à la tendance de l'affection à se « généraliser ».

Cette méthode présenterait donc ce double avantage : de combattre efficacement la douleur et d'enrayer même quelquefois la maladie elle-même.

Sans doute, quelques faits isolés ne suffisent pas pour établir les vertus curatives d'un agent thérapeutique ; mais les succès que j'ai obtenus ajoutés à ceux que l'on connaît déjà, sont, ce me semble, de nature à faire prendre en considération un procédé qui, par la promptitude des résultats qu'il amène et la simplicité de son emploi, peut être, dans bien des circonstances, pour le médecin, une ressource précieuse.

Une dernière question et qui, selon moi, n'est pas la moins importante, est celle-ci : Quel est le mode d'action de l'eau ? Quelques-uns ont attribué à l'action refrigérante du liquide la cessation des douleurs. Cette opinion n'est pas soutenable, car s'il en était ainsi, on devrait obtenir des résultats semblables toutes les fois que, pour remplir une indication quelconque, on aurait recours à l'emploi des injections hypodermiques.

Faut-il admettre avec M. Lutton (de Reims), que l'amélioration produite est due au fait de la substitution d'une douleur à une autre, ou bien, comme le veulent certains auteurs, s'agit-il simplement ici d'une action reflexe ?

M. Révillout a trop bien démontré ce que de pareilles théories renferment d'obscur ou d'inexact, pour que j'essaie d'entreprendre une pareille tâche. Je termine donc en lui empruntant ses propres paroles : « qu'on ne connaîtra le mécanisme de la cessation de la douleur, que quand on saura, en réalité, le mécanisme suivant lequel elle se produit ». (1)

REVUE DE LA PRESSE

Laryngisme striduleux. — M. Raynaud a consacré une de ses leçons à l'étude d'une affection non encore décrite et qu'il a désignée sous le nom de laryngisme striduleux. Le malade qui faisait le sujet de cette étude était une enfant de quinze mois, présentant un état de dyspnée assez intense pour qu'on songeât à lui faire la trachéotomie. Cette enfant, de constitution chétive, dès les premiers temps de la vie, toussait un peu lorsqu'elle commença, vers l'âge de trois mois, à faire entendre un petit bruit strident au moment de l'inspiration. Ce phénomène ne se produisait que la nuit; le jour il disparaissait et jamais la mère ne put le faire constater au médecin. Il persistait quelquefois pendant plusieurs nuits de suite, puis cessait pendant une période plus ou moins longue et se montrait ensuite de nouveau. Les choses augmentèrent bientôt de gravité ; vers la fin d'octobre, ce bruit durait toute la nuit sans discontinuer. Il se produisait aussi dans la journée, mais avec des intermittences. En décembre et janvier, il se joignit de la dyspnée à cet accident, et enfin, lorsque la mère amena son enfant à l'hôpital, il y avait un véritable cornage qui s'entendait de très-loin. Sous l'influence du moindre effort, la dyspnée augmentait et l'asphyxie menaçait de se produire. A l'expiration, la liberté de la respiration était complète ; chaque inspiration, au contraire, s'accompagnait d'un sifflement analogue.

Sous l'influence du bromure de potassium, administré pendant une quinzaine de jours, à la dose de 20 centigrammes, ces phénomènes morbides disparurent.

Rapprochant ce fait de plusieurs cas analogues qu'il avait déjà eu occasion d'observer lui-même ou qu'il emprunte à la pratique de M. Guéneau de Mussy et de M. Krishaber, et dans lesquels on ne trouva rien à l'autopsie qui expliquât les phénomènes présentés par ces petits malades, M. Raynaud considère cette affection comme un véritable spasme du larynx. Pour cela, il se fonde surtout sur le succès du bromure de potassium, sur l'intermittence des accidents et sur le résultat positif de l'examen laryngoscopique fait par M. Krishaber dans le cas qu'il a observé. Ce spasme, coïncidant d'ail-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1876, p. 786.

leurs avec l'inspiration, se présente comme dans les maladies convulsives, dans la coqueluche en particulier, où on l'observe à ce temps de la respiration.

Mais malgré la prédominance de l'élément spasmodique dans cette maladie, M. Raynaud, écartant le nom de spasme chronique de la glotte, qui pourrait prêter à confondre deux affections trop différentes pour les rapprocher de cette manière, propose d'appliquer à cette affection le nom de laryngisme striduleux. La terminaison du mot laryngisme ayant l'avantage de faire comprendre qu'il s'agit là, comme dans l'œsophagisme, d'une affection d'origine nerveuse, en même temps qu'elle revêt la forme chronique. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Contribution à l'histoire des péritonites traumatiques et puerpérales. — A la suite d'expériences entreprises dans le but de jeter un peu de lumière sur l'histoire encore mal connue des péritonites traumatiques et puerpérales, M. A. Berruyier, aide-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy, formule de la façon suivante les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° Dans les plaies abdominales, du moins chez les lapins et chez les chiens, ni l'entrée de l'air dans la cavité péritonéale, ni la présence de liquides tels que le sang ou le sérum artificiel, ni même l'eau tenant en suspension de la poudre de charbon, ne provoquent de péritonite. Si, sur la séreuse, on constate parfois de l'hyperémie, c'est un fait rare et pour ainsi dire accidentel. Aucune de ces expériences n'a amené d'exsudat plastique, d'adhérences intimes, de circonvolutions intestinales entre elles.

2° Quand, chez ces animaux, des liquides en décomposition stagnent dans la cavité péritonéale, l'absorption d'organismes inférieurs, bactéries et micrococcus, peut se faire en quantité considérable, non pas seulement sans que la mort s'ensuive, mais même sans qu'aucun symptôme morbide n'apparaisse à la suite de ces organismes dans l'économie tout entière. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Kyste sébacé de la paupière à parois formées par l'agglomération de plusieurs tumeurs sébacées. — M. Fano a observé un kyste sébacé de la paupière supérieure, qui, par la plupart de ses caractères de siége et de structure, s'éloigne de celles de ces tumeurs que l'on rencontre ordinairement à cette région.

Une petite fille de quatre ans présentait depuis deux ou trois mois, vers le milieu de la paupière supérieure droite, une petite tumeur qui avait grossi peu à peu et qui s'était ouverte plusieurs fois spontanément en laissant échapper un liquide blanchâtre, de consistance crémeuse. Elle avait le volume d'un haricot flageolet, sa surface était un peu mamelonnée; celle-ci présentait en certains points, la coloration propre à la matière sébacée. La peau était mobile sur la tumeur.

La tumeur, enlevée et examinée au microscope, offrait à la surface un aspect lobulé, rappelant un peu celui de la glande mammaire. On trouvait à l'intérieur une cavité vide de tout produit et paraissant tapissée d'une membrane d'aspect granuleux.

Le tissu de la tumeur était composé de cellules ovoïdes, dont quelques-unes distendues par un contenu huileux; de cellules épithéliales sans noyaux ni graisse; on voyait aussi des gouttes huileuses isolées. La tumeur présentait tous les caractères d'un kyste sébacé.

Ce kyste, d'après M. Fano, est une variété rare de tumeur sébacée de la paupière. On trouve, en général, dans l'épaisseur de la paupière supérieure, trois espèces de kystes sébacés : les kystes cutanés, faisant partie intégrante de la peau du voile et développés aux dépens des éléments folliculaires du derme; les kystes meïbomiens développés dans l'intérieur des follicules de Meïbomius, et les kystes sébacés sous-musculaires, c'est-à-dire les kystes situés au-dessous de l'orbiculaire des paupières. Ces derniers sont congénitaux. Or, dans le fait que nous venons d'observer, la tumeur était située au-dessous de la peau, sans avoir aucune adhérence avec celle-ci : elle était sous-cutanée.

Les kystes sébacés des paupières, à quelque variété des trois espèces ordinaires qu'ils appartiennent, se présentent sous la forme d'une poche unique constituée par une membrane et renfermant un produit de consistance variable. Ici, au contraire, les parois de la poche étaient épaisses et constituées par un tissu glandulaire, que l'analyse a montré être du tissu sébacé, et c'était le tissu qui formait les parois de la cavité centrale de la tumeur.

Se fondant sur cette différence de structure, de siége, et sur ce que le kyste, bien qu'observé chez un enfant de quatre ans, existait probablement depuis la naissance, son volume exigu l'ayant jusque-là soustrait à l'observation, M. Fano pense qu'il existait chez la petite fille une tumeur sébacée sous-cutanée congénitale. (*Journ. d'oculist. et de chir.*)

Fracture du crâne par application de forceps. Phénomènes de compression sur les régions motrices cérébrales. — Le fait suivant, observé par M. Tapret, mérite d'être signalé, non-seulement parce qu'il présente à la fois un intérêt scientifique et pratique considérable, mais encore parce qu'il peut contribuer à éclairer l'étude des centres moteurs chez les nouveau-nés, encore mal connus jusqu'à présent.

Le 2 mars, entre dans le service de M. Millard, à l'hôpital Beaujon, une femme rachitique qui, depuis deux jours, est en travail. Les douleurs expulsives ne reviennent plus qu'à de longs intervalles, et la poche des eaux est rompue depuis vingt-quatre heures. La présentation est en occipito-iliaque gauche, mais la tête est à peine engagée et le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesure pas plus de 8 centimètres et quart.

L'accouchement ne paraissant pas devoir se faire spontanément, on applique le forceps. Après quelques minutes de traction énergique, l'opérateur a la sensation d'un affaissement brusque, en même temps que le dégagement de la tête du fœtus s'opère. A partir de ce moment, tout est vite terminé.

Après être resté quelque temps dans un état de mort apparente, l'enfant est plongé dans un bain de moutarde, et les efforts d'inspiration commencent.

Son cri est enroué, presque aphone. Le globe oculaire gauche fait une forte saillie sous les paupières entr'ouvertes. Toute la conjonctive bulbaire est infiltrée de sang. La figure est grimaçante, la moitié droite de la face paralysée. Les membres supérieur et inférieur de ce côté sont animés de petits mouvements convulsifs intermittents. Dans l'intervalle des convulsions, le bras et la jambe de ce côté sont plus flasques que du côté opposé. L'extrémité libre de la cuillère gauche du forceps, appuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale, les os très-durs ont cédé à ce point. On constate, en effet, au-dessus de la bosse pariétale, un véritable enfoncement du crâne par fracture comminutive. Cet enfoncement commence sur le frontal, à 2 centimètres environ au-dessus du diamètre occipito-frontal, et finit sur le pariétal, à 2 centimètres en arrière de la ligne auriculo-bregmatique. La suture médiane le limite en haut; en bas, il n'atteint pas les bosses pariétales. Le fragment postérieur du frontal, dirigé obliquement en haut et en arrière, chevauche sur le fragment antérieur du pariétal. D'après le schema pris sur l'enfant, l'enfoncement correspondrait à la partie postérieure des trois circonvolutions frontales et au bas moyen de la circonvolution frontale ascendante. Un céphalotome s'est rapidement formé au niveau de cette embarrure.

Dans le but de cesser la compression, on incise le péri-crâne, puis on visse un tire-fond obliquement (pour éviter de toucher l'écorce cérébrale) dans le plus large fragment enfoncé, et les os sont remontés à leur niveau normal. A partir de ce moment, l'enrouement, les convulsions, l'exophthalmie disparaissent. Il persiste seulement un peu de paralysie faciale, qui cesse elle-même trois jours plus tard. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Un cas de grossesse trigémellaire. — Une sage-femme d'Étampes rapporte un cas remarquable de grossesse trigémellaire. Le sujet de cette observation est une femme de trente-cinq ans, ayant déjà eu une grossesse double il y a huit ans, qui accoucha successivement à terme et à quelques heures d'intervalle, de trois enfants viables et bien conformés, l'un du sexe masculin, les deux autres du sexe féminin. Les deux premiers présentaient le sommet et le troisième l'extrémité pelvienne. Il y avait trois placentas distincts. (*Gaz. obstétr.*)

De la dilatation forcée dans le traitement des constipations opiniâtres. — Nos lecteurs n'ont pas oublié la discussion qu'a soulevée, il y a quelque temps, à la Société de chirurgie, le mémoire remarquable de M. Fontan, de Lyon, sur le traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée, M. Lucas Championnière nous apprend que, en ce qui concerne certaines constipations opiniâtres, la dilatation serait appelée aussi, d'après M. Panas, à d'excellents résultats. Le cas suivant semblerait, en effet, en témoigner. Une dame, de tempérament nerveux très-accentué, avait, depuis huit ans, de la constipation, de temps en temps de véritables coliques de *miserere*, des symptômes d'étranglement interne. Les purgatifs produisaient ou exaspéraient ces accès douloureux. L'anus était contracturé sans fissures ni hémorrhoïdes. M. Panas, ayant endormi la malade, lui dilata le sphincter vigoureusement, et depuis les accidents auraient totalement disparu. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le docteur Mie, sur une épidémie de variole observée à Coulommiers, (Seine-et-Marne.) (Commission des épidémies).

2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Propiac et de Bourdonyre (Drôme), pour l'année 1875. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Anatole Manouvriez de Valenciennes, qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Un rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de Soissons, depuis le 26 juillet 1875, jusqu'à fin juillet 1877, par M. le docteur Fournier.

3° Un travail intitulé : *Considérations sur l'étiologie, la transmission et le traitement d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Mauprevou.* (Commission des épidémies).

4° Une note sur les salicylates de potasse, de magnésie, de lithène et d'alumine, etc., par M. le docteur Tarnier-Despalles.

M. Chauffard, à l'occasion du procès-verbal et à propos de la communication de M. Rochard, sur le typhus exanthématique observé dans certaines localités du Finistère et du Morbihan, rappelle qu'il avait déjà touché le même sujet dans son travail sur l'étiologie du typhus, travail qu'il a communiqué à l'Académie en 1872. A cette époque et même précédemment, à la fin de 1870, dans un échange d'observations, à la Société médicale des hôpitaux, il émit le premier, dit-il, des doutes motivés, relativement à l'étiologie consacrée et banale du typhus exanthématique. Il essaya de prouver que cette maladie spécifique ne naissait pas spontanément de causes communes sur notre sol et dans notre race. Il rencontra alors, comme fait qui pourrait être opposé à ces vues étiologiques, le typhus qui sévissait à Riantec, et dont un jeune médecin, M. Gillet, donnait, dans sa thèse inaugurale, une excellente description. Il émit alors l'idée que ce typhus était probablement un typhus importé. C'est donc avec satisfaction qu'il constate que M. le docteur Gestin, médecin en chef du port de Brest, apporte à cette opinion l'appui de sa haute autorité. La succession, en effet, de ces foyers d'épidémie, leur mode d'apparition et d'extension, la bénignité de certaines de ces épidémies, tout démontre l'importation. Et si l'importation est le fait étiologique essentiel de ces épidémies successives, il devient infiniment probable qu'elle est aussi le fait étiologique essentiel de l'épidémie primitive, dont les autres dérivent. Il est possible et probable même, que cette épidémie primitive remonte à une époque déjà éloignée, peut-être à la grande épidémie importée à Brest, en 1758, et que M. Rochard a rappelée. Sur ce point, on en est réduit à des conjectures.

Maintenant, comment se fait-il que le typhus exanthématique, importé à plusieurs reprises parmi nous, se soit toujours éteint, tandis qu'il semble se propager et s'acclimater, en quelque sorte, sur la population de l'extrême Bretagne? Y aurait-il entre les populations et le sol du littoral breton des affinités de nature avec la population de l'Islande et du pays de Galles, où règne le typhus endémique? Situation géographique, climat, race, rapprochent l'un de l'autre le littoral de Bretagne et celui de notre grande voisine d'outre-Manche. Il est, en tous cas, bien remarquable de rencontrer ces singulières analogies entre la pathologie de pays qui se ressemblent à tant de titres, quoique appartenant à des nations, ou mieux, à des empires différents.

RAPPORTS

M. Personne, au nom de la commission des remèdes nouveaux et secrets, lit une série de rapports dont les conclusions après quelques observations et quelques changements de rédaction sont adoptées, sauf une seule.

M. Gubler lit un rapport sur un mémoire de M. Byasson, intitulé : *Note sur le maté* (*thé du Paraguay, ilex Paraguyaiensis*). M. Byasson a fait une nouvelle analyse de cette subtance, et il y a trouvé jusqu'à 1,85 pour 100 d'un alcaloïde identique à la caféine. M. Gubler a voulu s'assurer que cet alcaloïde du maté, qu'il propose de distinguer de la caféine, son isomère, et de nommer matéine, possède bien, en effet, des qualités dynamiques égales à celles des alcaloïdes similaires extraits du thé et du café.

D'après les résultats de ces premières expériences, il croit que le maté fera bonne figure dans le groupe des agents névrosthéniques ou dynamophores : qu'il est appelé à devenir bientôt le thé du pauvre, étant infiniment moins coûteux que le thé.

DISCUSSION

M. Leroy de Méricourt dit avoir séjourné pendant plus de trois mois à la Plata, dont les habitants font un grand usage du maté, et n'avoir que fort peu d'éloges à donner à cette substance. D'abord l'infusion de maté n'a rien d'agréable, il est difficile de s'habituer à son goût, elle a quelque chose de nauséeux, elle produit souvent des gastralgies et des dyspepsies extrêmement tenaces; si elle paraît apaiser la fièvre, c'est en la trompant, comme le tabac. Le marin qui fume ou qui chique continuellement, peut ne pas sentir les appels de son estomac, il en est de même de ceux qui font grand usage du maté.

Dans le pays où on le boit, on l'aspire très-chaud, à l'aide d'un tube de métal terminé par une petite boule percée de trous et qu'on appelle le bombille. L'échauffement des dents, produit par cet appareil métallique, fait bientôt tomber toutes les incisives. D'ailleurs, le maté a besoin d'une préparation spéciale assez délicate, il doit être torréfié parfaitement à point; enfin c'est une des substances qui prête le plus aux falsifications. Très-souvent, il arrive que les échantillons commerciaux ne contiennent pas même un atome d'*ilex* et par conséquent, pas de matéine.

M. Gubler n'a pas l'expérience de M. Leroy de Méricourt au sujet du maté, et, par conséquent, ne peut lui répondre. Mais il croit que ses critiques sont fort exagérées. Pour sa part, il n'a pas trouvé que les infusions du maté dont il s'est servi, eussent un mauvais goût, loin de produire chez lui un état nauséeux, de la gastralgie, de la dyspepsie, elles amenaient plutôt le résultat contraire. Enfin, cette question lui paraît demander de nouvelles études avant d'être jugée définitivement.

RAPPORT

M. Gubler lit un autre rapport qui a pour objet un mémoire manuscrit de M. le docteur Oré (de Bordeaux), intitulé : *Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux.*

L'agaric en question est sans doute celui qui est nommé *phalloïdes* dans le *Botanicon* et que Persoon appelle *anamita bulbosa.*

M. le docteur Oré a reconnu qu'elle perdait ses propriétés véné-

neuses après vingt-quatre heures de macération dans l'eau vinaigrée, et après toute une série d'expériences et de suppositions de divers genres, il est arrivé à reconnaître que cela tenait à la solubilité complète du principe actif a l'état d'acétate.

Les effets de ce champignon sur le tube digestif et l'appareil nerveux l'ont fait ranger, à côté de ses congénères, l'*agaricus muscarinus* et l'*agaricus pantherinus*, parmi les poisons narcotico-acres. M. Oré, qui a fort bien décrit les phénomènes de cette intoxication, en a proposé une interprétation nouvelle que M. Gubler croit hasardée. Il attribuerait tous les symptômes, même d'irritation gastrique, à une action portant directement sur le système nerveux et comparable à celle de la strychnine. Dans des expériences sur des animaux, ayant injecté une solution acétique de l'agent toxique dans une anse d'intestin comprise entre deux ligatures, il aurait trouvé néanmoins une inflammation très-étendue de tout le reste des voies digestives, inflammation indépendante de tout contact, et par conséquent, de toute irritation directe. M. Gubler en admettant le fait, en repousse les déductions, car rien ne prouve que ce poison n'agit pas alors comme l'émétine, laquelle, entrée dans l'économie par une voie quelconque, en vient toujours à être excrétée par les glandules de l'appareil digestif, et irrite alors celui-ci par une véritable action de contact.

M. Gubler termine ainsi son rapport : « On peut maintenant se faire une juste idée de la valeur du travail dn docteur Oré. Dans cette nouvelle production, le savant professeur de Bordeaux s'est montré observateur consciencieux autant qu'expérimentateur habile. S'il a rencontré quelques résultats contestables, ou bien énoncé quelques vues théoriques sujettes à controverses, notre distingué confrère n'en a pas moins le grand mérite d'avoir abordé un sujet à peu près ignoré jusque-là et d'apporter à la science un tribut de notions positives, acquises par les méthodes les plus précises et les plus perfectionnées.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter les conclusions suivantes :

1° Remercier M. le professeur Oré de son importante communication;

2° L'engager à continuer ses recherches sur l'empoisonnement par l'*agaric bulbeux* (*agaricus phalloides*);

3° Déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie. »

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 mai 1877, M. le baron Larrey, membre de l'Institut, médecin inspecteur en retraite, grand officier de la Légion d'honneur est nommé membre du conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur.

— Par décrets en date du 7 août 1877, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Pauly, médecin principal de première classe des hôpitaux de la division d'Oran. — Delune, médecin-major de première classe au 85e de ligne.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Hervieux, médecin de la Maternité, membre de l'Académie de médecine. — Le docteur Molland, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Le docteur Fuzier, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Bassens. — Beltz, médecin-major de deuxième classe au 114e de ligne. — Deslandes, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran. — Gaumé, médecin-major de deuxième classe au 118e de ligne. — Roqueplo, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger — Le docteur Commarmont (de Saint-Galmier); [donne depuis quarante et un ans des soins empressés et gratuits aux militaires de la gendarmerie.]

— Le concours de l'adjuvat à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. P. Segond et Kirmisson.

— Nous avons à faire connaître à nos lecteurs deux innovations heureuses apportées dans le service de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

1° La première a consisté à mettre à la disposition des lecteurs les fascicules des publications périodiques au fur et à mesure de leur apparition. A cette heure, il y a vingt-huit de ces journaux placés sur une table spéciale, et que chaque lecteur peut consulter à son aise. Nous savons, de source certaine, que le nombre en sera, sous peu de temps, augmenté.

2° La seconde mesure mise en pratique sera pareillement bien reçue par tous les travailleurs. Contrairement à ce qui se faisait autrefois, les thèses, même les plus récentes, sont communiquées aux lecteurs; et l'on n'attend plus pour cela que ces mêmes thèses soient colligées en un volume et reliées.

— Une exposition d'instruments aura lieu à Genève, pendant la session du Congrès périodique international des sciences médicales.

La commission fait savoir : 1° Qu'elle entend par instruments *nouveaux* tous ceux qui ne sont pas dans le commerce depuis plus de trois ans; 2° que le comité mettra *gratuitement* à la disposition des exposants des vitrines (forme pupitre) pour les instruments délicats. Les exposants devront lui faire connaître, avant le 15 août, l'espacedont ils ont besoin pour leur exposition. Les objets, ainsi que leur nomenclature exacte, devront parvenir à la direction avant le 1er septembre prochain.

Essai sur les cataractes traumatiques, par le docteur Adolphe Piéchaud, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale de Liége). — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce. — Bruxelles, H. Manceaux.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Service de M. Tillaux : luxation ischiatique de la hanche se transformant en sous-pubienne et réciproquement. — Parotidite suppurée. — Ligatures multiples du cordon dans la castration.

Une véritable actualité clinique, au point de vue chirurgical, vient de se produire à Lariboisière.

M. Tillaux, dans un travail récent (1), basé sur un nombre considérable d'expériences sur le cadavre, avait expliqué, d'une façon neuve et originale, le mécanisme de la production des luxations de la hanche, et il avait fait voir comment les luxations ischiatiques et sous-pubiennes pouvaient se transformer l'une dans l'autre avec la plus grande facilité.

Disons quelques mots de ces théories, très-satisfaisantes pour l'esprit.

M. Tillaux n'attribue aucun rôle, ou presque aucun rôle, aux masses musculaires dans la différenciation des luxations coxo-fémorales. Pour lui, tout se réduit à savoir dans quelle étendue et sur quels points la capsule s'est déchirée.

Il n'y a pas de luxation possible si la cuisse n'est pas fléchie, parce que c'est la seule position dans laquelle la tête du fémur vienne presser contre la capsule.

Si la déchirure s'est faite seulement en bas et en arrière, la luxation est ischiatique, mais reste incomplète, parce que les faisceaux fibreux puissants, dont la capsule est constituée dans sa moitié antéro-supérieure, sont trop courts pour permettre à la tête du fémur de s'écarter plus loin que le rebord du sourcil cotyloïdien.

Si la déchirure, s'étendant aux trois quarts de la capsule, n'en a respecté que les faisceaux supérieurs, la tête du fémur, pouvant exécuter des mouvements bien plus étendus, se portera indifféremment, soit en arrière, soit en avant, selon que la force extérieure se sera exercée dans tel ou tel sens. Si la luxation s'est produite dans un mouvement d'adduction et de rotation en dehors, elle sera ischiatique; si, au contraire, elle a eu lieu par un mouvement forcé d'abduction et de rotation en dedans, elle sera sous-pubienne; et comme dans les tentatives de réductions, le chirurgien devra procéder en sens inverse de la cause productrice, il sera exposé à voir, entre ses mains, une de ces luxations se transformer en l'autre.

Jusqu'ici, cette théorie ne s'appuyait cliniquement que sur un seul fait, observé longtemps avant qu'elle ne fût formulée et qui a été publié dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1864.

Un autre, tout à fait semblable, mais avec le grand avantage d'avoir été prévu d'avance, vient de la confirmer d'une façon évidente.

L'observation sera publiée dans tous ses détails, par l'interne très-distingué du service. Nous nous bornerons donc ici, à en résumer, en quelques mots, les côtés pratiques.

Mardi dernier, on apportait, à l'hôpital, un homme de quarante-sept ans, gravatier, qui, étant tombé, avait eu le pied droit écrasé, le genou droit contusionné vers sa face interne, et la hanche gauche luxée par son camion. Le genou, porté en dedans, appuyait contre l'autre cuisse, et l'on pensa que la luxation devait être ischiatique, sans pouvoir d'abord s'en assurer, car les douleurs atroces que le malade accusait au moindre mouvement, mettaient obstacle à toute exploration sérieuse, avant l'emploi du chloroforme. Dans les luxations ischiatiques, ces douleurs atroces sont de règle, ce qui tient sans doute à la pression, que, dans sa position nouvelle, la tête du fémur exerce sur le tronc ou sur quelque branche du nerf sciatique. Une fois le malade endormi, on constata que le diagnostic était exact, puis, avant de procéder à aucune tentative de réduction, M. Tillaux commença par annoncer comme probable ce qui se passa en effet.

A cinq ou six reprises différentes, la luxation se transforma; elle devint d'ischiatique, sous-pubienne; puis, de sous-pubienne, ischiatique ; et ainsi de suite, suivant que la tête du fémur était portée d'arrière en avant ou d'avant en arrière, par les mouvements d'abduction et de rotation en dedans, ou au contraire, d'adduction et de rotation en dehors, communiqués à la cuisse fléchie. Enfin, la réduction eut lieu, et hier, le malade allait très-bien, il ne souffrait plus.

Il est couché salle Saint-Louis, n° 15.

— Un autre malade de la même salle, n° 25, offre un exemple rare de parotidite suppurée chez un adulte, bien portant jusque-là. Cet homme, âgé de vingt-trois ans, maçon, était entré d'abord, vers le commencement de juillet, dans un service de médecine, pour des accès de fièvre qui se re-

(1) *Recherches expérimentales et cliniques sur le mécanisme des luxations coxo-fémorales.* — Paris, 1876, Asselin.

produisaient avec une certaine régularité et qui furent considérés comme se rattachant à une fièvre paludéenne du type tierce. Mais après deux semaines environ d'un traitement inutile, le lendemain d'un jour où la température avait atteint 41 degrés, on s'aperçut que la joue droite enflait. Le gonflement ressemblait, par son siége, à ce qu'on nomme les oreillons; il s'étendait également à toute la région parotidienne. Mais on eut bientôt à constater qu'il se faisait là un foyer de suppuration, et quinze jours après le début de la parotidite, il fallut faire une ponction et un débridement transversal étendu.

L'étiologie de ce phlegmon parotidien est restée tout à fait obscure. Ainsi que nous l'avons déjà dit, ce jeune homme était robuste, il se nourrissait bien, il n'avait jamais présenté et ne présente aucun symptôme de maladie constitutionnelle, d'affection putride, typhoïde ou scorbutique, d'atteinte grave à la santé. Ses accès de fièvre étaient des plus francs; ils commençaient par un grand frisson et ils se terminaient par des sueurs abondantes. Dans de pareilles circonstances, une parotide suppurée paraît vraiment exceptionnelle.

Tout autre était le cas durant le siége de Paris, époque où j'en ai vu plusieurs.

Il s'agissait d'individus débilités et surmenés, dont l'alimentation était depuis longtemps insuffisante. Le scorbut avait fait déjà son apparition, et ceux même qu'il n'atteignait pas, à proprement parler, se ressentaient, plus ou moins, des mêmes influences.

— Aux n°s 8 et 28 de la même salle, se trouvent deux malades qui ont subi dernièrement la castration pour des sarcomes du testicule. A cette occasion, M. Tillaux a insisté sur un point de pratique qui vaut la peine d'être noté. On sait qu'on discute beaucoup sur la valeur comparative de la ligature en masse du cordon, ou de la ligature isolée de ses vaisseaux. La première a pour elle divers avantages : elle est beaucoup plus prompte, beaucoup plus facile à effectuer, elle n'expose pas à perdre de vue quelque vaisseau, qui se serait rétracté pendant la dissection des divers éléments dont le cordon se compose, et qui pourrait ensuite être le point de départ d'une hémorrhagie secondaire.

Mais elle a aussi ses inconvénients, dont les principaux tiennent à l'épaisseur de la masse à lier d'un seul coup, d'où résulte une moindre force dans la constriction exercée sur chaque partie : par suite, une grande lenteur dans la production et le détachement de l'eschare, la crainte de ne pas obturer complétement tous les vaisseaux, etc. M. Tillaux, pour combiner les avantages des deux modes de procéder, a l'habitude de lier tout le cordon, mais non dans une seule et même anse. Par des fils qu'il passe au travers, il le divise en trois parties, qu'il étreint, chacune isolément dans une ligature serrée. Toute circulation, tout apport nutritif étant ainsi interrompu, l'eschare se fait et se détache en fort peu de jours, sans qu'on ait à craindre d'avoir laissé des vaisseaux perméables.

Association synergique des deux yeux, persistant malgré la paralysie de la sixième paire d'un côté.

Nous avons à revenir sur le compte du malade dont nous avons parlé, la semaine dernière, sous ce même titre. En effet, d'une part, durant ces huit jours, il s'est produit dans son état certaines modifications, que nous avons constatées quand nous l'avons revu, et d'une autre part, nous avons reçu, à son sujet, de M. Féréol, une lettre que nous tenons à publier.

Rappelons d'abord la description que nous avons donnée du phénomène qui frappait le plus chez cet homme.

« Chez ce malade, avons-nous dit, il reste une paralysie de la sixième paire du côté droit, et quand il fait effort pour tourner l'œil à droite, le muscle droit externe devient le siége de contractions courtes, saccadées, comme convulsives, qui se répètent coup sur coup, mais qui restent inefficaces à accomplir pleinement le mouvement voulu. Or, ce singulier nystagmus se produit en même temps à gauche, quand le malade regarde à droite des deux yeux ; bien que l'œil gauche se porte à droite sans difficulté, quand il agit seul, ou quand, pour fixer un objet très-rapproché, le malade louche. C'est donc bien évident : alors que l'impotence fonctionnelle de son droit externe fait osciller le globe oculaire du côté droit, autour d'un axe qui s'écarte à peine du plan médian, les oscillations simultanées du globe oculaire gauche sont des mouvements associés... Le nerf moteur oculaire commun n'est point directement en cause, le nerf de la sixième paire du côté droit se trouve seul lésé. »

Nous disions plus loin que, d'après les résultats d'une autopsie antérieure, pratiquée par M. Féréol, dans un cas semblable, la lésion, de nature tuberculeuse, devait siéger « près des origines de la sixième paire du côté droit » ; Et comme explication du symptôme observé, rappelant l'anastomose trouvée par M. Lockart Clarke entre les noyaux d'origine du moteur oculaire externe et du moteur oculaire commun, nous traduisions ainsi les conclusions de M. Féréol, que nous adoptions comme très-probables. « Il est donc possible que le muscle droit interne reçoive son innervation de deux sources, de la troisième paire pour les mouvements isolés, de la sixième paire du côté opposé pour les mouvements associés et synergiques. »

Une double faute d'impression, rendue frappante par le *contexte,* par tout l'ensemble de l'article, s'était glissée dans cette phrase, que nous avons pu rétablir dans un erratum.

Mais on ne pouvait pas s'y tromper, car aussitôt après, examinant quels devaient être, d'après ces données anatomo-physiologiques, supposées démontrées, les résultats divers de la *paralysie de la sixième paire,* nous parlions des cas dans lesquels un des deux yeux étant, en conséquence, paralysé de son muscle droit externe, l'autre s'en isolerait pour exécuter seul les mouvements de latéralité dont le premier serait incapable (ce qui arriverait, par exemple, toutes les fois que l'affection du nerf moteur oculaire externe serait périphérique), et les cas dans lesquels, au contraire, *les deux yeux resteraient encore associés dans l'impotence fonctionnelle de l'un d'eux,* étant *sujets à la même inaction, aux mêmes tremblements, aux mêmes spasmes, aux mêmes crampes, pour ainsi dire* (ce qui pourrait arriver, alors que la lésion, portant sur le noyau d'origine du nerf de la sixième paire, l'affecterait dans tout son ensemble et, par conséquent, influerait aussi sur la branche anastomotique avec le moteur oculaire commun.)

Tous ces points sont si peu connus généralement et d'une analyse si délicate, que cette récapitulation sommaire, débarrassée des détails accessoires de l'observation, nous a paru utile pour les mettre en relief.

Maintenant, voici ce que nous écrit M. Féréol :

« Vous avez bien voulu, dans votre numéro du 4 août, consacrer une description minutieuse et une discussion approfondie à l'intéressant malade de mon service à l'hôpital Lariboisière, que je vous ai signalé comme atteint d'un tubercule de l'étage supérieur de la protubérance annulaire du côté roit. Ce malade offre une parésie avec spasme du muscle droit

externe de l'œil droit, parésie qui se réflète avec le même spasme dans le muscle droit interne de l'œil gauche; et à ce propos, vous avez cité une observation analogue, que j'ai communiquée en 1873 à la Société médicale des hôpitaux, et reproduit la discussion anatomo-physiologique à laquelle je me suis livré pour tâcher d'expliquer ce point encore obscur de sémiologie.

« Les conclusions physiologiques auxquelles vous arrivez à la fin de votre savant article, dans le numéro du 4 août dernier, contenaient une erreur évidemment typographique et que vous avez rectifiée dans le numéro d'aujourd'hui. Ces conclusions sont donc bien celles que j'ai adoptées dans mon mémoire de 1873.

« Permettez-moi d'y insister un instant.

« Dans la vision binoculaire à distance (ce que vous appelez *mouvements associés*), on voit clairement chez le malade de Lariboisière, que le muscle droit interne de l'œil sain participe au spasme fonctionnel du droit externe de l'œil malade.

« Mais si on engage le malade à regarder le bout de son nez, en louchant, ou si tout simplement on couvre l'œil droit (œil malade), en commandant le mouvement d'adduction à l'œil gauche (c'est ce que vous appelez les *mouvements isolés*, et ce que j'appellerais plutôt les mouvements *dissociés*), on voit, dans l'une et l'autre expérience, le muscle droit interne de l'œil gauche exécuter le mouvement d'adduction complétement, et sans la moindre oscillation.

« Il suffit donc de supprimer la synergie du muscle droit externe droit, pour que le muscle droit interne gauche reprenne l'intégrité de sa fonction.

« C'est absolument ce que j'avais observé chez mon malade de la maison municipale de santé, en 1873, à cela près que, chez ce dernier, il n'y avait point de spasme fonctionnel, mais impotence musculaire simple, sans oscillations, sans nystagmus. C'est donc une raison pour affirmer et même pour élargir la loi que j'avais formulée en disant que les muscles synergiques restaient associés dans la paralysie comme dans l'action. On peut dire aujourd'hui que cette association persiste dans l'état pathologique, quel qu'il soit (spasme ou paralysie).

« Ces deux observations me semblent donc conduire à cette conclusion physiologique que, dans la vision binoculaire à distance, l'incitation nerveuse part de la sixième paire pour les deux muscles synergiques droit externe et droit interne de chaque œil; tandis qu'elle vient de la troisième paire dans les mouvements dissociés de la vision monoculaire, ou de la vision convergente à courte distance.

« Ce petit point clinique, malgré son apparente minutie, offre, en réalité, un certain intérêt, puisque, s'il est fondé, en observation comme en interprétation, il acquiert une véritable importance dans la question des localisations cérébrales; ce symptôme permettrait, en effet, d'affirmer, presque à coup sûr, l'existence d'une lésion au niveau du noyau de la sixième paire, c'est-à-dire à l'étage supérieur de la protubérance annulaire, et au voisinage du bulbe; et selon que les muscles faciaux seraient eux-mêmes atteints ou indemnes, on pourrait affirmer que la lésion s'est étendue ou non à ce qu'on a appelé le noyau du facial abducteur.

« Or, dans une observation récente publiée par M. le docteur Hallopeau, dans les *Archives de physiologie* (2e série, III, pag. 795), je vois qu'une thrombose basilaire a précisément déterminé les symptômes de paralysie du noyau du facial abducteur, avec ce que j'ai cru pouvoir appeler l'inaction conjuguée du droit interne du côté sain. Je regrette que mon jeune et savant collègue, qui cite à ce sujet l'opinion de Foville, la première en date, n'ait pas eu connaissance de mon travail; mais la rencontre m'est heureuse et me confirme dans l'espoir que ce petit point de sémiologie et de physiologie sera bientôt fixé dans le sens indiqué par Foville et moi. En tous cas, je ne manquerai pas de publier la fin de l'observation du malade de Lariboisière, si je suis en mesure de le faire un jour. »

On le voit, il s'agit ici d'une question vraiment pratique, vraiment intéressante, encore controversée. Il importe donc de la bien poser, et on comprend que M. Féréol doive tenir à la précision des moindres termes.

Comme les mouvements des globes oculaires, considérés en général, ne se *dissocient* pas d'ordinaire quand un des yeux est couvert ou fermé, bien qu'alors l'autre, *isolément*, entre seul en action, pour l'accomplissement de la fonction visuelle, j'avais employé le mot *isolés*, plutôt que le mot *dissociés*, pour parler de ce cas. Mais je reconnais, bien volontiers, que pour le strabisme convergent, dont j'avais aussi à parler, le mot *dissociés* valait mieux.

Après cet aveu, je me permettrai de faire, à mon tour, une petite querelle de mots à M. Féréol. Comment, dans sa lettre, à propos des origines du nerf facial seul, en opposition avec celles du nerf moteur oculaire externe, appelé aussi *abducteur de l'œil*, a-t-il pu se servir du mot *noyau du facial abducteur*, qui les comprend également l'un et l'autre?

Dans le travail de M. Hallopeau, on voit parfaitement, d'après les détails de l'observation, que cet auteur attribue à ce terme l'extension la plus large, confondant ensemble les noyaux de la cinquième et de la sixième paires. Ces deux paires avaient été l'une et l'autre paralysées par un ramollissement, suite de thrombose, comprenant toutes leurs origines, que M. Hallopeau, suivant l'opinion la plus générale, place dans un noyau unique.

Mais M. Féréol a-t-il donc oublié qu'il a combattu, dans un de ses mémoires, cette opinion, suivant laquelle, du reste, on ne pourrait plus distinguer, comme localisation centrale, les lésions portant sur le nerf de la sixième paire de celles qui portent sur le facial, puisqu'on n'admettrait pas pour la sixième paire de noyau d'origine spcial et isolé.

Nous reproduisons le passage dans lequel M. Féréol a traité autrefois ce point, vraiment capital dans la question.

« Un point d'abord appelle l'attention; M. Lockart Clarke, comme Stilling et comme beaucoup d'anatomistes des plus autorisés, du reste, donne au facial et à la sixième paire un noyau commun d'origine. C'est là une erreur, je ne crains pas de le dire. En réalité, il existe un noyau d'origine distinct pour chacune des deux paires. Il est vrai que ces deux noyaux sont tellement voisins l'un de l'autre qu'il est facile de les confondre; et il est plus que probable qu'ils doivent avoir des connexions; mais ils sont distincts; et l'observation clinique que j'ai apportée dans le débat est capitale, parce qu'elle l'établit formellement. En effet, on voit dans ce cas, un tubercule se développer dans l'épaisseur de la protubérance, au niveau du noyau d'origine de la sixième paire, sans que les fonctions du facial aient été sérieusement compromises; la paralysie s'est bornée à la sixième paire. Il est arrivé là ce qui arrive souvent en pathologie. La maladie s'est chargée de prouver ce que le scalpel, aidé du microscope et de tous les moyens modernes d'investigation, laissait indécis; et les doutes théoriques soulevés sur l'autonomie du noyau de la sixième

paire sont mis à néant par cette importante autopsie. »

Ces données une fois admises, il n'est plus possible de parler *du facial du noyau abducteur*. Ce serait renverser d'une main, ce qu'on édifierait de l'autre. Lisons donc *noyau du facial*; effaçant ce qui n'est sans doute qu'un simple *lapsus calami* ou tout au plus une inadvertance, comme il en échappe souvent aux plus attentifs.

Parlons maintenant du malade, et des changements qui se sont produits dans son état, depuis quelques jours.

Il déclare se trouver mieux. Les douleurs de tête ont cessé d'être continuelles, elles ne le prennent plus maintenant, en général que, dans l'après-midi, puis elles vont en s'accentuant à mesure que la journée s'avance. Il n'y a plus eu de vomissements, ni même de nausées; les vertiges sont devenus très-rares. Ils ne se produisent plus quand le malade tourne la tête à droite, ou veut regarder en l'air, mais seulement quand il baisse la tête pour regarder directement en bas.

En ce qui touche les yeux, on constate une grande diminution dans le tremblottement habituel. Quand le malade regarde à droite, le nystagmus, surtout dans l'œil gauche, est bien moins marqué qu'il ne l'était. Mais en revanche, quand alors on couvre l'œil droit, on constate que — ce qui n'avait pas lieu la semaine dernière — le nystagmus persiste encore dans l'œil gauche regardant à droite.

La paralysie du muscle droit externe de l'œil droit est-elle plus ou moins accusée? Les opinions sont partagées sur ce sujet, ce qui prouve, que, dans tous les cas, le changement n'est pas considérable.

On remarque aujourd'hui que l'œil gauche paraît moins ouvert que son congénère, ce qui pourrait faire songer à une très-légère atteinte des origines du facial du côté droit.

Somme toute, les symptômes oculaires offrent quelque chose de moins net en ce qui touche la paralysie isolée de la cinquième paire droite. Les mouvements des yeux tendent à se dissocier. Mais cette transformation est très-curieuse à suivre. En effet, ici le problème est fort complexe.

Il faut noter, en premier lieu, que l'œil droit est le plus puissant chez ce jeune homme, celui qui distingue le plus nettement, et avait acquis, par conséquent, la prédominance.

On comprend donc bien, comment l'œil gauche, ayant l'habitude de le suivre dans ses mouvements, a dû d'abord être agité simultanément des mêmes spasmes.

Mais, du moment où la course de l'œil droit se trouvait réduite presque de moitié, cette prédominance se perdait en partie, et dans les mouvements de latéralité ainsi limités pour un des yeux, l'autre a dû tendre à recouvrer son indépendance.

Le droit interne, s'il possède une double source d'innervation, a dû de plus en plus recourir à celle qui devenait la plus utile. Il en résulte peut-être, pour lui, un certain effort et une tendance finale au raccourcissement par contracture.

En sera-t-il ainsi chez le malade de Lariboisière? C'est ce que l'avenir apprendra.

J'ai voulu seulement montrer comment l'apparition tardive d'une contracture du droit interne de l'œil gauche, si elle se produit, pourrait théoriquement se concilier très-bien avec les premières observations de MM. Foville, Féréol, Hallopeau, et avec les données anatomo-physiologiques de M. Lockart Clarke, interprétées par MM. Duchenne (de Boulogne) et Féréol.

Dr Victor Revillout.

RÉTENTION DU PLACENTA DANS UN CAS D'AVORTEMENT

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE TARDIVE; GUÉRISON

Par le docteur C. Beltz, de Reims.

Dans la soirée du 2 avril, je fus appelé près de madame X..., de Reims qui, me dit-on, perdait, depuis quinze jours, du sang par les parties génitales. Cette dame me raconte qu'elle a fait une fausse couche vers le milieu du mois de mars, après trois mois de grossesse; que le cordon s'est rompu après la sortie de l'embryon et que la délivrance n'a pas été faite. Depuis ce temps, en dépit des moyens employés: immobilité; compresses d'eau froide sur le ventre; ergotine; perchlorure de fer, elle n'avait pas cessé de perdre du sang. L'état général était en rapport avec ces renseignements; décoloration des muqueuses; pouls rapide et dépressible. Le toucher m'apprit que le col admettait à peine l'extrémité de l'index; le fond de l'utérus était rentré au-dessus du pubis. L'indication était d'arrêter l'hémorrhagie et surtout d'en supprimer la cause, c'est-à-dire de tenter l'expulsion du placenta. A cet effet, je procédai immédiatement à l'application d'un tampon en cerf-volant, soutenu par un bandage en T, et j'ordonnai l'administration, de deux heures en deux heures, de 50 centigrammes de poudre de seigle ergoté. J'espérais provoquer ainsi des contractions utérines devant déterminer la dilatation du col et le décollement du délivre.

Le 3 au matin. — La malade, rassurée par la suspension de l'hémorrhagie, a dormi une grande partie de la nuit; trois paquets de seigle seulement ont été pris; aucune douleur; les dernières boulettes du tampon sont imprégnées de sang; caillots dans le vagin; même état du col. Irrigation d'eau fraîche à travers le speculum, et nouveau tampon; 2 grammes de seigle à prendre ut supra.

Soir. — Le tampon n'étant pas traversé, je le laisse en place; pas de douleurs; suspension momentanée de l'ergot. Dans la nuit, madame X... effrayée par la vue de quelques taches de sang, me fait demander conseil. Je la rassure, et le lendemain, de bonne heure, j'enlève le tampon qui était complètement imbibé. Pas de douleurs; pas de modifications du col. Je me décide à la dilatation par l'éponge préparée. — Douze heures après. — Quelques douleurs de reins dans la journée; je retire l'éponge. Le col permet l'introduction facile de l'index, mais malgré une forte pression exercée avec l'autre main sur le fond de la matrice, je ne parviens pas à sentir le placenta.

L'hémorrhagie était momentanément suspendue. Craignant de violenter le col par une dilatation trop rapide, je remets au lendemain l'introduction d'une nouvelle tente d'éponge; un tampon tout préparé devait être appliqué en cas de nécessité.

Le 5, 8 heures. — Le sang a recommencé à suinter à six heures du matin; en même temps, des douleurs de reins se sont déclarées. Attribuant ces maux de reins à un commencement de travail, je me borne à l'application du tampon; reprise du seigle ergoté. Dans l'après-midi, les douleurs augmentent et deviennent franchement intermittentes; les contractions utérines sont senties à la palpation hypogastrique.

10 heures du soir. — Le tampon est retiré. La dilatation du col a beaucoup augmenté, mais le placenta n'est pas décollé; perte abondante. Nouveau tampon malgré les plaintes de la malade qui lui attribue toutes ses douleurs.

Le 6 au matin. — Madame X..., très-abattue, me dit qu'elle a retiré le tampon, deux heures avant mon arrivée, à cause des maux violents qu'elle endurait. Le drap plié en quatre sur lequel elle est couchée, est traversé par le sang; le vagin rempli de caillots. Pénétrant dans le col avec l'index et le médius de la main gauche, je parviens à saisir le placenta décollé entre l'extrémité de ses doigts, mais n'ayant pas assez de prise pour l'extraire ainsi, je fais placer madame X... en travers du lit et j'amène facilement le placenta en deux fragments, au moyen des pinces de Leuret.

La faiblesse de la malade est très-grande; pouls presque filiforme; bourdonnements dans les oreilles. Potion cordiale laudanisée; position déclinée de la tête afin de parer à l'anémie cérébrale.

Soir. — La journée a été bonne; léger suintement sanguin; pouls mieux senti.

Le 7 et le 8, état satisfaisant; tuméfaction des reins; écoulement séro-sanguin par la vulve.

Le 9, l'écoulement devient fétide; frisson dans l'après-midi et transpiration la nuit. Je pratique une injection intra-utérine d'eau tiède alcoolisée; 50 centigrammes de sulfate de quinine. Après trois jours de ce traitement, la fièvre et les symptômes septiques étaient conjurés. Aujourd'hui la malade est hors de danger et n'a plus qu'à attendre le retour complet de ses forces.

La lecture des deux cas intéressants de rétention du placenta, publiés dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 avril, par le docteur Triaire, de Tours, m'a donné idée de faire paraître cette observation qui peut être rapprochée du second fait de M. Triaire. Ici, comme dans le cas de mon honorable confrère de Tours, l'intervention était formellement indiquée. Je crois d'ailleurs, contrairement à M. Triaire, que dans la rétention du placenta, il faut presque toujours intervenir. Mon opinion ne repose pas, bien entendu, sur le seul fait que je viens de rapporter; je considère même comme dangereux en pareille matière, de tirer des conclusions générales de quelques observations isolées.

Il est certain, par exemple, que dans quelques cas de rétention du placenta après l'accouchement à terme, l'expectation compte des succès et que l'intervention a été suivie quelquefois d'accidents graves. La statistique prouve néanmoins que c'est ce dernier parti qu'il faut presque toujours prendre.

Dans les rétentions placentaires de l'accouchement, je me suis toujours bien trouvé de faire le tamponnement et de faire prendre du seigle ergoté, immédiatement après la sortie de l'embryon; en retirant le tampon, on trouve ordinairement le placenta décollé et engagé dans l'orifice du col. Si le décollement n'a pas eu lieu c'est que l'hémorrhagie est arrêtée, il faut attendre. Mais bientôt, on sera forcé de revenir à l'intervention, soit que l'hémorrhagie se reproduise, soit qu'il survienne des signes de putridité. Il ne faut pas oublier non plus qu'en temporisant trop longtemps, on laisse le col se refermer, ce qui augmente plus tard les difficuliés, comme le prouve l'observation ci-dessus.

En résumé, je crois que, dans les cas de rétention du placenta, l'intervention est la règle et que l'expectation n'est le plus souvent que l'intervention différée jusqu'à la venue du moment opportun.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Chauvel, membre correspondant, adresse deux observations. La première a rapport à une *amputation de la jambe à la partie moyenne, par le procédé à deux lambeaux de Tille.* M. Chauvel a constaté les bons résultats de cette opération, au point de vue de l'état fonctionnel du membre, deux ans après l'amputation. Ce procédé, plus employé en Angleterre qu'en France, procure aux opérés l'avantage de conserver la liberté des mouvements du genou, le moignon offrant un point d'appui assez solide et non douloureux. Le malade opéré par M. Chauvel avait été amputé au dessus des malléoles, en mai 1871, pour un coup de feu. Mais la cicatrice était tellement douloureuse qu'il réclamait avec instance une nouvelle intervention, M. Chauvel fit alors l'amputation d'après le procédé de Tille, en taillant un grand lambeau antérieur quadrilatère et un petit lambeau postérieur. Le moignon qu'on obtient ainsi est beaucoup plus favorable à l'application d'une jambe artificielle.

La deuxième observation de M. Chauvel a trait à une *suture des extrémités du long extenseur du pouce trois semaines après la section.* La plaie suppura, la suture ne se fit pas, mais la guérison se fit néanmoins par la soudure de l'extrémité périphérique à la face profonde de la peau.

DISCUSSION

M. Verneuil. L'importance du *lieu d'élection* dans l'amputation de la jambe, a été discutée, il y a douze ou quinze ans, devant la Société qui a conclu qu'on pouvait pratiquer l'amputation de la jambe à toutes les hauteurs. Le point où on la fait ne met pas à l'abri des névralgies du moignon qui tiennent à ce que les nerfs ne se rétractent pas comme les autres tissus mous compris dans l'amputation. On les évite en réséquant ses nerfs.

M. Desprès est d'avis, avec MM. Chassaignac et Huguier, de faire l'amputation de la jambe le plus haut possible, pour éviter d'avoir un long moignon. Il s'appuie sur ce fait qu'un moignon long ne peut servir que pour placer une jambe artificielle, mais l'usage de cet instrument est très-fatigant; les ouvriers à qui l'Assistance publique en a donné les quittent tous pour reprendre l'ancien pilon avec lequel il s'appuient sur le genou. C'est alors que la longueur du moignon devient très-gênante.

M. Guyon. Les amputés ne marchent pas impunément sur le genou. Souvent, il survient des hygromas, qui les forcent à ne pas s'en servir, pendant longtemps. Un des amputés, que M. Guyon a opérés par sa méthode et présentés à la Société, est charretier, profession qui nécessite une grande fatigue, et marche avec une jambe artificielle. Il a eu soin, il est vrai, de faire la résection du nerf tibial. Il faut s'efforcer, au contraire, de perfectionner encore l'amputation vers la partie inférieure de la jambe.

M. Le Dentu a observé récemment sur un amputé qui s'appuyait sur le genou, une série de petits hygromas suppurés, étendue depuis la rotule jusqu'à l'extrémité du moignon.

M. Désormeaux est d'avis de pratiquer l'amputation de la jambe le plus loin possible du tronc. Quant aux appareils à conseiller après l'opération, il ne faut pas être trop absolu. Un de ses amputés, qui est fermier, se trouve très-bien de se servir d'un pilon lorsqu'il va aux champs et qu'il fatigue, et d'une jambe artificielle lorsqu'il n'a pas besoin de déployer autant de force. La jambe de Beaufort, peu coûteuse, ne nécessite que rarement des réparations, et doit être conseillée pour les ouvriers.

M. Tillaux, qui a donné lecture de l'observation de M. Chauvel, répond pour lui qu'il n'a pas voulu discuter la question de la comparaison entre les amputations sus-malléolaires et les autres; mais seulement exposer le résultat heureux d'une amputation qui lui a semblé bonne dans certains cas et qui n'est pas usitée chez nous.

PRÉSENTATIONS

M. Périer présente, de la part de M. Worms, une observation de *myôme utérin hydropique*, déjà publiée dans la *France médicale.*

M. Verneuil dépose, de la part de leurs auteurs, trois thèses sur les sujets suivants :

1° *Contribution à l'étiologie des varices.* D'après ce travail, l'état constitutionnel du sujet serait très-important; sur cent observations prises au hasard dans les hôpitaux, les sept huitièmes, au moins, des malades, sont des rhumatisants, et pas un seul n'a présenté d'accidents de scrofules;

2° *Observations sur la rupture interne des artères ;*

2° *De la taille stomacale.*

M. Verneuil dépose, en outre, une observation très-curieuse et accompagnée de dessins très-bien faits, relative à une femme qui, saisie au chignon, par une machine à vapeur, fut entièrement scalpée et guérit cependant.

M. Verneuil rendra compte de ce travail à la Société.

RAPPORTS

M. Guéniot fait un rapport sur une observation adressée par M. Ganiez (de Darney, Vosges), d'un cas de *tétanos guéri par le chloral.* Ce cas a présenté deux particularités intéressantes : d'abord son origine est rare, car il s'est développé vingt-deux jours après une amputation de sein; ensuite il a été traité, avec succès, par un médicament qui compte déjà à son actif un certain nombre de gué-

risons. Le chloral a été administré très-énergiquement (25 grammes en quarante-huit heures). Dès le quatrième jour, l'amélioration était telle, qu'il était permis d'espérer la guérison, qui ne fut cependant complète qu'au bout de cinq semaines. La température ne s'éleva jamais au-dessus de 38°,5. Environ 100 grammes de chloral furent administrés, tantôt par la bouche, tantôt en lavements, suivant la tolérance.

Un second rapport de M. Guéniot est relatif à un cas de *dystocie*, adressé par M. Cauvy (d'Agde), médecin à l'hôpital de Béziers. Il s'agissait d'une femme atteinte de rétrécissement du bassin, à laquelle une sage-femme avait administré, intempestivement, 3 grammes de seigle ergoté. Ne pouvant terminer l'accouchement, la sage-femme fit mander un médecin, qui ne put faire la version, les eaux étant complétement écoulées, et qui fit des tentatives infructueuses d'extraction par le forceps. M. Cauvy, appelé alors, reconnut une fracture du crâne avec plaie, et put, par des tractions manuelles, qui firent sortir de la matière cérébrale et réduisirent le volume de la tête, amener enfin le fœtus au dehors. La femme succomba vingt-quatre heures après. M. le rapporteur s'élève avec force contre la liberté qu'ont les sages-femmes d'administrer le seigle ergoté et l'abus qu'elles en font. Un bon accoucheur emploie rarement ce médicament qui, dans les conditions actuelles, tue vingt femmes pour une qu'il sauve.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'associe pleinement à ce que dit M. Guéniot à propos du seigle ergoté. Lorsqu'une version reconnue nécessaire est impossible, le céphalotrite de Guyon, qui permet d'attaquer le crâne par la base et dont le maniement n'est pas difficile, rend des services très-importants.

SCRUTIN

La Société procède au vote pour la nomination de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire. Sont nommés : MM. Delens, Le Dentu, Lucas-Championnière.

RAPPORTS

M. PÉRIER donne lecture d'un rapport sur une opération de *luxation sous-glénoïdienne de l'humérus, réduite le soixante-quinzième jour*, par M. Farabeuf. Le malade, homme de soixante ans, était resté d'abord vingt-cinq jours sans traitement, assis et le bras appuyé sur une table, et avait fait alors appeler un *rebouteur*. Celui-ci ne put réussir et le malade resta ainsi jusqu'au soixante-treizième jour. C'est alors que M. Farabeuf fut appelé et reconnut une luxation sous-glénoïdienne.

La réduction fut faite le surlendemain. Le chirurgien put, à l'aide d'une traction mesurée de 60 kilogrammes, déchirer les deux lèvres rétractées de la capsule articulaire, et remettre ensuite la tête humérale en place. Le malade recouvra l'usage de son bras, mais il reste une certaine raideur, cette homme n'ayant voulu se soumettre à aucun traitement ultérieur. La luxation sous-glénoïdienne est rare; Malgaigne n'en cite que douze cas.

M. DELENS fait un rapport sur la communication faite dans une des dernières séances par M. Maréchal, médecin de la marine, sur l'*utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires*. Ce moyen a été déjà employé, mais n'avait jamais été érigé en méthode, comme l'a fait avec raison M. Maréchal. L'auteur recommande de faire tenir le malade penché en avant, et de faire fermer les orifices des fistules avec les doigts pendant l'émission de l'urine ou du sperme; les efforts de compression doivent être mesurés, d'après l'effet produit; il serait dangereux de les exagérer si l'urine ne s'écoule pas librement par le canal de l'urèthre, on s'exposerait ainsi à des infiltrations urineuses. Le malade que M. Maréchal a présenté est guéri depuis huit ans, mais aujourd'hui encore, sans doute par habitude, il n'oserait, dit-il, uriner sans faire cette compression. Le succès est incontestable dans les deux cas que l'auteur a observés. Dans le second même, où il s'agissait d'une uréthrotomie externe, la guérison a été très-rapide.

COMMUNICATION

Kyste du rein. — M. LANNELONGUE fait la communication suivante : Un enfant de huit ans entré dans son service au mois de décembre avec une tumeur du ventre située au-dessous du foie, dans l'hypochondre droit, et dépassant la ligne médiane. Cette tumeur est mate, fluctuante. M. Marchand, qui remplaçait M. Lannelongue, diagnostiqua un kyste du foie, fit une ponction et évacua un liquide clair, dans lequel il ne trouva pas de crochets. En janvier, M. Lannelongue reprit son service et émit la même opinion, avec quelques doutes cependant, et dit que, peut-être, il s'agissait d'un kyste du rein. Vers la fin de février, une nouvelle ponction donna issue à 250 grammes d'un liquide un peu louche, albumineux, dans lequel on ne découvrit ni échinocoque ni débris. Il y maintint son opinion de kyste du rein. Comme il y avait un peu de pus dans le liquide, M. Lannelongue songeait à faire, soit une injection iodée, soit l'ouverture du kyste, lorsqu'un de ses externes, M. Bruneau, lui fit remarquer qu'on entendait distinctement un bruit de succussion hipocratique. Le fait était vrai. M. Lannelongue pensa que peut-être un peu de gaz s'était introduit pendant la ponction, mais une nouvelle ponction ayant été faite en mai, et tout le contenu, liquide et gazeux, ayant été évacué, le gaz se reproduisit bientôt.

Trois jours après, le kyste recommença à grossir. Plus tard, il contenait beaucoup de liquide et beaucoup de gaz. Le chirurgien décida d'appliquer un caustique pour faire l'ouverture de la poche. Mais celle-ci s'ouvrit seule dans une des dépendances de l'appareil urinaire, et le malade rendit depuis ce moment, avec les urines, une grande quantité de pus. Le 2 août au matin, brusquement, l'enfant est pris d'hémiplégie. A la visite, M. Lannelongue constate une hémiplégie complète à gauche, y compris la face du même côté. L'orbiculaire est incomplétement paralysé. La sensibilité est à peu près abolie du même côté. A dix heures et demie, la paralysie a à peu près disparu et le petit malade répond un peu aux questions. Dans la journée, elle reparaît. Le soir, elle a cédé de nouveau pour faire place à une attitude bizarre : la tête est droite, les membres sont fléchis, il n'y a pas de strabisme; le malade est immobile ou peut à peine étendre les membres; la contracture est permanente. Le lendemain et les jours suivants, la situation reste la même. Puis survinrent du coma, des vomissements, enfin la mort. La température était restée abaissée depuis l'attaque.

A l'autopsie, M. Lannelongue trouva, du côté des pédoncules cérébraux, de la protubérance, de l'insula, une série de lésions intéressantes :

La face inférieure des pédoncules présente une série de trous vasculaires avec une coloration rouge noir ; ces lésions sont plus prononcées sur le pédoncule gauche. En faisant une coupe sur chaque pédoncule, on remarque qu'à gauche il existe une suffusion sanguine depuis sa surface intérieure jusqu'à un demi-centimètre de profondeur, et dans une étendue de deux centimètres de la longueur du pédoncule depuis son origine. La coupe est noire et, par un filet d'eau, on a de la peine à détacher les caillots. Il y a, aux limites de ces suffusions, un certain degré de ramollissement. Il y a également un foyer de ramollissement dans la scissure de Sylvius, du côté gauche, à la surface de la circonvolution marginale postérieure, près de son origine, ramollissement rougeâtre, de deux à trois centimètres de longueur, avec de petites suffusions sanguines dans la partie ramollie.

Enfin, sur la face inférieure de la protubérance, on trouve une vascularisation énorme avec coagulation sanguine dans les veines; les caillots sont adhérents et durs; la surface de la protubérance présente une couleur hortensia. Ces caillots se prolongent dans les veines d'un plus gros calibre. Le sinus longitudinal inférieur est aussi en partie oblitéré par ces caillots. Ceux-ci ne sont pas récents; dans les petites veine, ils sont fermes, très-adhérents et noirs; dans les troncs plus volumineux, il en est déjà qui ont subi un commencement de ramollissement. Leur surface est irrégulière, grisâtre ; ils adhèrent encore par place.

L'examen du tronc basilaire et de ses branches, ainsi que celui de l'hexagone artériel, établit que toutes les artères de l'encéphale sont libres et ne présentent aucune oblitération. Il y a donc eu là

une thrombose partielle dans certains sinus, dans l'inférieur en particulier, ainsi que dans les veines de la base, qui a produit des lésions de l'encéphale. Quant à la cause de ces accidents, peut-être faut-il la rattacher à ces oblitérations veineuses par inopexie signalées dans certaines cachexies, mais ordinairement elles siégent de préférence dans les gros sinus et rarement à la surface et dans l'intérieur des centres nerveux. En tout cas, il faut se souvenir que cet enfant a uriné du pus pendant un mois et demi, et que sa mort n'est pas imputable aux accidents habituels de la suppuration.

Le cœur et les poumons ne présentaient rien de particulier.

Le foie débordait les fausses côtes, et, avec le côlon transverse, cachait complétement la tumeur. L'extrémité de celle-ci arrivait jusqu'à la face inférieure du lobe droit du foie, auquel elle adhérait par de fausses membranes, mais dont elle pouvait être séparée. Le rein était coiffé complétement par le kyste, qui avait le volume d'une tête d'enfant de deux ans. Il y avait aussi des adhérences avec le gros intestin, mais pas de communication.

L'uretère fut englobé dans la tumeur. Celle-ci fut enlevée après la ligature de l'uretère, avec son contenu liquide et gazeux, que M. Lannelongue se propose de faire analyser. Dans l'uretère on trouve une ulcération s'étendant depuis le kyste jusqu'au col de la vessie, où elle avait trois centimètres de largeur, ce qui démontre qu'une inflammation peut se propager de haut en bas jusqu'à la vessie. L'urèthre n'avait pas de lésions. Le rein droit est très-volumineux, absolument gras ; l'autre l'est également à un dégré moindre.

M. Lannelongue a entendu dire, qu'il existait d'autres exemples de kystes du rein contenant des gaz, mais il n'a pu en trouver.

M. LE PRÉSIDENT lève la séance et annonce que la Société se réunira le 3 octobre prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 août 1877, ont été promis ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade d'officier : MM. Baillarger, membre de l'Académie de médecine, — Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Au grade de chevalier : MM. Bouvyer, ancien médecin des épidémies à Dreux, — Lagalade, médecin-vaccinateur à Albi.

— *Bibliothèque de la Faculté*. — A partir du mardi 21 août jusqu'au 16 octobre, pendant les vacances, la bibliothèque sera ouverte de onze heures du matin à quatre heures les mardis, jeudis et samedis. Les séances du soir seront suspendues.

Quelques lettres inédites de Guy-Patin (1651-1661), publiées par M. Achille Chereau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Louis Leclerc, libraire, 104, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du **DOCTEUR DE JONGH**,

de la Faculté de médecine de La Haye, chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. CHEVALLIER, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dans son rapport sur l'*huile de foie de morue* du docteur de Jongh, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et C[e], 77, Strand, Londres.

Solution Bourguignon
au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas.— Dans toutes les pharmacies.

Granules de Garnier-Lamoureux
dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et C[ie], rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Vin anti-dyspeptique
ET RECONSTITUANT
A L'IGNATIA AMARA ET AU FER

de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligramme d'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses.*

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. LEROY. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne).

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina
et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Papier Rigollot
ET
Cataplasme Lelièvre.

Les succès immenses de ces deux excellentes inventions ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT ou de CATAPLASME LELIÈVRE, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Royat (Ems français).

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL
SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.

Saison du 1[er] mai au 15 octobre.
Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX

Caisse de 30 bouteilles. . . . . 20 fr.
Caisse de 50 bouteilles. . . . . 30 fr.
Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *C[e] générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Dragées et Sirop dépuratifs
DU D[r] GIBERT,
anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

Chlorose, Anémie. — Pilules
et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc
à 4 miligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon dans toutes les pharmacies.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs de reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Apiol des D[rs] Joret et Homolle
Médaille à l'Exposition universelle
de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des D[rs] **Joret et Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : D[r] JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Écoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

REMÈDE DU
D[r] A[te] LACÔTE. Anti-goutteux
A L'IODURE DE LITHIUM FERRUGINEUX.

— Spécifique de la goutte, du rhumatisme et de la gravelle. — Flacon, 10 fr. ; demi-flacon, 5 fr. — Dépôt central, maison HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple. — Détail toutes les pharmacies.

N° 94. — MARDI 14 AOUT 1877. 50e ANNÉE. MARDI 14 AOUT 1877. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la leucocythémie aiguë et de la numération des globules du sang dans la diphthérite.

A la découverte de Bennett et de Virchow sur la *leucocythemie chronique* due aux affections du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques, j'ai ajouté, en 1868, celle de la *leucocythémie aiguë*, produite par la diphthérite, par l'infection purulente et par la fièvre puerpérale (1). Ce n'était qu'une conséquence de la découverte de mes confrères étrangers, mais il m'a paru que ce complément ne manquait pas d'importance et ouvrait une voie nouvelle à l'étude des *nosohémies*. Le fait de cette leucocytose était de la dernière évidence, et il résultait de la présence dans chaque préparation microscopique d'un nombre exagéré de globules blancs dispersés parmi les globules rouges. Dans ces recherches, on trouvait de 40 à 150 globules blancs, là où il ne devait y en avoir qu'une vingtaine au plus. Cette augmentation parut être en rapport avec la gravité du mal et indiquer dans la diphthérite une résorption de pus diphthéritique comme dans la fièvre puerpérale, et après les grandes amputations, elle annonce une résorption du pus utérin, ou ce que l'on appelle infection purulente chez les opérés. C'était un précieux élément de pronostic pour le médecin qui, dans ce fait, pouvait voir un indice de la gravité du mal.

Mes observations, fort exactes pour le temps où elles ont été publiées, faites au moyen d'un procédé très-imparfait de numération, m'ont paru insuffisantes aujourd'hui que la science possède des moyens supérieurs à ceux que l'on possédait alors, et dont la précision, bien qu'elle laisse encore à désirer, est infiniment plus grande.

(1) E. Bouchut, *Gazette médicale*, 1868. Mémoire lu à la Société de biologie, *Traité des maladies des enfants*, 4e édition 1862; 6e édition 1873, et *Pathologie générale*, 3e édition, chapitre NOSOHÉMIES.

Parler de leucocytose diphthéritique sans indiquer le nombre des globules blancs trouvés dans un volume déterminé de fluide sanguin n'est plus possible aujourd'hui. Toutefois, je me hâte de le dire, malgré l'incertitude de mes premières évaluations, faites au moyen de l'ancien procédé, le fait de l'augmentation anormale des leucocytes du sang dans la diphthérite, l'angine couenneuse et le croup est resté vrai. Les méthodes nouvelles n'ont fait que le confirmer en lui donnant une précision plus grande.

En comptant les globules par volume déterminé de sang d'après la méthode de Cramer, publiée en 1855 et perfectionnée par Malassez en 1872, puis par Hayem en 1875, on arrive bien près de la vérité. C'est à ce dernier procédé que nous avons donné la préférence, et M. le docteur Dubrisay qui, depuis plusieurs années, travaille avec moi, dans mon service, a bien voulu se charger de faire les recherches patientes et consciencieuses qu'exige un travail de cette nature. Chaque jour, depuis plusieurs mois, nous examinons le sang de plusieurs des enfants malades qui arrivent dans mes salles. Nous avons étudié ainsi la composition globulaire du sang dans les angines couenneuses et le croup; dans la diarrhée qui accompagne l'entérite simple; dans la fièvre typhoïde; dans la variole; dans la scarlatine; dans la phthisie tuberculeuse; dans la pleurésie purulente; dans le rachitisme; dans la chlorose et dans l'anémie; dans l'albuminurie; dans le purpura; dans la cachexie paludéenne; dans l'état normal chez quelques enfants bien portants n'ayant que la chorée, etc.

Les résultats de ces analyses sont fort intéressants, mais trop nombreux et trop divers pour être présentés à la fois. En ce moment, en effet, ils portent sur plus de 300 analyses faites dans toutes les maladies de l'enfance.

Aujourd'hui, il ne sera question que de la numération des globules du sang dans la diphthérite, l'angine couenneuse et le croup. Nous réservons pour un peu plus tard, ce qui est relatif à la numération des globules rouges et blancs dans les différentes maladies de l'enfance.

Comme je l'ai dit, dans nos recherches, nous nous sommes servis des compte-globules de Malassez et de Hayem. Le premier n'a été employé qu'une fois. C'est le second qui nous sert actuellement et à l'aide duquel tous nos calculs ont été faits.

Sur une lamelle de verre porte-objet se trouve une cavité, mathématiquement faite et ayant 1 centimètre de diamètre sur 1/5 de millimètre dans toute son étendue. Cette cavité est destinée à recevoir une goutte du sang préparé pour être soumis à l'analyse, et elle doit être recouverte d'une lamelle de verre aussitôt que le sang à examiner y a été déposé.

Le sang se retire du doigt au moyen d'une piqûre de lancette et doit être recueilli dans une pipette presque capillaire graduée de façon à recueillir un volume de 2 ou 2 1/2 ou 5 millimètres cubes de sang.

Ce sang est aussitôt soufflé dans une éprouvette contenant 2 centimètres cubes de sérum artificiel mesuré à l'aide d'une autre pipette graduée par centimètres cubes. On agite avec une palette de verre. C'est ce liquide que l'on met dans la cavité de la lame de verre porte-objet, et que l'on couvre avec une lamelle de verre mince. On a ainsi une couche de sang préparé ayant 1/5 de millimètre d'épaisseur.

Cette préparation est mise au foyer d'un microscope dont l'oculaire renferme un carré quadrillé de 1/5 de millimètre de côté, et on laisse reposer quelques instants les globules.

On compte alors trois fois, sur trois points différents, les globules rouges qui sont compris dans le quadrillage pour en prendre la moyenne. On en fait à peu près autant pour les globules blancs, seulement il faut compter sur dix quadrillages différents afin de prendre la moyenne de dix numérations.

Ainsi, en comptant sur la préparation, le nombre des globules compris dans ce carré de 1/5 de millimètre de côté et de 1/5 de millimètre d'épaisseur, on a, je suppose, x.

Pour un cube de 1 millimètre de côté, le nombre x sera 125 fois plus considérable, soit 125 x, mais ce n'est que 1 millimètre cube de mélange. Pour avoir le chiffre de 1 millimètre cube de sang pur, il faut multiplier le total par le titre du mélange, soit :

$$x \times 125 \times 201 = 25\,125\,x$$

Des tables semblables à celles que M. Fouassier a mises dans sa thèse inaugurale, peuvent être faites d'avance pour abréger le temps, et l'on arrive ainsi à des résultats qui, sans être encore l'exacte vérité, s'en rapprochent beaucoup.

Depuis deux mois, nous avons examiné un grand nombre d'enfants atteints de diphthérite formant deux séries. La première se compose de vingt-quatre malades et la seconde est à l'étude, en voie de formation. Les vingt-quatre enfants diphthéritiques de la première série se décomposent ainsi :

Angine couenneuse.	11 cas.
Group.	13 —

et nous donnent 93 analyses des globules rouges et blancs du sang. Nos calculs ayant été arrêtés pour cette première série, d'après l'étude de 24 malades seulement, 11 angines couenneuses et 13 croups, et ces calculs ayant été communiqués à l'Académie des sciences et dans la presse, nous ne voulons pas changer les chiffres indiqués dans nos moyennes. Nous pouvons dire seulement que les nouvelles observations de la seconde série ne font que confirmer celles de la première.

Voici l'un de ces faits, relatif à une angine couenneuse :

Angine couenneuse. Leucocytose. — C..., âgée de neuf ans, entrée le 25 mai 1877, au n° 25 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Depuis deux jours elle a mal à la tête, de la fièvre, mal à la gorge, au point de ne pouvoir avaler que des liquides. Aujourd'hui, les deux amygdales sont couvertes de plaques blanches épaisses, avec engorgement sous-maxillaire, sans altération de la voix ni de la respiration.

Rien au cœur; pas d'albuminurie. Le pouls 120.

Injection de coaltar saponiné toutes les heures ; potion avec *chlorate de potasse*, 3 grammes.

29 mai. — Les grosses plaques membraneuses grisâtres ont disparu. L'enfant boit et mange bien. L'adénite a disparu. Pas d'albuminurie. *Même prescription.*

30 mai.— On voit encore dans le fond du gosier quelques vestiges de fausses membranes.

1er juin. — Plus de fausses membranes, et l'enfant paraît guérie. Elle sort au bout de quelques jours.

Dans les analyses du sang qui ont été faites, on voit très-bien la décroissance des globules rouges et l'augmentation des globules blancs.

25 mai.	5,835,750 rouges.	10,353 blancs.
26 mai.	4,831,750	12,550
27 mai.	3,921,875	12,500
30 mai.	3,890,500	15,687
3 juin.	7,090,750	9,412
4 juin.	4,549,375	6,275
Total. . .	29,820,000	66,777
Moyenne. . .	4,870,000	11,128

Sortie guérie.

Voici une autre observation relative au croup, suivi de trachéotomie :

Croup; anesthésie. Trachéotomie. — D..., âgée de deux ans, entrée dans la salle Sainte-Catherine le 3 juillet 1877, au n° 26, service de M. Bouchut.

Elle est, dit-on, malade depuis quinze jours et souffrant de la gorge. Puis, elle est devenue plus malade depuis quatre jours, a toussé en croup, ne pouvait crier, suffoquait, et on l'amène à l'hôpital dans la nuit du 3 au 4 juillet. Comme elle était très-gênée à respirer et en état d'*anesthésie*, on a dû l'opérer immédiatement.

4 juillet. — Le pharynx est rouge dans toute son étendue; mais on n'aperçoit pas de fausses membranes. La résonnance de la poitrine est bonne; le murmure vésiculaire s'entend dans toute son étendue. Pouls 150.

Ses urines n'ont pu être examinées à cause de la diarrhée.

7 juillet. — L'enfant va très-bien et on peut ôter sa canule pendant quelques heures.

8 juillet. — La canule est enlevée définitivement. L'enfant est très-bien, mange un peu, ses urines ne sont pas albumineuses.

9 juillet. — L'enfant est un peu gênée à respirer; il y a des râles sous-crépitants dans les deux poumons, mais pas de matité.

10 juillet. — La respiration est très-fréquente et très-pénible, le teint cyanosé, le pouls est à 136, et la température à 40 degrés.

Elle agonise dans la journée et ses parents l'emmènent de l'hôpital.

Voici le compte de ses globules rouges et blancs.

4 juillet.	3,612,000 rouges,	27,637 blancs.
5 juillet.	4,298,375	31,375
6 juillet.	2,437,125	17,587
10 juillet.	2,814,000	32,662
11 juillet.	2,814,000	31,700
12 juillet.	2,286,375	20,000
Total. . . .	18,261,875	160,961
Moyenne.	3,043,645 rouges,	26,827 blancs.

Emportée le 13 non guérie.

Le sang a été examiné une seule fois chez les uns, qui sont morts le jour de leur entrée, plusieurs fois chez les autres, et autant de fois que l'a permis la durée du séjour à l'hôpital et la prolongation de la maladie. Toute expérience douteuse a été considérée comme non avenue et recommencée.

De la sorte, nous avons fait 93 analyses globulaires du sang sur notre première série de malades. En voici le résultat :

Relativement aux globules blancs, nous avons trouvé par millimètre cube de sang les chiffres suivants, comme moyenne de dix et parfois de vingt calculs dans chaque préparation :

De 0 à 5,000 globules blancs.	1 cas.
De 5,000 à 10,000.	11 —
De 10,000 à 20,000.	28 —

De 20,000 à 30,000.	18	cas.
De 30,000 à 40,000.	15	—
De 40,000 à 50,000.	7	—
De 50,000 à 60,000.	9	—
De 70,000 à 80,000.	1	—
De 80,000 à 90,000.	1	—
De 90,000 à 100,000 et au delà.	1	—

Ce qui donne, comme *moyenne générale des globules blancs* tirée de ces 93 calculs faits sur notre première série de 24 malades affectés de diphthérite des amygdales ou du larynx, un chiffre de 26,824 blancs, presque triple du chiffre moyen normal.

Relativement aux globules rouges, nous avons trouvé, par millimètre cube de sang, comme moyenne de trois calculs faits sur chaque préparation :

De 500,000 à 1,000,000 (un million). . . .	»
De 1,000,000 à 2,000,000 (deux millions).	»
De 2,000,000 à 3,000,000 (trois millions).	7
De 3,000,000 à 4,000,000 (quatre millions).	26
De 4,000,000 à 5,000,000 (cinq millions).	36
De 5,000,000 à 6,000,000 (six millions). .	22
De 6,000,000 à 7,000,000 (sept millions).	1
De 7,000,000 à 8,000,000 (huit millions).	1

Ce qui donne, comme *moyenne générale des globules rouges* tirée de 93 calculs faits sur les mêmes 24 malades affectés de diphthérite, un chiffre de 4,305,028, qui est inférieur au chiffre moyen normal.

Maintenant, nous avons fait le calcul des globules blancs et rouges d'une autre façon, non pas d'après le nombre total de toutes les expériences, mais d'après le nombre des enfants diphthéritiques, pour avoir la moyenne des chiffres trouvés sur chacun d'eux. Ainsi, en supposant dix enfants diphthéritiques, chacun d'eux représenté par la moyenne des chiffres trouvés sur toutes les expériences dont ils ont été l'objet, nous avons pris la moyenne générale de ces dix moyennes individuelles.

D'après cette manière de calculer, nous avons examiné le sang de 24 enfants atteints de diphthérite. Si l'un d'eux a été l'objet de douze analyses, il n'est représenté que par la moyenne de ces douze analyses, et ainsi des autres.

Cela fait une série de 24 moyennes diphthéritiques, disposée comme il suit :

Moyenne des globules rouges et blancs dans chaque observation d'angine couenneuse et de croup.

	GLOBULES ROUGES.	GLOBULES BLANCS.
Obs. 1.	— 4,539,875	21,459
Obs. 2.	— 4,800,375	29,806
Obs. 3.	— 3,859,125	72,162
Obs. 4.	— 4,518,100	31,374
Obs. 5.	— 4,055,267	19,609
Obs. 6.	— 5,302,375	17,412
Obs. 7.	— 5,218,708	13,902
Obs. 8.	— 4,251,312	40,687
Obs. 9.	— 4,800,375	50,200
Obs. 10.	— 3,743,046	32,750
Obs. 11.	— 4,870,000	11,128
Obs. 12.	— 3,793,875	12,562
Obs. 13.	— 4,863,125	28,237
Obs. 14.	— 4,849,100	40,159
Obs. 15.	— 3,322,922	16,223
Obs. 16.	— 5,427,875	43,925
Obs. 17.	— 4,419,122	18,062
Obs. 18.	— 4,816,062	12,550
Obs. 19.	— 3,530,062	14,043
Obs. 20.	— 5,211,312	22,181
Obs. 21.	— 3,976,830	18,268
Obs. 22.	— 4,178,291	21,235
Obs. 23.	— 4,907,968	34,814
Obs. 24.	— 3,820,930	17,107

Et comme moyenne générale, tirée de la moyenne individuelle de cette numération des globules blancs et rouges chez 24 enfants diphthéritiques :

Globules blancs.	26,660
Globules rouges.	4,461,543

Il est évident que la diphthérite caractérisée par l'angine couenneuse et le croup produit une augmentation considérable du nombre des globules blancs du sang c'est-à-dire une *leucocythémie aiguë* très-caractérisée, et une notable diminution du nombre des globules rouges.

La moyenne des globules blancs est de 26,660; mais, comme on peut le voir, ce n'est le chiffre réel d'aucun de nos diphthéritiques. Quarante-deux fois, dans nos analyses, ce chiffre a été plus élevé, et une fois il a dépassé 100,000. Sur 93 numérations, il n'a été que onze fois dans les limites de la moyenne normale, et a varié de 5 à 10,000. Dans les 82 autres numérations, il a dépassé le chiffre moyen normal, qui est de 10,000, déjà très-élevé pour l'enfant.

La moyenne des globules rouges est de 4,461,543, chiffre inférieur à la moyenne physiologique.

Maintenant, si, au lieu de s'en tenir à la recherche d'une moyenne leucocythémique propre à la diphthérie, on examine la formation et la progression de la leucocytose, jour par jour, en la comparant à la marche des autres phénomènes de la maladie, on voit que l'augmentation du nombre des globules blancs du sang est d'autant plus considérable, que la diphthérite est plus grave. Son chiffre devient la mesure de l'intoxication générale et peut servir de base à un pronostic sérieux.

Sur une enfant prise d'angine couenneuse grave avec deux bubons suppurés du cou, nous avons trouvé les chiffres que l'on va lire après l'observation.

Angine couenneuse; albuminurie; leucocytose aiguë. — K..., âgée de huit ans, entrée le 18 mai 1877 au n° 2 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Elle a eu la rougeole il y a dix-huit mois et est bien portante depuis lors. Elle souffre depuis trois jours de la gorge et ne peut rien avaler de solide.

La région sous-maxillaire est légèrement gonflée, un peu douloureuse à droite. Les deux amygdales couvertes de fausses membranes grisâtres épaisses. Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur. Pouls 12 degrés.

Potion chlorate de potasse, 4 grammes. *Injections de coaltar saponiné* au 1/30 toutes les heures. *Eau vineuse.*

25 mai. — La toux devient croupale. Même état du pharynx. Beaucoup d'albumine dans les urines.

Injections de coaltar saponiné.

29 mai. — L'albuminurie a entièrement disparu. Dans le pharynx, il y a toujours des fausses membranes, mais elles ont diminué d'étendue, et il y a de l'adénite.

Injections de coaltar.

1er juin. — Les fausses membranes ont disparu du gosier. Il n'y a plus d'albuminurie. Les ganglions du cou sont ramollis à droite formant deux abcès fluctuants juxtaposés. L'un de ces abcès est ouvert par un séton filiforme d'argent, et il y a une hémorrhagie veineuse assez considérable.

Deux jours après, le second abcès est ouvert de la même façon. Après une suppuration de quelques jours, les fils d'argent sont enlevés et les plaies se ferment graduellement. Une fois guérie, l'enfant présente un peu de paralysie du voile du palais, et une certaine faiblesse dans les jambes.

Le 1er juillet, ces symptômes sont améliorés et l'enfant sort de l'hôpital.

		GLOBULES BLANCS.	GLOBULES ROUGES.
21 mai. . .	1re analyse. . .	40,787	4,235,625
23 mai. . .	2e —	59,612	4,674,875
24 mai. . .	3e —	50,200	5,020,000
25 mai. . .	4e —	34,512	4,863,125
26 mai. . .	5e —	31,375	5,616,125
27 mai. . .	6e —	37,650	5,522,000
28 mai. . .	7e —	65,887	4,580,750
29 mai. . .	8e —	47,062	4,549,375
30 mai. . .	9e —	34,512	4,425,875
31 mai. . .	10e —	43,925	3,392,500
1er juin. . .	11e —	6,275 (1)	3,828,750
Id. . . .	12e —	28,227 (2)	3,796,375
2 juin. . . .	13e —	18,325	2,761,000
3 juin. . . .	14e —	50,200	5,176,875
4 juin. . . .	15e —	56,475	3,137,500
5 juin. . . .	16e —	47,062	2,510,000
7 juin. . . .	17e —	28,237	3,545,375
11 juin. . . .	18e —	15,687	4,078,750
26 juin. . . .	19e —	4,796	3,639,519

Sortie de la malade, le 1er juillet.

Les chiffres (1) et (2) ont été pris le jour de l'ouverture des bubons diphthéritiques du cou. Le chiffre 6,275 provient du sang qui coula d'une forte hémorrhagie veineuse au moment de l'incision de l'abcès, et le chiffre 28,227 dans le sang qui fut pris au doigt *une heure après l'opération*. Ce n'est peut-être là que la conséquence d'une inégale répartition des globules selon les régions du corps, fait que j'ai déjà cru observer, mais le fait est bien réel. Au même instant, les globules rouges tombèrent à 3,827,750.

Comme on le voit, dans ce cas qui peut être pris comme type, pendant toute la durée de la maladie les globules blancs oscillèrent entre 28,237 et 65,887, et ils ne revinrent à 15,687 que la veille de la sortie, puis à 4,706 le jour où l'enfant quitta l'hôpital.

Nous ne ferons ici aucune hypothèse sur la cause de cette augmentation de nombre des globules blancs dans la diphthérite, dans l'infection purulente et dans la fièvre puerpérale. Toute théorie serait inutile, et nous avons voulu seulement montrer par des chiffres l'existence de la leucocythémie aiguë diphthéritique.

A cet égard, les numérations qui précèdent et les moyennes qui en découlent ne nous paraissent pas laisser de doute sur le fait que nous désirions faire connaître comme vérification de nos recherches antérieures.

Qu'il nous suffise de rappeler que cette altération rapide du sang s'observe dans des maladies où la résorption d'un produit gangréneux et purulent entraine une sorte d'empoisonnement général, qui constitue la gravité de ces états morbides. En effet, il y a là en même temps de l'albuminurie, de l'endocardite végétante mitrale et tricuspide, des infarctus du poumon avec ou sans pneumonies emboliques, des abcès métastatiques pulmonaires, des infarctus disséminés en différents points du corps, surtout dans le tissu cellulaire souscutané des membres. Que ce soit une résorption leucocythémique altérant le sang d'une façon secondaire, ou, au contraire, qu'à la suite de la résorption de quelques éléments septiques, gangréneux et purulents, le sang s'altère par suite d'un trouble de l'hématopoïèse, ce qui est le cas probable, peu importe, puisque la démonstration est impossible. Ce qu'il faut retenir, c'est que, dans la diphthérite, il y a secondairement une nosohémie spéciale, c'est-à-dire une altération du sang caractérisée par l'augmentation considérable du nombre des globules blancs et par une faible diminution du nombre des globules rouges. C'est ce qu'il faut appeler la *leucocythémie aiguë diphthéritique*, complication grave qui devra désormais figurer dans la description de la diphthérite.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. MAGITOT.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

(Leçons et observations recueillies par M. Th. DAVID, étudiant en médecine.)

III

DES GINGIVITES TRAUMATIQUES

Les gingivites traumatiques comprennent, ainsi que nous l'avons établi dans la classification qui précède, les variétés suivantes :

1° La *gingivite des fumeurs* avec dépôts charbonneux;

2° La *gingivite tartarique*, c'est-à-dire celle qui est due aux dépôts de tartre qui se forment au contact des dents sous le bord d'insertion de la gencive;

3° La *gingivite des ouvriers de certaines industries*.

Nous allons successivement décrire chacune d'elles.

1° *De la gingivite des fumeurs.*

Cette forme de gingivite consiste essentiellement en une inflammation du bord libre de la gencive avec dépôts charbonneux, noirâtres, au niveau du collet. Elle est particulière aux fumeurs qui font un usage immodéré du tabac, et, en particulier, aux fumeurs de cigarettes et de la pipe, les deux modes qui sont de nature à causer le plus d'irritation sur la muqueuse buccale. C'est elle qui représente le premier et le plus bénin des accidents attribués par beaucoup d'auteurs à l'usage du tabac, lesquels accidents commencent à la gingivite simple pour finir au psoriasis et à l'épithélioma, en passant par la stomatite généralisée, la production de plaques d'aphtes et la desquamation épithéliale. Cette forme de gingivite se complique très-souvent de celles que nous décrirons tout à l'heure, c'est-à-dire de la gingivite due aux dépôts de tartre, qui viennent alors s'ajouter aux couches charbonneuses, produits de la combustion du tabac. Cette combinaison des deux variétés résulte d'ailleurs essentiellement du défaut plus ou moins absolu de soins de propreté des individus qui sont à la fois fumeurs et négligents. Il résulte de là que la gingivite est loin d'être constante chez tous les fumeurs sans exception, car il suffit que ceux-ci prennent quelques précautions banales d'hygiène pour en éviter la production.

C'est donc essentiellement à l'irritation directe, causée sur la muqueuse par les vapeurs du tabac et aux dépôts de particules charbonneuses sur le bord libre qu'est due cette gingivite, et nous dirons immédiatement qu'à l'égard de cette dernière circonstance, elle se rapproche d'un certain phénomène indiqué par Gubler chez les individus qui se servent de dentifrices

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mai 1877.

au charbon, et qu'il a désigné sous le nom de *liséré charbonneux* (1).

En outre des circonstances étiologiques qui caractérisent et différencient essentiellement la gingivite des fumeurs, la maladie se présente à l'observation sous l'aspect d'une bande rouge superficielle, peu étendue en hauteur et constituant un liseré inflammatoire. Le bord libre de la gencive est épaissi en bourrelet, légèrement décollé, sans suppuration proprement dite, sans ébranlement ni douleurs des dents elles-mêmes et reposant, en quelque sorte, sur un autre liséré adhérent à la surface de l'émail et du collet, représenté par la couche de particules charbonneuses qui les recouvrent.

La physionomie spéciale de cette gingivite implique, en outre, une autre particularité, c'est qu'elle ne siége que sur certains points isolément, comme les régions antérieures des arcades dentaires supérieures et inférieures, c'est-à-dire les parties les plus directement exposées aux agents irritants. Rarement les régions postérieures en sont atteintes.

Ces couches charbonneuses doivent être soigneusement distinguées des autres dépôts si variés qui recouvrent la surface des dents. Elles sont invariablement noires, faciles à détacher par le moindre grattage, et composées de grains amorphes insolubles dans tous les réactifs. Les autres dépôts dentaires sont d'une couleur fort différente; telles sont, par exemple, ces taches verdâtres si communes à la surface des dents humaines, et qui recouvrent la presque totalité des dents des herbivores. Ces dernières taches sont formées de particules amorphes, qui proviennent de la matière colorante des végétaux. Divers réactifs les dissolvent, les acides par exemple. A ces dépôts verdâtres, nous devons ajouter encore les amas de mucosités et de débris alimentaires mêlés à des parasites nombreux et qui forment sur les dents des couches plus ou moins épaisses, dont la consistance et l'étendue augmentent fréquemment dans le cours des maladies aiguës, alors que surviennent l'inaction de la bouche et la suppression de la sécrétion salivaire.

C'est à ces masses croûteuses que les auteurs en général, et M. Gubler en particulier, donnent le nom de mucus (1). Nous nous sommes plusieurs fois élevé contre cette interprétation. La bouche ne renferme, en effet, pas traces de mucus proprement dit. La muqueuse qui tapisse cette cavité ne contient pas traces de glandes mucipares; seules, les glandes et les glandules salivaires versent un produit liquide dans la cavité, et c'est le mélange de ce liquide avec les débris alimentaires, les plaques épithéliales en desquamation, les bouquets de lepthothrix, les bactéries et les vibrions, etc., qui constituent les dépôts de la surface et du collet des dents, combinés ou non avec les amas de tartre.

Telle est, en quelques mots, la gingivite des fumeurs : irritation légère, exclusive au bord libre, et dépôts charbonneux sous-jacents.

Nous n'avons rien de plus à dire au point de vue symptomatologique de cette forme qui est, en définitive, l'une des plus superficielles et l'une des moins graves des diverses espèces de gingivites.

2° *De la gingivite tartarique.*

Cette forme d'altération gingivale est essentiellement la conséquence de l'irritation causée au bord libre de la muqueuse par les dépôts de tartre, parfois si abondants, qui recouvrent certaines régions de dents et souvent même la presque totalité du bord alvéolaire.

(1) Voir *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Bouche, *Sémiologie*, t. X, 1869, p. 231.

(1) *Loc. cit.*, page 222.

Mais il faut que nous disions tout d'abord un mot de la nature et de la composition du *tartre*.

Le *tartre* est une masse concrète, pierreuse, ordinairement jaunâtre, susceptible d'acquérir une très-grande dureté et qui se dépose à la surface des dents. Les points où on l'observe spécialement sont, par ordre de fréquence, la face postérieure des dents antéro-inférieures, situées en regard de l'orifice des conduits excréteurs des glandes sous-maxillaires et sublinguales; la face externe des molaires supérieures, au voisinage de l'orifice du canal de Sténon, puis les molaires inférieures. Il se dépose très-rarement à la face linguale des molaires des deux mâchoires, et ne se rencontre jamais à la face postérieure des dents antéro-supérieures qui n'est pas baignée par la salive. Ces dépôts de tartre qui, lorsqu'ils sont abondants, deviennent l'indice d'une réaction alcaline habituelle de la salive, peuvent se produire en extrême abondance, surtout lorsque, par une cause quelconque, les dents d'un côté de la bouche ne prennent plus part à la mastication devenue exclusive au côté opposé. Nous avons vu les dépôts de tartre si épais parfois, qu'ils entouraient de toutes parts une série de dents enfoncées ainsi au milieu de la masse. C'est à ce phénomène que l'on doit rapporter les récits de Pline et d'autres auteurs anciens sur les cas de dents réunies et constituant alors, en apparence, une seule dent demi-circulaire pour chaque mâchoire.

Le tartre se compose principalement de matières minérales, phosphates et carbonates terreux, dont la proportion relative est très-variable, suivant les diverses analyses (Berzélius, Vauquelin, Bibra). Ainsi, tantôt on trouve 60 pour 100 de phosphates, tantôt la même quantité à peu près de carbonates. Nous nous expliquons très-facilement ces différences dans les résultats obtenus : ainsi, si le tartre analysé a été recueilli sur les grosses molaires supérieures qui se recouvrent particulièrement des dépôts de la salive parotidienne, il y aura prédominance de carbonates comme dans ce liquide lui-même. S'il a été extrait de la face postérieure des incisives inférieures, il sera riche en phosphates. Ces variations de composition chimique se retrouvent d'ailleurs dans la constitution des calculs salivaires, et y sont soumises à la même explication.

Les sels, carbonates ou phosphates, sont dans le tartre, mélangés et réunis à une certaine proportion de matière organique, à des cellules épithéliales, des globules graisseux, des leucocytes, des algues filiformes et des infusoires des genres *vibrio* et *monas*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. Féréol présente une brochure ayant pour titre : *Sur le rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats.* Dans ce travail, qui a été communiqué à la *Société clinique*, à l'occasion d'une pièce intéressante, présentée par M. Cadiat, M. Féréol analyse l'ouvrage d'un médecin irlandais, le docteur Adams, fait en 1857, sur cette question, qui a pour titre : *le Rhumatisme goutteux*, et qui est accompagné de planches très-instructives. D'après Adams, les os dans le rhumatisme chronique peuvent présenter trois manières d'être différentes : ils peuvent être atrophiés, hypertrophiés ou rester normaux. Le plus ordinairement, c'est l'arthrite qui domine la

scène, occupe le premier plan, et c'est dans le voisinage des articulations malades que s'observent les lésions osseuses, atrophie ou hypertrophie. Mais dans quelques cas, les diaphyses et les parties centrales des os, à distance même des articulations malades, s'hypertrophient. Il semble incontestable, d'après les figures de l'atlas d'Adams, que le rhumatisme peut porter son action primitivement sur la diaphyse des os longs, sur le corps des os plats, à distance et indépendamment de toute lésion articulaire.

Bien que rares, ces faits, suivant M. Féréol, doivent fixer l'attention des praticiens. C'est pourquoi il rapporte les trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer depuis une dizaine d'années, et qu'il range sous la dénomination de rhumatisme ostéo-hypertrophique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante ans, qui présentait un gonflement diffus, une hyperostose manifeste sur la diaphyse des clavicules, sur l'apophyse malaire du maxillaire supérieur droit, et sur quelques points des pariétaux et de l'occipital; en outre, il avait des douleurs articulaires subaiguës aux genoux, qui devenaient saillants, cagneux, aux doigts des pieds et des mains. Les têtes péronéales prenaient des dimensions exagérées. Ce malade avait de l'arthritis dans son hérédité et était lui-même arthritique. Il était persuadé qu'il était atteint de la syphilis et était tourmenté déjà depuis longtemps par cette hypochondrie syphilitique. M. Féréol, qui ne constatait chez lui aucun signe de syphilis, le conduisit à M. Charcot, qui se refusa à voir dans ces hyperostoses multiples autre chose que du rhumatisme.

Chez un autre malade, un an après un rhumatisme généralisé d'abord, puis localisé à un genou, et qui avait eu pour point de départ une blennorrhagie, un changement notable s'était produit dans sa physionomie; l'apophyse zygomatique du côté gauche était beaucoup plus saillante que celle du côté opposé; les condyles des deux maxillaires avait augmenté de volume et faisaient une saillie choquante à chaque mouvement des mâchoires; les genoux étaient volumineux, empâtés. Quelques mois plus tard, ce jeune homme mourut d'un cancer testiculaire.

Enfin, le troisième malade, âgé de cinquante-quatre ans, alcoolique invétéré, entra aux Incurables, en 1870, atteint de douleurs très-intenses des membres inférieurs avec grand affaiblissement et gonflement considérable des deux genoux. Un mois après son admission à l'hospice, il mourut d'un accès de délire alcoolique aigu. A l'autopsie, on trouva les deux articulations fémoro-tibiales énormément augmentées de volume. Les tubérosités du tibia présentaient avec la tête du péroné des dimensions à peu près égales. Il n'y avait point d'ostéophytes, ni d'os surnuméraires, c'était une hypertrophie reproduisant exactement les formes normales des extrémités osseuses. Cette hypertrophie s'étendait à une très-grande partie de la diaphyse du fémur, du tibia et du péroné.

M. Féréol termine son travail en formulant les propositions suivantes :

La diathèse rhumatismale peut porter son action sur le système osseux, et cela de différentes manières.

Consécutivement aux lésions des articulations (synovite, chondrite, etc.), le tissu osseux peut s'altérer dans le sens de l'ostéite aiguë, ou chronique, et les lésions articulaires sont alors sur un plan secondaire.

L'hyperostose rhumatismale primitive offre des analogies trompeuses avec les lésions syphilitiques, scrofuleuses, cancéreuses, rachitiques ou autres, et n'en peut être distinguée sur le vivant qu'au moyen d'une recherche très-attentive, et principalement à l'aide des antécédents personnels ou héréditaires.

L'avenir dira si ces propositions doivent être acceptées en totalité, ou seulement en partie; mais au fond, M. Féréol les croit fondées sur la réalité des choses.

Orchite atrophiante consécutive à des oreillons. — M. LEREBOULLET présente un soldat âgé de vingt-deux ans, qui, il y a quatre mois, fut atteint d'oreillons. A cette époque, ce jeune homme portait toutes les preuves physiques et physiologiques de la virilité. Quatre jours après le début des oreillons, apparut une orchite double, sous l'influence de laquelle les deux testicules prirent le volume du poing; trois jours après, cette orchite avait disparu; le gonflement parotidien persista pendant quelque temps encore, puis finit par disparaître également. En l'espace de vingt jours, les masses testiculaires s'atrophièrent au point de ne plus présenter aujourd'hui que le volume du noyau d'une amande. En même temps on constatait un développement considérable des glandes mammaires. En outre, cet homme, dont le système pileux, au pubis, est très-développé a vu s'arrêter brusquement le développement de sa barbe et présente aujourd'hui un menton absolument glabre. Voilà donc un jeune homme de vingt-deux ans, qui, après avoir présenté tous les caractères de la virilité, sans avoir aucune apparence de féminisme, à la suite d'oreillons, se trouve atteint aujourd'hui d'une atrophie complète des testicules, a perdu toute espèce d'appétit vénérien, a vu s'arrêter le développement de son système pileux; et ses glandes mammaires prendre en même temps un développement considérable.

M. RENDU, à l'occasion de l'intéressante observation présentée par M. Lereboullet, rappelle avoir observé avec M. Gubler un malade qui présentait une atrophie testiculaire gauche et un développement considérable de la glande mammaire du même côté, ce qui démontre qu'il existe un véritable antagonisme entre le développement des testicules et celui des glandes mammaires. L'observation de M. Lereboullet est une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. Lereboullet ce qu'il pense de l'avenir de cet homme, et si, sur sa demande, il pourrait être exempté du service militaire.

M. LEREBOULLET pense, qu'arrivée à ce degré, l'atrophie testiculaire est définitive et que, par conséquent, ce malade ne retrouvera jamais les attributs de la virilité qu'il a perdus, par le fait même de cette atrophie. Quant à l'exemption, ou pour mieux dire à la réforme, bien que cet homme ne puisse invoquer en sa faveur aucun texte de loi, ce cas n'ayant pas été prévu, M. Lereboullet n'hésiterait pas à le réformer.

M. VALLIN n'exempterait pas cet homme du service militaire.

M. LACASSAGNE l'exempterait.

Tænia. — M. VALLIN présente des fragments de tænia qui ont été rendus par un malade qui a séjourné pendant plusieurs années au Sénégal. Au mois d'avril dernier, cet homme, rentré en France, a rendu spontanément deux fragments de tænia blancs. Il y a cinq semaines, dans le service de M. Vallin, il rendit encore spontanément deux autres fragments, également blancs. M. Vallin lui fit administrer 70 grammes d'écorce de grenadier et une demi-heure après, 45 grammes d'huile de ricin; aucun résultat n'ayant été obtenu, on lui donna encore une bouteille d'eau de Sedlitz et ce ne fut que le lendemain, qu'il rendit un fragment volumineux constitué par un seul ver qui est celui que M. Vallin met sous les yeux de ses collègues. Ce ver, au point de vue de la coloration, est divisé en deux parties bien distinctes dont l'une est blanche et l'autre brune; on voit même très-nettement la jonction de ces deux couleurs sur le même anneau. Quelques jours après, ce malade rendit spontanément de nouveaux anneaux blancs; mais, comme il n'avait pas encore rendu la tête, dix jours après, on lui donna une nouvelle dose d'écorce de grenadier et seulement après plusieurs heures, il rendit un nouveau peloton complétement rouge-amadou. M. Vallin avait pensé d'abord qu'il s'agissait là de cette variété de tænia qui a été désigné sous le nom de tænia ardoisé, mais il a abandonné cette opinion et pense aujourd'hui qu'il s'agit simplement, dans ce cas, d'une imprégnation du ver par la solution d'écorce de grenadier. En outre, ce tænia présente certains caractères qui permettent de le rattacher à la variété désignée sous le nom de tænia *fenestrata*.

M. LABOULBÈNE, tout en admettant l'opinion de M. Vallin sur la cause de la coloration de tænia, ne lui trouve pas les caractères du tænia inerme ordinaire; il serait intéressant de savoir exactement de quel animal provient provient le cysticerque qui a produit ce tænia. Au Sénégal, en effet, ne mange-t-on pas des viandes provenant de certains animaux, inconnus dans nos contrées, et qui pourraient avoir un cysticerque particulier.

A cinq heures et quart la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Journal officiel* rend compte, dans les termes suivants, de la visite faite au nouvel Hôtel-Dieu par M. le maréchal de Mac-Mahon, Président de la République :

« Le Président de la République a visité, samedi, les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu.

Le maréchal est arrivé à une heure de l'après-midi devant les grilles de l'hôpital, accompagné de M. Durangel, directeur des affaires départementales et communales, représentant le ministre de l'intérieur absent, et de ses aides-de-camp, les généraux marquis d'Abzac et Broye. Il a été salué par les cris de : Vive le maréchal !

Le maréchal-président a été reçu sous le vestibule par le préfet de la Seine, le préfet de police, le directeur de l'Assistance publique et le directeur de l'Hôtel-Dieu.

Le maréchal a parcouru successivement toutes les salles de malades et examiné minutieusement les diverses installations; il a été accompagné dans cette visite par les médecins, les chirurgiens, les élèves internes et externes de l'Hôtel-Dieu et par les principaux fonctionnaires de la préfecture de la Seine et de l'Assistance publique.

Le maréchal a adressé des félicitations à l'architecte du nouvel hôpital, M. Diette. »

— Un docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, de retour de lointains voyages d'exploration scientifique, désire remplacer, temporairement, un confrère malade ou empêché, à Paris ou en province. — S'adresser au bureau du Journal.

La seconde sur le forceps à aiguille du docteur Tarnier, par le professeur Pajot. — In-8° de 48 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1877, H. Lauwerens.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 95. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1877. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les communications qui se sont succédé dans la dernière séance de l'Académie heurtent, l'une et l'autre, carrément et de propos délibéré, des idées reçues : elles sont donc, toutes les deux, révolutionnaires et subversives, presque également, en apparence, mais à des degrés bien différents, en réalité.

M. Jules Guérin veut faire table rase de tout ce qui a été observé avant lui relativement au siége, à la nature, au mécanisme de production des lésions qui caractérisent la fièvre typhoïde.

Avant de risquer une appréciation sur son discours, il faut attendre qu'il soit terminé, or il n'en est encore qu'à sa première partie. Ne pouvant le reproduire à cause de sa longueur, nous en avons donné quelques extraits textuels, qui permettront de voir à quel point ce puissant esprit s'inquiète peu d'être en contradiction formelle et absolue avec tous les autres auteurs.

Quand à M. Édouard Fournié il s'est attaqué aux hypothèses les plus récentes, sur le fonctionnement des diverses parties constitutives du cerveau.

Mais il a du moins l'avantage de ne pas trouver devant lui des doctrines classiques aussi bien constituées, aussi généralement admises, aussi compactes, pour ainsi dire, et de pouvoir, tout en innovant, être au fond moins en désaccord avec ceux même qu'il critique.

S'il repousse leurs théories de physiologie pure, il paraît admettre leurs observations, soit de clinique, soit de physiologie expérimentale, et il fait entrer ses raisonnements dans les grandes lignes des notions acquises.

Ces notions sont, malheureusement, encore bien vagues; leurs contours se perdent dans une sorte de brouillard.

Qu'on lise, par exemple, parallèlement, les leçons professées, presque à la même époque, par M. Luys à la Salpêtrière, et par M. Charcot à la Faculté de médecine (1), et on sera frappé de voir combien il reste encore à faire pour arriver à la précision dans les détails.

(1) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau.* — Paris, 1876.

Pourtant, malgré le grand nombre de points controversés, on gardera certainement de cette double lecture, l'impression qu'il y a là quelque chose de vrai, des indications qui resteront, un point de départ pour des recherches ultérieures, une direction à suivre.

Par exemple, il n'est guère possible de mettre en doute les rapports intimes qui unissent la couche optique aux régions sensitives de l'axe rachidien et le corps strié à ses régions motrices.

De telle sorte que les deux grands amas de substance grise qui se trouvent placés au centre du cerveau y réaliseraient encore les déterminations fonctionnelles distinctes, réalisées plus bas dans la moelle.

La couche optique, noyau postérieur et central, par l'intermédiaire de l'étage supérieur de la protubérance, répondrait aux parties postérieures et centrales de l'axe médullaire, sensitive comme elles.

Le corps strié, noyau antéro-latéral, par l'intermédiaire de l'étage inférieur du pédoncule du cerveau, recevrait, soit en totalité, soit en majeure partie, les fibres ascendantes de la colonne antéro-latérale, colonne motrice, du même axe.

Or, sur l'écorce du cerveau, les expériences faites sur les animaux, et les observations cliniques semblent d'accord pour démontrer que les régions dont la lésion peut influer sur la motricité sont également dans une situation antéro-latérale, par rapport au reste de la surface de l'hémisphère.

On n'a malheureusement pas déterminé anatomiquement si cette région, dite *motrice*, est l'aboutissant de fibres blanches rayonnantes qui partiraient spécialement du corps strié.

En outre, on discute le point de savoir si toutes les fibres blanches provenant de la moelle passent nécessairement par l'un des deux ganglions centraux du cerveau, par la couche optique ou le corps strié, avant d'aboutir à l'écorce grise de la surface des hémisphères.

Il en serait ainsi d'après M. Luys, qui considère ces ganglions comme absolument indispensables, soit pour une dernière élaboration des impressions reçues avant qu'elles atteignent le vaste réseau sensitif situé dans l'écorce cérébrale, soit par les ordres de la volonté, avant qu'ils se transforment en impulsions motrices.

Suivant lui donc, l'écorce du cerveau serait bien le centre final, le seul vrai centre pour toute volition, pour toute perception proprement dite, dont le sujet ait pleinement conscience.

On verra que M. Fournié attribue un rôle un peu différent à cette écorce cérébrale.

Il n'y fait plus siéger les impressions actuelles, les volitions

actuelles, mais le souvenir des impressions et des volitions antérieures; en d'autres termes, les connaissances acquises.

Quant à la conscience des sensations, il la placerait dans la couche optique, où ces sensations seraient reçues en totalité, suivant M. Luys, mais pour ne pas s'y arrêter.

Enfin, il mettrait le point de départ des impulsions motrices dans les fibres blanches qui vont de l'écorce au corps strié, jugeant sans doute que la volonté, résultat de souvenirs de connaissances acquises, n'a pas besoin d'un centre spécial.

Les hypothèses de M. Charcot relativement aux centres cérébraux sont tout à fait autres.

Suivant lui, une partie notable des fibres blanches de la moelle irait se rendre dans la substance grise de l'écorce, sans traverser ni la couche optique, ni le corps strié.

Elles constitueraient en partie un faisceau blanc, aplati, placé en dehors de la couche optique, en dedans du noyau lenticulaire du corps strié, et qui est désigné sous le nom de capsule interne.

Cette capsule interne, comprenant aussi des fibres qui aboutiraient soit au corps strié, soit à la couche optique, serait la grande voie de communication entre les faisceaux médullaires et les cellules cérébrales.

Les impressions passeraient par elle pour parvenir indifféremment, soit à la substance grise de l'écorce, soit à la substance grise des noyaux centraux (corps striés, couche optique). Les impulsions motrices suivraient également ce même chemin, pouvant aussi indifféremment provenir de la surface des hémisphères ou de la substance grise de leurs noyaux centraux.

De telle sorte qu'à chaque région de la substance grise périphérique de l'hémisphère, correspondrait une autre région de substance grise, située vers le centre de cet hémisphère, et possédant exactement les mêmes propriétés.

Ces amas de cellules nerveuses pourraient se suppléer l'un l'autre; et s'ils n'étaient pas tous les deux lésés en même temps, il ne pourrait jamais résulter de leur lésion qu'un trouble transitoire de la fonction placée sous leur dépendance commune; tandis qu'une lésion de la capsule interne, isolant des centres cérébraux les faisceaux médullaires, mettrait obstacle à leur fonctionnement d'une manière définitive.

La partie antérieure de la capsule interne, en connexion avec le corps strié, serait motrice; sa partie postérieure, en connexion avec la couche optique, serait principalement sensitive. Ainsi les localisations du mouvement et du sentiment dans les parties centrales du cerveau différeraient moins, suivant les théories, qu'on ne pourrait se l'imaginer d'abord.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

Des manifestations cutanées de la syphilis héréditaire. La syphilide érythémateuse.

Quoique toutes les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire puissent coexister habituellement sur le même individu, il est cependant quelques circonstances qui font que certaines se montrent à l'état isolé, qu'elles sont plus ou moins abondantes, plus ou moins confluentes, qu'elles se développent plutôt à la face qu'aux pieds, au tronc que sur les membres.

Parmi ces circonstances, il en est qui sont très-peu apparentes, très-peu appréciables et particulièrement difficiles à constater : telles sont l'époque de l'insertion du virus sur le produit et surtout la qualité de ce virus; d'autres, au contraire, l'âge du sujet, par exemple, et le siége de la maladie, dont l'influence ne saurait échapper. C'est en effet un fait certain, que plus l'individu est jeune, plus on l'observe à un moment rapproché de la naissance, plus les manifestations cutanées de la syphilis sont humides et séreuses. Parmi ces manifestations humides, il en est une déjà dont je vous ai fait la description : c'est le pemphigus ou mieux, comme je vous ai proposé de l'appeler, la syphilide bulleuse. Je vous ai fait voir que si elle se manifestait le plus souvent à l'état isolé, que si elle se montrait immédiatement après la naissance et avant toute autre éruption; cela tenait d'abord à l'âge de l'individu et ensuite à l'intensité du virus qui, dans ces cas, est probablement d'une qualité plus mauvaise et qui fait déterminer vers la peau des manifestations syphilitiques plus précoces.

Vous avez vu que tous les auteurs étaient d'accord au sujet de la syphilide bulleuse. On a bien discuté son importance, son origine, mais, comme phénomène cutané morphologique, personne ne l'a contestée. Il n'en est plus de même pour les autres manifestations cutanées de la syphilis héréditaire : elles ont donné lieu à des divergences d'opinion considérables et les auteurs qui les ont étudiées n'en ont donné qu'une description fort incomplète. Presque tous ont eu en vue la syphilis des adultes et s'en sont rapportés pour décrire les syphilides des nouveau-nés à leurs notions acquises; le tableau qu'ils en ont dépeint n'est pas fait d'après nature, mais d'après des idées préconçues. C'est à peine si deux ou trois auteurs en ont tracé quelques traits qui permettent de reconnaître la syphilis de la première enfance.

Ces diverses manifestations cutanées, comme vous le verrez par la suite, sont intimement unies les unes aux autres; aussi, si je suis obligé, pour en faciliter la description, de les étudier séparément, ne faut-il pas oublier qu'elles se lient intimement entre elles, qu'elles se touchent, qu'elles sont des transformations les unes dans les autres; transformations que nous voyons s'opérer sous nos yeux, quand il nous est donné de suivre les malades assez longtemps.

Je commence par la syphilide érythémateuse, car c'est ainsi que j'appelle la roséole syphilitique des nouveau-nés. En effet, le mot de roséole, sous lequel la plupart des auteurs désignent l'éruption que je vais vous décrire, est mauvais, ainsi que vous le verrez tout à l'heure; de plus, on ne saurait rapprocher cette affection de la roséole syphilitique, si remarquable, si bien décrite des adultes.

Cette syphilide érythémateuse est constituée par de simples taches de la peau, ne formant aucune espèce de saillie et suivant la période d'évolution à laquelle la maladie est parvenue, pouvant disparaître ou persister sous la pression du doigt. Ces taches sont arrondies, leur contour est le plus souvent net, rarement incertain; leur coloration n'est jamais rosée; elle est aussi rarement cuivrée. C'est une teinte souvent saumon, de chair, très-claire; mais le plus ordinairement rouge jaunâtre ou violacée. Enfin quelquefois, ces taches ont une coloration brune, véritablement enfumée; c'est dans ces cas qu'elles ne disparaissent jamais sous la pression du doigt.

Mais les lésions élémentaires de la syphilide érythémateuse ne restent pas toujours à cet état, elles subissent des transformations, et c'est ainsi qu'il faut comprendre les faits et ne pas dire, comme Vogel, que les taches de la roséole syphilitique des nouveau-nés sont saillantes et qu'elles se trans-

forment en écailles très-fines, pulvérulentes. Trousseau, aussi, a cru que les choses se passaient de la sorte; et c'est pour avoir voulu rapporter leur description à celle de l'éruption cutanée chez l'adulte, que ces auteurs ont été induits en erreur.

Quand on suit pendant quelque temps un enfant atteint de syphilide érythémateuse, on voit, dans quelques circonstances, les taches se couvrir d'une couche épidermique assez volumineuse; au-dessous, il se forme un petit épanchement liquide, et la tache, qui jusqu'alors ne faisait pas saillie au-dessus de la peau, se soulève, se fendille et prend une apparence squameuse. A mesure que la lésion élémentaire évolue, à mesure qu'elle s'élève, elle se rapproche de plus en plus de la syphilide papuleuse et finit à un certain moment par se transformer en une véritable papule. De même, dans certaines circonstances, la syphilide papuleuse s'affaisse, s'atténue au point de ne plus être qu'une simple tache et de revenir ainsi à l'état de syphilide érythémateuse.

Les auteurs, et surtout Trousseau qui a fait avec M. Lasègue un excellent livre sur la syphilis des nouveau-nés, prétendent que la roséole évolue et involue d'une manière extrêmement rapide, qu'elle peut apparaître en une nuit et disparaître dans le même espace de temps. Je ne crains pas de dire que cette opinion est une grave erreur : il n'en est jamais ainsi.

La syphilide érythémateuse évolue lentement, il est impossible de la voir se montrer puis disparaître en quelques heures. Au contraire, peu apparente au début, l'éruption ne devient complète qu'au bout de vingt-quatre, quarante-huit ou trente-six heures; elle ne paraît pas d'emblée sur toute la surface du corps, mais se montre d'abord aux membres inférieurs, aux fesses, sur les jambes, les cuisses; de là elle passe à la face, puis enfin au tronc; l'éruption est alors complétement développée.

On a dit aussi que cette affection cutanée avait une prédilection pour le tronc. Il n'en est rien : elle y est seulement plus apparente, parce que cette région n'est généralement le siége d'aucune autre manifestation cutanée syphilitique.

Au début, comme je vous l'ai déjà dit, elle n'apparaît pas d'une manière brusque, mais lente et successive. C'est peu à peu, des membres inférieurs à la face et de la face sur le tronc, qu'elle évolue. Elle disparaît de la même manière, mais cette période de la maladie est plus difficile à constater, attendu qu'elle se transforme, qu'elle passe à l'état de papules d'où elle pourra revenir plus tard à celui de roséole et qu'on ne saurait faire son histoire à part, en dehors des autres manifestations cutanées de la syphilis héréditaire.

Avant de passer maintenant à l'indication des moyens à l'aide desquels on reconnaîtra la syphilide érythémateuse des autres éruptions qui sont propres aux nouveau-nés, je dois vous faire préalablement observer que les manifestations cutanées, quelles qu'elles soient d'ailleurs, mais en particulier celles qui sont liées à l'intoxication syphilitique sont quelquefois, chez les jeunes enfants, très-peu apparentes au repos. Mais que ceux-ci viennent à faire un effort quelconque qui congestionne la peau, tel que celui que nécessite la défécation, l'émission des urines et surtout le cri, l'on voit alors les lésions, surtout quand il s'agit de la roséole, devenir beaucoup plus nettes, beaucoup plus tranchées. Aussi, ne faudra-t-il pas craindre, quand vous serez en présence d'éruptions mal caractérisées, indécises, de provoquer cette congestion de la peau en pinçant légèrement la peau de l'enfant de manière à le faire crier.

Parmi les éruptions que l'on pourrait confondre avec l'érythème syphilitique, la première, la plus importante, c'est la roséole simple des nouveau-nés que l'on rencontre assez fréquemment et surtout chez les individus que l'on vient de vacciner. Y a-t-il un lien quelconque entre cette affection et l'intoxication vaccinale, cela me paraît peu probable, mais je n'oserais l'affirmer. Quoi qu'il en soit, il existe chez les nouveau-nés une roséole que l'on peut appeler roséole simple; c'est celle-là qui apparaît, comme le dit Trousseau, en quelques heures et qui disparaît dans le même temps. Elle consiste en taches disséminées sur le corps, d'une coloration rosée, un peu cerise, qui rappelle celle de la rougeole, alors que l'éruption morbilleuse n'est pas très-intense, irrégulières à leur périphérie. J'ajoute que jamais, dans ces cas, il n'existe sur la peau d'autres manifestations cutanées que celle que peut provoquer l'insertion du virus vaccin.

Confondra-t-on l'éruption de la rougeole avec l'éruption syphilitique? Certainement non. D'abord la rougeole est rare à l'âge où nous observons la syphilis héréditaire; de plus on voit se produire avec elle tous les phénomènes du catarrhe qu'accompagne cette fièvre éruptive et que l'on ne trouve pas dans la syphilide érythémateuse.

Quant à l'érythème simple des nouveau-nés, il ne saurait davantage être confondu avec la roséole. Tout d'abord il ne pourrait y avoir aucune hésitation dans l'esprit du médecin au début de la maladie, alors qu'elle n'est encore constituée que par de petites vésicules élémentaires. Mais, plus tard, lorsque ces lésions se sont réunies entre elles; quand elles ont déterminé la dénudation des fesses et des cuisses; quand enfin l'érythème apparaît sous forme de larges plaques rouges très-étendues, cet état ne pourrait-il pas prêter à confusion? En aucune façon. Ces plaques, en effet, occupent une étendue considérable, elles présentent une coloration d'un rouge vif, intense, éclatant que n'a jamais la syphilide érythémateuse; de plus tout autour de l'épiderme mis à nu, on trouve encore de ces petites plaques isolées qui indiquent que l'on a affaire à l'érythème des nouveau-nés et non à une syphilide.

Est-il permis de comparer cette roséole syphilitique, telle que je viens de vous la décrire, à l'éruption qui porte la même dénomination chez l'adulte. Autrement dit, y a-t-il un rapport quelconque entre l'érythème syphilitique des nouveau-nés et la roséole chez les adultes? Certainement non. L'éruption roséolaire de ces derniers, ressemble bien plus à la roséole simple des enfants, qu'à la roséole syphilitique. Ce que je vous ai dit de la roséole des nouveau-nés vous le prouve suffisamment. D'ailleurs, l'une est une manifestation bien plus souvent isolée, c'est de plus un de ces phénomènes qu'on appelle secondaires, qui apparaissent à la deuxième période de la syphilis, tandis que la syphilide érythémateuse se montre à toutes les époques de l'évolution syphilitique et peut être mêlée à toutes les autres formes de ses manifestations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1876 dans les départements de l'Ariége, du Morbihan, d'Ille-et-Vilaine, de Seine-et-Oise, des Hautes-Pyrénées, de la Seine-Inférieure et des Vosges. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un mémoire intitulé : *Relation des épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi sur la garnison de Troyes du mois d'avril* 1876 *au mois d'avril* 1877, par M. le docteur Veill, médecin-major de première classe au 79e de ligne. (Commission des épidémies).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission proposait :

En première ligne, M. Tessier (de Lyon);

En deuxième, M. Laussedat (de Bordeaux);

En troisième, M. Levieux (de Bordeaux).

Sur 43 votants.

M. Tessier a obtenu. . . . . 27 suffrages.

M. Laussedat. . . . . 14 —

M. Levieux. . . . . 2 —

En conséquence, M. Tessier est élu membre correspondant de l'Académie.

LECTURE

M. Édouard Fournié, médecin à l'institut des Sourds-Muets, continue sa lecture sur la *fonction cérébrale*. Dans une des séances précédentes, l'auteur avait soumis à un examen critique la doctrine de la localisation de la parole dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche, et il avait démontré dans une analyse savante des faits de la vie cérébrale que cette localisation n'était pas possible dans ce qu'elle a d'absolu. Aujourd'hui, M. Fournié expose les principes et les lois d'après lesquels il faut rechercher les conditions anatomiques de la fonction-langage. Mais comme la fonction-langage n'est qu'une forme particulière de la fonction cérébrale unique, et que ce n'est qu'en précisant bien la nature de cette dernière qu'on peut se faire une petite idée de la première, M. Fournié s'applique d'abord à préciser ce qu'on doit entendre par *fonction-langage*.

Partant de ce fait, qu'à toutes les activités de l'esprit correspondent certaines activités matérielles, et considérant que la matière cérébrale interrogée directement ne peut rien nous apprendre, M. Fournié pose en principe qu'il faut d'abord déterminer, par l'analyse physiologique, les éléments fondamentaux qui entrent dans tout fonctionnement cérébral. Dans tout fonctionnement cérébral, sans exception, on trouve, dit-il, un phénomène de sensibilité, un phénomène de mémoire et un phénomène excito-moteur. Que le cerveau fonctionne pour bâtir une maison, composer un sonnet ou un morceau d'opéra, il met indispensablement en œuvre ces trois éléments. Par conséquent il faut s'appliquer à la détermination anatomique de ces trois manifestations fondamentales.

Laissant de côté les faits contradictoires, qui ne prouvent autre chose que notre insuffisance actuelle, M. Fournié s'en tient aux enseignements qui résultent de la généralité des faits de l'observation et de l'expérience, et il est conduit à admettre : 1° que la sensibilité se développe dans la région des couches optiques; 2° que, dans la couche corticale du cerveau, se trouvent les conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises; 3° que les phénomènes excito-moteurs se produisent dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés. Ces trois activités fondamentales constituent réellement la fonction cérébrale *unique*, et cette fonction revêt des formes particulières, selon le but à atteindre et selon le mouvement provoqué. La fonction-langage est une de ces formes.

C'est ainsi que, contrairement aux partisans de Gall, qui considèrent le cerveau comme une république fédérative, composée d'organes distincts et chargés, chacun isolément, d'une fonction particulière, M. Fournié a été conduit à restituer au cerveau son unité organique et son unité fonctionnelle.

Appliquant les données qui précèdent au langage, M. Fournié considère dans cette fonction un phénomène de mémoire et un phénomène excito-moteur. Les conditions anatomiques de ces phénomènes se trouvent, non pas dans un organe isolé, comme le prétendent les adeptes de Gall, mais dans les couches optiques pour le premier, dans la couche corticale pour le second, dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés pour le troisième.

En décomposant ainsi la parole dans chacun de ses éléments, et en attribuant à chacun d'eux un siége anatomique distinct, M. Fournié parvient à donner au mot *aphasie* une signification complète et à expliquer les troubles qui caractérisent cette maladie. Il y a, en effet, aphasie par lésion de l'organe de la sensibilité, aphasie par lésion des conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises, et enfin, aphasie par lésion des conditions des phénomènes excito-moteurs. A ces trois troubles fondamentaux se rattachent les troubles particuliers qui résultent de la constitution même et du développement de la fonction-langage, ainsi que les troubles spéciaux de l'écriture (qui, contrairement à ce qu'on en dit encore de nos jours, n'est pas un langage (Bouillaud, séance du 6 août 1877), mais la *traduction* du seul et du vrai langage).

Ces trois formes fondamentales d'aphasie, dit M. Fournié, se trouvent réunies quelquefois, mais passagèrement, chez le même sujet; Il est assez fréquent, en effet, de voir un malade atteint d'apoplexie, présenter d'abord une insensibilité absolue ; puis la sensibilité revient, mais la mémoire est absente, le faciès exprime l'indifférence et l'apathie, en un mot, l'entendement est encore obscurci; l'amélioration s'accentuant davantage, le regard s'illumine d'un reflet intelligent, la mémoire réapparaît, mais le sourire et quelques mouvements de la face témoignent seuls encore de l'intégrité des conditions anatomiques de la mémoire et des notions acquises; enfin, un progrès nouveau se manifeste par la possibilité d'exprimer par la parole les diverses formes de l'activité cérébrale, et de tous ces troubles si graves, il ne reste plus qu'une hémiplégie symptomatique d'une lésion matérielle qui n'avait atteint, que momentanément et par une influence éloignée les conditions anatomiques de la fonction-langage.

En terminant sa lecture, M. Fournié émet le vœu que, désormais, on s'inspire des données de l'analyse physiologique, telle qu'il vient de l'exposer, ce qui permettra d'interpréter judicieusement les symptômes pendant la vie et les lésions après la mort.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. JULES GUÉRIN rappelle que, dès 1830, il avait conçu les idées même qu'il vient soumettre aujourd'hui à l'Académie et que, dans sa longue carrière, il ne les a jamais complétement perdues de vue. Les propositions qu'il s'est attaché à établir sont les suivantes :

1° *La matière diarrhéique spéciale des typhiques renferme à sa sortie de l'économie, un principe toxique résultant de la fermentation des matières stercorales, retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle derrière la valvule iléo-cœcale,*

2° *Les lésions organiques, considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injection et ulcérations de la muqueuse, altérations des glandes de Brunner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action vésicante et virulente des matières typhiques sur ces parties, et les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme et des altérations organiques qu'elles y déterminent.*

3° *Les complications qui se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde sous la forme de méningite, de pleurésie, de pneumonie et autres affections caractérisées, ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique : comme celles de ces maladies qui débutent d'emblée avec des symptômes typhiques, ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale.*

4° *Le poison typhique, engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie : d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyers d'infection, susceptibles de la reproduire sous la forme endémique et épidémique.*

Quant à la première proposition, la démonstration en a été faite par la première méthode expérimentale.

D'abord, dans quatre séries d'expériences portant sur un total de trente-cinq lapins et dont les résultats ont été déjà communiqués à l'Académie des sciences, M. Jules Guérin a établi :

1° Que les matières fécales des typhiques renferment, dès leur sortie de l'économie, un principe toxique qu'elles conservent, même après quatre mois de dépôt ;

2° Que cette propriété des matières fécales s'étend aux autres produits excrémentitiels des typhiques ;

3° Qu'enfin les matières fécales de sujets sains ou atteints d'autres maladies, ne possèdent pas le principe toxique que paraissent renfermer les produits excrémentitiels des typhiques.

Puis de nouvelles expériences, non moins nombreuses, lui ont paru prouver : que les *matières bilieuses* vomies, que la *bile*, que les *matières fécales anciennes*, renfermées dans le gros intestin, n'ont que très-exceptionnellement causé la mort. Tandis que la *matière diarrhéique spéciale*, celle qui se rencontre à la fin de l'iléon a presque constamment occasionné la mort, et ce, dans plus de trente expériences dans l'espace de quelques heures.

Les mêmes résultats se sont reproduits aux différentes périodes de la maladie.

Après avoir examiné les objections auxquelles ces expériences et leurs conclusions ont donné lieu et après avoir démontré qu'elles n'avaient pas de raison d'être, M. Jules Guérin en vient à examiner les conditions de production de la matière toxique.

Il établit que chez les malades atteints de fièvre, il existe au début de la maladie, un genre particulier de rétention des matières fécales qu'il ne faut pas confondre avec la constipation ordinaire, et qu'il appelle pour cela la *constipation partielle*. Cette constipation consiste dans une sorte d'arrêt et d'incrustation d'anciennes matières affleurant seulement les parois du gros intestin, et ne s'opposant point à la circulation des matières d'origine plus récente. Or, il arrive un moment où les matières nouvelles, retenues et accumulées derrière la valvule iléo-cœcale, et ce, en vertu d'un mécanisme exposé dans une note communiquée à l'Académie des sciences, et qui se résume dans une atonie paralytique de cette portion de l'intestin, entrent en conflit avec les matières anciennes, et, soit par l'influence seule de leur réaction réciproque, soit par le concours d'un ferment venant du dedans ou du dehors, produisent un véritable *travail* de fermentation. Ce n'est point là une simple présomption, mais un véritable fait que les observations suivantes vont mettre hors de doute :

1° Il est d'observation vulgaire qu'au début de la fièvre typhoïde, il existe un phénomène considéré comme un de ses symptômes les plus constants, phénomène connu sous le nom de *gargouillement*. Ce phénomène se perçoit au niveau de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire dans le point même qui correspond à la partie de l'intestin que nous avons dit être le siége de l'engouement stercoral : ce gargouillement consiste dans la sensation, à travers la paroi intestinale, d'un liquide mêlé à des bulles de gaz : il coexiste ordinairement avec le commencement de la diarrhée typhique ; mais dans un certain nombre de cas, il précède la diarrhée et quelquefois même il est accompagné d'une constipation persistante. D'où il résulte qu'au début de la fièvre typhoïde on peut dire qu'il y a tout à la fois et simultanément, constipation et diarrhée.

2° Le gargouillement est ordinairement suivi d'un développement considérable de gaz donnant lieu au météorisme, lequel est suivi ou non d'exhalations fétides. Le météorisme est donc le premier indice et le résultat de la fermentation des matières accumulées à la fin du petit intestin.

3° A ce moment apparaît la véritable diarrhée typhique : une diarrhée de matière homogène, liquide, d'une couleur uniforme, jaune d'ocre ou brunâtre et d'une odeur caractéristique. Cette matière et les gaz expulsés acquièrent de plus en plus cette odeur de putridité signalée depuis longtemps par tous les observateurs.

Ceci posé, M. Jules Guérin en vient à la démonstration de la seconde proposition de son mémoire.

« Et d'abord, dit-il, comme coup-d'œil d'ensemble. dès l'ouverture de l'intestin d'un typhique, on est frappé du rapport constant de la matière virulente avec les lésions qu'elle produit. A quelque degré, à quelque période, dans quelque point qu'on l'observe, presque toujours on surprend l'agent toxique, la matière diarrhéique jaunâtre immédiatement en présence de l'altération qu'elle détermine ; elle s'y attache, elle y est comme incrustée ; elle en marque les contours ; on ne peut y méconnaître son action ; et cette action concorde incessamment, en étendue et en degré, avec le mode de distribution, le siége et la quantité proportionnelle de son agent producteur.

Voici les faits particuliers qui établissent, jusqu'à l'évidence, chacun des termes dont se compose cette formule générale.

Tous les historiens de la fièvre typhoïde, sont unanimes à reconnaître que les altérations typhiques sont presque exclusivement confinées entre la fin de l'iléon et le commencement du cœcum ; souvent même la surface iléale de la valvule iléo-cœcale en est criblée, alors que le commencement du gros intestin n'en offre aucune. Il m'a été donné de constater, tout récemment encore, cette localisation exclusive sur un typhique, mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre collègue M. Fauvel. Cependant aucun auteur ne s'était préoccupé de savoir le pourquoi de cette localisation. Or j'ai montré, par mes expériences, que les liquides spécialement toxiques de la maladie sont ceux qui proviennent de la fin de l'iléon, qui s'y accumulent et y sont retenus en permanence derrière la valvule iléo-cœcale. Cette accumulation et cette stagnation que j'ai dit, constatables à l'ouverture de tous les typhiques, assistée encore par le gargouillement iliaque, par une plus grande sensibilité dans le même point, cette accumulation peut-elle exister sans produire des effets proportionnels, et n'est-elle pas en parfait accord avec la prédominance des lésions dans cette partie de l'intestin.

Mais cet accord se démontre, davantage encore, par le *nombre*, la *distribution*, les *rapports* et la *gravité* variables des altérations.

Lorsqu'il y a peu d'altérations, elles occupent exclusivement la fin de l'intestin grêle ; lorsqu'il y en a beaucoup, quelques-unes seulement, et ce sont les moins prononcées, se rencontrent vers la fin du jejunum, et ne dépassent pas ce point. Mais les plus nombreuses, qui sont en même temps les plus graves, siégent immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale ; qui, comme je l'ai déjà dit, en est quelquefois criblée. Lorsque les altérations s'étendent jusqu'au gros intestin, leur nombre et leur gravité va en diminuant depuis le cœcum jusqu'au rectum. Ce mode de distribution n'est-il pas une première expression du rapport de causalité entre la matière typhique et les altérations qu'elle détermine.

L'analyse de ces altérations, appliquée à chacun des organes et des éléments organiques de l'intestin ou du mésentère, montre, jusqu'à la dernière évidence, l'action incessante et toujours présente du ferment typhique sur ces parties.

Les altérations de la muqueuse, proprement dite, représentent, dans leurs *modes*, *degrés* et *succession*, les différentes *périodes*, *phases* et *degrés* de la maladie.

Il n'existe, dans la science, aucune autopsie de sujet mort avant le septième jour ; mais, dès cette époque, déjà on peut saisir le caractère spécial des lésions muqueuses. Celles-ci ne siégent pas exclusivement, comme le disent presque tous les auteurs, au regard des plaques ou des glandes. Il s'en rencontre indistinctement sur toutes les parties, sous forme de taches d'abord, puis d'un peu d'infiltration sans ulcération, puis enfin à l'état d'ulcération complète.

A une période plus avancée de la maladie, du douzième au vingtième jour, les ulcérations de la muqueuse se présentent sous deux formes principales. Celles de l'iléon, occupant la portion libre de l'anse intestinale qui est la plus déclive, et qui est, par conséquent, plus en contact avec la matière typhique, sont constituées par les plaques proprement dites. La muqueuse en a disparu dans une certaine étendue, et leur surface offre précisément cette apparence piquetée que l'on a comparée à l'aspect de la barbe récemment faite. Mais avant d'arriver à cette forme complète, on peut en suivre le développement progressif. L'ulcération commence par des espaces gauffrés, cloisonnés, dont l'épithélium seulement est enlevé. Ces espaces augmentent d'étendue, se rejoignent, puis se confondent tout à fait pour former une ulcération unique comprenant toutes les ulcérations partielles. Les bords de ces ulcérations collectives sont souvent difficiles à distinguer de l'ulcération elle-même avec laquelle ils restent de niveau ; on les dirait produites par une substance vésicante qui n'a fait que soulever et enlever l'épithélium laissant une partie du corps muqueux à découvert, ces sortes d'ulcérations

sont celles surtout qui occupent l'avant-dernière portion de l'iléon à quinze ou vingt centimètres du cœcum, la dessication des parties, comme j'en ai préparé et conservé plusieurs spécimens, montre ces dispositions de la façon la plus évidente.

Les altérations de la muqueuse qui touche au cœcum, surtout celles de la face iléale de la valvule, se présentent sous un autre aspect. Généralement plus complètes, moins régulières et plus profondes, elles sont comme taillées à pic. Leur centre est fréquemment recouvert par des lambeaux flottants, déchiquetés, de couleur brune jaunâtre. Quoiqu'elles occupent dans le plus grand nombre de cas, la surface iléale de la valvule, il n'est pas rare d'en rencontrer dans toute l'étendue de l'ampoule fœcale. Mais les unes et les autres sont exactement en rapport avec la stagnation et le contact permanent des matières virulentes, et l'imprégnation de leurs débris par la matière typhique atteste leur longue macération dans ces matières.

Les parties saines de la muqueuse, comprises entre les parties ulcérées, ne sont pas moins significatives, leur intégrité parfaite dans certains cas à côté des parties altérées continue à exprimer l'action locale et circonscrite de la cause de l'ulcération. Toutefois, quelques-unes de ces parties intermédiaires ont fréquemment subi la coloration en jaune, coloration qui résiste au lavage, du ferment typhique.

Si de la muqueuse nous passons aux organes qu'elle recouvre ou renferme : *glandes de Brunner, plaques de Peyer*, glandes ouvertes, glandes fermées, les altérations anatomiques acquièrent une signification de plus en plus prononcée.

Les altérations des glandules ouvertes, follicules isolés, ont leur cachet particulier. A un premier degré, ce sont de simples points noirâtres, ou jaunâtres, qui dénotent l'obstruction des petits pertuis glanduleux; à un degré plus avancé, ces points se creusent, s'élargissent, prennent la forme d'un entonnoir au fond duquel la matière typhique jaunâtre pénètre et se dépose. On l'y constate depuis les rebords un peu tuméfiés et déchiquetés de leur ouverture jusqu'à la trame de la glandule qu'elle imprègne. A un degré encore plus avancé, celle-ci, ramollie, n'est plus qu'un mélange de la matière organique décomposée et du menstrue qui l'a détruite. Ces altérations appartiennent aux glandules isolés, aux follicules séparés.

Les follicules agminés, connus sous le nom de *plaques de Peyer*, offrent une autre série d'altérations, depuis leur apparence gauffrée, réticulée, jusqu'à leur destruction plus ou moins complète.

La première altération que présentent les follicules clos est leur gonflement avec ou sans changement de couleur de leur tissu. Protégés par la muqueuse qui les recouvre, ils ne subissent parfois l'action du liquide virulent que médiatement, que secondairement, par une sorte d'imbibition et de filtration. Aussi restent-ils souvent tuméfiés, alors que les glandes tubuleuses ouvertes sont déjà ulcérées. Il arrive aussi que quelques follicules seulement de la même plaque sont ulcérés à côté d'autres qui ne sont encore que tuméfiés. Mais ce qui montre que, même à cette première phase de leur altération, c'est bien le ferment stercoral qui agit, que c'est bien lui qui produit la tuméfaction des follicules clos, même à travers la muqueuse non encore ulcérée, c'est que, lorsqu'on incise en même temps la muqueuse et les plaques dans toute leur épaisseur, la surface de section offre souvent une teinte jaune qui résiste au plus soigneux lavage. A ce premier degré, le liquide a donc pénétré jusqu'à la plaque par imbibition seulement, sans en produire encore la désorganisation. C'est à cette période que correspondent les plaques dures de Louis, dont l'existence a été contestée par Chomel. A une période plus avancée, c'est-à-dire après un contact macérant plus prolongé, la muqueuse est enlevée et la couche correspondante des follicules a subi un ramollissement tel, que le simple frottement du scalpel suffit à les faire disparaître. Au-dessous d'elle on rencontre assez souvent une couche de matière typhique jaunâtre ou jaune brunâtre résultant du dépôt de cette matière seule ou de son mélange avec du sang.

Enfin la muqueuse, les plaques et le tissu cellulaire sous-jacent ont été complétement détruits; il n'en reste que des lambeaux flottants encore imprégnés de la matière typhique: la trame musculaire a seule résisté. Examinée à la loupe, cette trame offre, entre ses fibres, de petits dépôts de matière typhique, que quelques auteurs, Chomel entre autres, avaient déjà remarqués, mais qu'ils avaient pris pour un dépôt purement accidentel de bile, tout à fait étranger à la maladie.

Cette dernière particularité, rapprochée des précédentes, dont elle est le complément, n'est-elle pas, en effet, le dernier anneau d'une chaîne non interrompue de révélations, commençant à la simple tache jaunâtre et se terminant à la désorganisation complète des parties; celles-ci ne laissant à leur place que des débris imprégnés de la matière qui les a désorganisés. C'est avec la râclure de cette matière injectée sous la peau de mes lapins, que j'ai produit la mort de ces animaux en quelques heures.

Comme dernier terme de cette démonstration, rappelons que, lorsqu'il y a destruction complète de la paroi intestinale, lorsqu'il y a perforation, le mordant fécal traverse la petite ouverture, se dépose sur les parties atteintes, et y développe, en témoignage de son action, un nouvel ordre d'accidents et d'altérations plus graves encore que ceux qu'il a semés dans son parcours. Ajoutons, toutefois, que la perforation intestinale typhique n'est, presque toujours, qu'un dernier stade, et en quelque façon un accident posthume de la maladie. Son siége de prédilection, au voisinage du cœcum, et la présence persistante de la matière destructrice continue jusqu'au bout le cachet de son origine.

Mais revenons sur nos pas et suivons le poison stercoral, de l'intestin aux ganglions mésentériques, et proclamant d'avance que les altérations de ces ganglions vont, par leur *situation*, par leur mode de *succession*, et par leurs *caractères matériels*, témoigner de leur subordination aux altérations intestinales et, en même temps, de leur communauté d'origine avec ces dernières.

Premier fait. — Les ganglions atteints correspondent toujours à une partie atteinte de l'intestin : muqueuse, glandes et plaques ulcérées; c'est-à-dire, communication directe et rapprochée d'une station à l'autre.

Second fait. — Ce sont les ganglions, placés au voisinage de la valvule iléo-cœcale, qui sont les premiers atteints, qui le sont en plus grand nombre, et qui le sont au degré le plus prononcé; ils touchent au magasin principal du poison, et au plus grand nombre des altérations qu'il a déterminées dans sa première station.

Troisième fait.— Les altérations ganglionnaires sont toujours d'une date plus récente, d'une période moins avancée que les altérations intestinales.

Quatrième fait. — Les altérations des ganglions mésentériques offrent, dans la série des phases par lesquelles elles passent, la reproduction de celles des glandes intestinales : *gonflement, ramollissement, ulcérations, destructions*; or, ce qui est capital, elles renferment parfois, comme ces derniers, un mélange de matière jaunâtre et de sang, dernier témoignage de l'unité et de la communauté de leur origine.

De ces quatre ordres de faits, n'est-il pas permis de conclure que le poison stercoral est passé de l'intestin au mésentère, du mésentère dans les ganglions qu'il renferme; que les altérations ganglionnaires ne sont que la conséquence et le témoignage de ce passage, et finalement que les altérations successives de l'intestin et des ganglions mésentériques, sont bien le produit et l'effet du même agent destructeur, et que cet agent est bien le ferment virulent typhique. »

A cinq heures et quart, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — Le stage imposé aux agrégés des facultés de médecine par les ordonnances et statuts est supprimé.

Art. 2. — Les agrégés demeurent en service pendant une période de neuf années.

Le nombre de ces fonctionnaires est fixé, suivant les besoins du

service, par arrêté ministériel pris après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Tous les trois ans, les agrégés seront renouvelés par tiers.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 août 1877.

— Par décret en date du 14 août 1877, et d'après l'avis du conseil supérieur et du comité consultatif de l'instruction publique, ont été nommés professeurs titulaires à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

MM. Berne, pathologie externe.
Boudet, pathologie interne.
Tripier (Léon), médecine opératoire.
Pierret, anatomie pathologique.
Artaud, clinique des maladies mentales.

— Par décret, en date du 7 août 1877, ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Riché, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Bavay, pharmacien-professeur de la marine; Jubelin et Lequerré, médecins de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 9 août 1877, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Joseph Martin, ancien chirurgien militaire; Gérard Fourgeaud, médecin major de première classe, en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Pambrun, ancien chirurgien militaire; Miltemberget, ancien vétérinaire des armées; Huguet, ancien chirurgien de la marine; Accarie, médecin en chef honoraire des hôpitaux de Valence.

Contribution à l'étude du développement des organes génito-urinaires chez les mammifères, par le docteur Henri Beauregard, docteur ès-sciences naturelles. — In-8° de 63 pages avec 12 planches tirées à part. Prix : 3 francs.— Paris, 1877, Frédéric Henry.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 96. — MARDI 21 AOUT 1877. 50e ANNÉE. MARDI 21 AOUT 1877. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Symptômes de péritonite consécutive à l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine.

Je veux, aujourd'hui, appeler votre attention sur un malade qui est actuellement couché au n° 18 de la salle des hommes, et qui, avec un épanchement énorme dans la cavité péritonéale, présente un double hydrothorax, ainsi qu'un certain degré de dilatation stomacale caractérisée par une voussure notable, et une sonorité exagérée de la région épigastrique.

Le cœur ne présente rien de particulier, les urines sont normales; peu d'œdème des membres inférieurs. Le foie est seulement légèrement augmenté de volume : il mesure quinze centimètres dans le diamètre vertical, et douze centimètres sur la ligne médiane. Quant à la rate, qui nous avait d'abord semblé présenter un certain degré d'hypertrophie, les examens minutieux, auxquels nous nous sommes livré dans la suite, nous ont démontré que la matité que l'on percevait dans le flanc gauche, était due à la présence de l'épanchement thoracique qui s'avance jusque dans cette région.

On pourrait donc penser, d'après l'ensemble des phénomènes que je viens de vous énumérer, qu'il s'agit simplement chez cet homme d'un de ces cas de cirrhose hépatique, qui s'accompagnent si communément d'ascite.

Mais, l'histoire de ce malade nous oblige à rechercher autre chose que cette affection. Voici, en effet, ce qu'il raconte.

Il s'était toujours parfaitement porté, et n'avait jamais éprouvé le moindre malaise, la moindre gêne du côté du ventre, quand il y a huit mois, ayant fait une chute de cheval, il se trouva pris sous sa bête, et reçut par le pommeau de la selle une contusion violente dans l'hypochondre droit. Le lendemain, il constata dans cette région, au-dessous des fausses côtes, une tumeur, très-large, très-étendue. A ce moment, la douleur était presque nulle, mais, les jours suivants, le malade éprouva dans cette partie un malaise assez grand, et même, un peu plus tard, des souffrances vives.

Les choses en étaient là, quand, il y a huit jours, étant chez lui, dans un état de repos complet, il ressentit une sensation singulière, comme si quelque chose semblait se déchirer dans la région de l'hypochondre, puis glissait dans le ventre. Tout d'abord, il en résulta un soulagement considérable, et l'état de malaise dont il s'était plaint jusqu'alors dans cette partie du ventre disparut. Mais, peu de temps après, l'abdomen devint le siége d'une douleur assez vive et commença à augmenter de volume : cet état s'accrut rapidement, et en huit jours le ventre acquit ce développement énorme que vous constatez aujourd'hui.

En présence de tels phénomènes, nous devons nous demander à quelle affection nous avons affaire, et quelle est la maladie qui a donné lieu à des accidents si subits.

Il paraît d'abord bien évident, qu'il s'est fait dans le ventre de ce malade, une rupture de quelque partie contenue dans la région hépatique, et que c'est elle qui a déterminé l'ascite. Cet homme est, en effet, de bonne foi, il est extrêmement précis à ce sujet, et déclare bien positivement qu'il n'avait jamais rien éprouvé jusque là dans la cavité abdominale; que c'est seulement depuis huit jours, et dès la disparition de la tumeur qu'il portait dans la région supérieure de l'hypochondre droit, qu'est survenue l'ascite.

Il s'agit donc, pour établir le diagnostic, de rechercher quelles sont les tumeurs liquides que l'on observe dans cette région, susceptibles de se déchirer; et de déterminer quel rapport on peut établir entre la contusion que ce malade a éprouvée il y a huit mois et l'ascite. Certes, il peut y avoir dans ces faits une simple coïncidence, mais en pathologie il faut beaucoup se défier de ces effets du hasard, ils y sont extrêmement rares, et la plupart du temps il existe un rapport intime entre les évènements que le médecin voit se succéder sous les yeux.

Les diverses suppositions qui viennent à l'esprit en présence de ces phénomènes sont les suivantes : on peut admettre que sous l'influence du traumatisme il s'est fait dans l'hypochondre soit un épanchement sanguin, soit un abcès du foie; ou bien qu'il existait dans cette région, antérieurement à l'accident dont cet homme a été la victime, un kyste hydatique, lequel, grâce à la contusion, s'est enflammé puis rompu.

Voyons quelle est celle de ces interprétations qui satisfait le mieux l'esprit.

Tout d'abord, un épanchement sanguin, à moins d'être extrêmement considérable, ne serait pas resté aussi longtemps à cet état de simple épanchement, toujours prêt à se rompre; il conviendrait plutôt de supposer, qu'il s'est développé dans le foie, sous l'influence du traumatisme, un abcès qui, plus tard s'est rompu spontanément et épanché dans le péritoine. Mais, un abcès du foie n'est pas sans donner lieu à des phénomènes de réaction fébrile plus ou moins considérables; or, dans le

cas présent, le malade n'a jamais eu de fièvre, il n'a jamais perdu l'appétit, et il a toujours continué à se livrer à ses occupations habituelles.

Admettons-nous davantage que nous avons affaire ici à un kyste hydatique du foie? Mais si une hydatide peut suppurer sans qu'il en résulte une grande réaction fébrile, la rupture d'une poche de cette nature dans la cavité péritonéale est toujours un évènement considérable, qui donne lieu du côté de l'abdomen à des accidents formidables, à une péritonite suraiguë dont vous connaissez la gravité.

Aussi, sommes-nous obligé pour nous convaincre que nous sommes réellement en présence d'une maladie de cette sorte, de faire intervenir une circonstance, pour ainsi dire accidentelle, qui s'est produite dans l'histoire de ce malade. C'est que le jour même où il s'est senti tout à coup débarrassé de sa tumeur, et où le ventre a si subitement augmenté de volume, il a été pris d'une démangeaison singulière qu'il n'avait jamais éprouvée jusque-là, et qui a coïncidé avec l'apparition, sur la peau, d'une éruption caractérisée par des boursouflures saillantes, arrondies, semblables à des piqûres d'orties, en un mot, d'un urticaire. Or, la rupture des kystes hydatiques avec passage d'une partie de leur contenu dans la cavité abdominale, s'accompagne à peu près constamment de cette éruption. On la voit surtout venir après la ponction, alors que la poche étant vidée et l'ouverture mal oblitérée, une partie du liquide renfermé dans la cavité kystique vient à s'épancher dans l'abdomen.

Or, comme je ne sache pas que jamais la chose puisse se produire en toute autre circonstance, l'apparition de cet urticaire me confirme dans la pensée que nous avons affaire ici à une hydatide qui s'est rompue, et a épanché son contenu dans la cavité péritonéale.

Si, dans les circonstances les plus ordinaires, l'ouverture de la poche dans l'abdomen donne lieu, ainsi que je vous l'ai dit, à une péritonite formidable dont la mort est la conséquence nécessaire, il est cependant des cas dans lesquels cet accident n'est pas suivi de résultats aussi fâcheux; on a même vu des hydatides qui s'étant rompues dans le péritoine, et y ayant été introduites vivantes se sont greffées, et y ont vécu.

Cette inconstance dans les phénomènes observés est assez difficile à interpréter; cependant, on peut être autorisé à penser que c'est dans les cas où la rupture de la poche a eu lieu, sous l'influence d'un traumatisme, qu'on voit se produire ces péritonites graves, dont je vous parlais précédemment; que si, au contraire, la poche se déchire spontanément, cet accident peut ne donner lieu, qu'à une inflammation modérée de la séreuse péritonéale.

C'est de cette dernière façon qu'il est permis de penser que les choses ont eu lieu chez notre malade.

Quand à cette différence, dans la gravité de la maladie, suivant que la rupture est survenue à la suite d'un traumatisme, ou qu'elle a eu lieu spontanément, elle est peut-être due, dans le premier cas, à ce que les hydatides ont été introduites vivantes dans le péritoine, dans le second, à ce que la partie du contenu de la poche, qui pénètre dans la cavité abdominale n'est plus une hydatide vivante. C'est une hydatide mère, d'une époque que je ne saurais dire, mais, dont le contenu est mort, et, par suite moins irritable, moins susceptible de produire ces accidents graves, qui ont lieu dans le premier cas. Quant, aux hydatides vivantes, qui ont pu s'épancher dans le péritoine, elles peuvent ne pas être irritantes au même degré en tant qu'hydatides, et par conséquent déterminer des phénomènes d'intensité variable; c'est dans ces cas légers qu'elles se greffent, et continuent de vivre dans le péritoine.

Tels sont les motifs, pour lesquels je crois que nous avons eu affaire, chez cet homme à un kyste hydatique du foie dans lequel la contusion a donné lieu à un certain degré d'inflammation, et dont celle-ci a déterminé ultérieurement la rupture. Il en est résulté alors un soulagement dans la région qui avait été primitivement le siége de la maladie, puis des symptômes de péritonite légère, auxquels il faut certainement attribuer le développement de l'ascite, ainsi que l'épanchement de sérosité dans les plèvres.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Ulcérations non virulentes des organes génitaux (1).

III

En est-il de même dans tous les cas?

Il y en a où il est évidemment fort difficile de décider quelle est la part qui revient à la maladie primitive, quelle est celle qu'il faut attribuer à la sclérose. On ne sait à quoi s'en tenir quelquefois sur la nature des ulcérations qui viennent compliquer les balano-scléroses.

Le cas suivant en est un exemple. Il est probable cependant que si je l'avais observé dès le début, j'aurais pu me rendre mieux compte de sa nature.

Obs. XIII. — M. R..., âgé de quarante-huit ans, horloger, entré le 3 juin salle 8, n° 9, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne. Il vivait dans la continence depuis trois mois, lorsque le 14 mars 1875, il fit une infidélité à sa femme.

Quatre semaines après, paraît-il, il survint un bouton sur le côté gauche de la verge, dans le sillon balano-préputial. Ce bouton ne tarda pas à suppurer. Il fut cautérisé. Au bout de deux ou trois jours, la lésion se compliqua d'un phimosis et d'une balano-posthite, accompagnés de phénomènes inflammatoires excessivement vifs et d'une tuméfaction considérable de tout le prépuce.

Vers la fin de février (sixième semaine de l'affection), le prépuce se perça à sa partie supérieure, au niveau de la couronne. Il se produisit là, une fente transversale, aussi nette que si on l'eût faite avec un bistouri. Les lésions restèrent stationnaires pendant tout le mois de mars.

Le 11 avril (troisième mois révolu de l'affection), le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Duplay. On lui coupa la portion du prépuce située en avant de l'ulcération et on trouva au-dessous un chancre rongeant qui avait entamé la moitié gauche du gland et la partie correspondante du sillon. Au bout de trente et un jours, toutes les ulcérations étaient cicatrisées; et la tuméfaction de la verge avec induration, qui s'était produite, paraît-il, à la suite de ces ulcérations, avait disparu.

Les aines ne s'étaient point gonflées. Il n'y avait eu aucun accident syphilitique et aucun spécifique n'avait été prescrit.

Vers le 20 du mois de mai, une tuméfaction diffuse commença à se montrer dans la verge à gauche; elle augmenta progressivement sans causer de douleur et sans avoir aucun retentissement sur les ganglions inguinaux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 août.

Tels sont les renseignements qui me furent fournis par ce malade. Je ne me porte pas garant de leur exactitude. Il me paraît en ressortir ceci : c'est qu'une lésion chancreuse sur la nature de laquelle on peut avoir des doutes, s'est compliquée de phimosis avec étranglement, ulcération phagédénique consécutive, tuméfaction, induration des tissus et perte de substance considérable.

Après une guérison solide en apparence, il survint, sans que le malade se fût exposé à une nouvelle contagion, d'autres accidents locaux que j'ai étudiés, suivis et guéris et dont je puis donner un récit exact. C'est cette seconde phase de l'affection génitale qui se rapporte plus particulièrement au sujet que je traite.

Quand M. R... entra dans mon service, je constatai que le tiers postérieur du gland à gauche, et la portion correspondante du sillon avaient été détruits, ainsi que le prépuce dans sa moitié supérieure. La moitié inférieure formait, comme il arrive toujours en pareil cas, un gros jabot infiltré de matières œdémateuses et plastiques. Le gland était sclérosé. Derrière le centre cicatriciel, il existait un gonflement énorme qui englobait les corps caverneux. Toutes les lésions étaient cicatrisées; à peine apercevait-on une ou deux petites érosions dans le sillon ou sur le gland. Il n'existait pas de fluctuation dans la tumeur de la verge.

Le 24 juin (cinquième mois), il s'était formé sur le côté droit du méat, une grande ulcération qui le circonscrivait; une autre s'était creusée en avant de la cicatrice. Toutes les deux étaient survenues spontanément, dans ce tissu sclérosé ; elles avaient le caractère de pertes de substance causées par un sphacèle, car leur fond était constitué par des tractus celluleux mortifiés. J'inoculai le liquide séro-ichoreux qui s'écoulait de ces ulcérations, sans obtenir aucun résultat.

La tumeur de la verge avait augmenté de volume ; elle occupait le côté supérieur et gauche de l'organe. Elle était mieux circonscrite qu'au début et on voyait maintenant qu'elle était distincte des corps caverneux.

Les jours suivants, les deux ulcérations du méat et du dos du gland se creusèrent par le processus ci-dessus indiqué, c'est-à-dire par la mortification du tissu scléreux de l'organe. Chose curieuse, il n'existait trace d'inflammation, ni dans les foyers ulcéreux, ni à leur périphérie. Ils étaient indolents. J'essayai d'en arracher les lambeaux du tissu cellulaire, sans y parvenir. Le trou de la base du gland était très-profond, à bords unis, il allait en s'élargissant comme le cratère d'un furoncle. Tout le gland était sclérosé et semblait converti en tissu fibreux. Je fis une deuxième tentative d'inoculation qui n'eut pas plus de succès que la première.

Je retournai le malade dans tous les sens pour savoir s'il avait eu la syphilis. Je ne parvins jamais à en découvrir la moindre trace chez lui. La peau et les muqueuses étaient et avaient toujours été intactes. Il n'existait pas le plus petit gonflement ganglionnaire.

Dans les premiers jours de juillet, cette tumeur sclérosée de la verge qui avait grossi peu à peu, tout en restant dure et indolente, s'ouvrit une première fois et il en sortit de la sérosité ichoreuse. Elle se reouvrit le 12 juin par un pertuis très-étroit qui ne s'agrandit pas et à travers lequel se faisait un suintement séreux.

Les ulcérations du gland se cicatrisèrent peu à peu, après l'évacuation du tissu cellulaire mortifié, qui constituait leur fond.

Le 18 juillet (sixième mois de l'affection génitale), elles étaient guéries, mais la tumeur de la verge restait à peu près dans le même état et ne diminuait qu'insensiblement.

Quelques jours après, je revis le malade : son gland toujours dur et sclérosé s'était ratatiné et atrophié. La tumeur de la verge dure et indolente rejetait toujours par le pertuis de son sommet un peu de matière séro-purulente. Je n'ai pas revu ce malade.

L'affection que je viens de décrire est une des plus complètes qu'il m'ait été donné d'observer. Ce que j'y vois de moins obscur c'est que : 1° à la suite d'un chancre, il s'est produit du phagédénisme, aidé sans doute par l'étranglement du phimosis et par la balano-posthite ; 2° après la guérison de cet accident il n'y a eu, pendant six mois, aucune trace d'infection constitutionnelle ; 3° le travail morbide est resté local, et, après s'être éteint, il s'est rallumé au milieu de tissus, qui, par suite de la lésion première, avaient subi la transformation scléreuse ; 4° les ulcérations creusées dans le tissu sclérosé ne ressemblaient pas à des chancres ; elles n'étaient pas inoculables ; 5° la balano-sclérose était donc *pseudo-chancreuse* ; 6° la tumeur de la verge était scléreuse et elle n'a présenté ni la physionomie, ni la marche d'un abcès du fourreau.

Reste toujours à savoir si le point de départ de ces graves lésions était un chancre simple ou un chancre syphilitique. On n'a fait prendre au malade aucun traitement interne et il n'a présenté, pendant tout le temps que je l'ai vu, aucun accident pouvant être rattaché à la syphilis.

Je ne poursuivrai pas plus loin l'étude des ulcérations non virulentes des organes génitaux. Elles occupent, commme on le voit, une faible place dans l'ensemble des lésions si nombreuses et si variées qui se développent sur cette région. C'est ce qui m'a déterminé à les étudier avec la plus grande attention. Un semblable travail n'avait pas été fait jusqu'à présent. J'espère qu'il ne sera pas sans intérêt ni inutile pour ceux qui voudront bien se donner la peine de le lire. Quand toutes les lésions qui se développent sur un organe sont spécifiques ou virulentes, n'est-il pas curieux et important de bien connaître les rares cas pathologiques dont la nature, sinon la physionomie, s'éloigne des types qu'on observe chaque jour?

THÉRAPEUTIQUE

Emploi des arsénico-ferriques en thérapeutique

Par le docteur Xavier Blanchin.

Un cas pathologique qui nous paraît propre à démontrer la propriété des arsénico-ferriques, est celui qui fait l'objet d'une observation publiée par M. le docteur Margerie.

Les dragées Dominique, on le sait, réunissent les agents principaux de la thérapeutique. Composées avec le dépôt naturel de l'eau minérale de la Source de ce nom ; elles renferment donc du fer, du soufre, de l'arsenic, du phosphore, etc., le tout dans les meilleures conditions.

On comprend qu'avec une composition multiple de forces curatives si diverses que celles que présente isolément chacun de ces agents, on atteigne des affections morbides complexes ou compliquées, lorsqu'on les administre associées dans le même médicament. C'est ce que nous croyons pouvoir mettre en évidence par le fait clinique dont nous parlons.

Mme F... est âgée de vingt-sept ans, son tempérament est lymphatico-sanguin. Mariée depuis huit ans, elle a eu trois enfants, dont deux vivants sont très-vigoureux. Voici son état lorsqu'elle appelle le médecin.

Faiblesse générale, amaigrissement et langueur musculaire; anémie avec tous ses symptômes; dégoût pour les aliments et difficulté de digestion pour ceux qu'elle prend. Son dernier enfant, qu'elle nourrit avec peine, commence à se ressentir de l'insuffisance de sa

nourriture, et de gros et fort qu'il était, devient chétif assez visiblement pour inquiéter les parents.

Déjà, dans les derniers mois de sa grossesse, une bronchite intense se déclara au milieu d'un chagrin de famille, et on n'y fit pas grande attention. Cependant la phthisie est héréditaire chez elle. Aujourd'hui, quatre mois après, le médecin trouve Mme F... avec une toux grasse fatigante qui produit une expectoration épaisse, à fond verdâtre et très-abondante: d'autre part, les urines sont brunes et font craindre que le foie ne soit atteint lui-même de quelque lésion.

La poitrine, attentivement examinée, ne donne heureusement aucun signe de la tuberculisation qu'on pourrait redouter. Mais la bronchite chronique existe et elle a son siége aux lobes inférieur et moyen du poumon; avec un point pleurodynique dans cette région.

Traitement. — L'enfant fût donné à une bonne nourrice et s'en trouva bien. Le 4 avril, après avoir institué un régime réparateur, il fut ordonné à la malade de prendre quatre dragées de la Dominique, et pour calmer la toux, une potion atropo-thébaïque. Les jours qui suivent, le mieux se fait sentir; on continue le régime et on augmente d'une la prise quotidienne des dragées.

Le 19 avril, l'amélioration va se confirmant; les dragées sont ordonnées au chiffre de onze par jour. Les urines sont devenues claires; plus de crainte du côté du foie, l'appétit est bon et les digestions faciles.

Du 21 avril au 1er mai, le nombre des dragées n'a pas dépassé douze par jour, et après, le mieux faisant des progrès, ce nombre est graduellement diminué jusqu'au 16 mai, jour de la prise de la dernière.

Aujourd'hui, 30 juillet, dit M. le docteur Margerie qui revoit sa malade, on ne pourrait pas se figurer que Mme F... a pu donner de si sérieuses inquiétudes à sa famille et à son médecin.

Commençons par dire que l'auteur de l'observation qui vient d'être résumée, ne mit pas un instant en doute que les améliorations graduelles et finalement la guérison de la malade ne soient le fait ou l'effet des dragées Dominique, dont il a été pris en tout trois cent cinquante, soit 175 milligrammes d'arséniate de fer qu'elles contiennent au total de ces deux agents.

Mais que l'on considère les éléments morbides du cas de Mme F...: faiblesse générale, anémie avancée, épuisement organique, anorexie, bronchite avec fièvre et expectoration de mauvaise apparence, engorgement du foie, névralgie vésicale, etc., et l'on verra si tous les éléments médicamenteux des dragées de la Dominique n'ont pas fourni leur contingent de propriétés dans la réduction de la maladie. Le fer, le soufre, l'arsenic, le phosphore que renferment ces dragées ont au moins rencontré, dans ce cas complexe, l'affection à laquelle ils s'adressent particulièrement.

Nous croyons pouvoir nous dispenser de faire la démonstration de ce fait, chacun de nous connaissant les maladies qui indiquent au praticien expérimenté l'emploi rationnel de son médicament.

COMMOTION CÉRÉBRALE. — APHASIE. — MÉMOIRE.

Par le docteur P. Durieux.

Obs. I. — Le 21 juillet 1869, Antoine R..., domestique, conduisant un cheval à l'abreuvoir, reçut une ruade qui l'atteignit au-dessus du sourcil droit. Il tomba sans connaissance; mais la scène avait eu des témoins: et, au moment où l'on accourait à son aide, le blessé se releva de lui-même.

L'abolition du sentiment avait duré quatre minutes environ.

En se retrouvant le visage en sang, les mains et les genoux excoriés, les vêtements couverts de poussière, notre homme fut extrêmement stupéfait:

Comment suis-je là?
Que m'est-il arrivé?
De quel cheval parlez-vous?
Pourquoi avais-je conduit ce cheval?

Telles furent ses premières paroles. Les réponses les plus précises ne parvenaient pas à le satisfaire; il semblait qu'elles n'arrivassent pas jusqu'à lui. Aussi recommença-t-il dix fois peut-être la série de ses interrogations. De guerre lasse, il dut renoncer à comprendre.

Un quart d'heure avant l'accident, R.... avait reçu une certaine somme d'argent, dont il avait donné quittance. La mémoire lui fit absolument défaut en ce point, bien remarquable pour lui cependant.

En cherchant à déterminer la démarcation précise entre les faits qu'il se rappelait bien et ceux qui étaient déjà, et qui furent définitivement perdus pour lui, nous arrivâmes à cette conclusion, que: *tout ce qui s'était dit ou passé en sa présence, dans la demi-heure qui précéda la commotion, n'avait laissé aucune trace dans son souvenir.*

Obs. II. — Le 15 août 1870, M. P. L..., maire d'une commune voisine de Ribérac, se rendait, en voiture, au chef-lieu de l'arrondissement, pour prendre connaissance des dépêches relatives à la guerre Franco-Allemande. Patriote ardent, et ne pouvant se résigner aux lenteurs de la poste rurale, il venait aux renseignements en compagnie d'un voisin, avec lequel il causa avec animation durant le trajet (13 kilomètres). Au moment où ils touchaient au terme du voyage, leur cheval fit un écart brusque et se précipita dans un remblai de quatre mètres. Le voisin réussit à sauter sur la route, au moment de la culbute, mais M. P. L... roula avec son cheval et sa voiture jusqu'au bas du talus. Il y avait inversion totale du véhicule: les roues étaient en haut, et le capotage défoncé trempait dans la boue du fossé. Il fallut appeler du secours, dételer le cheval, redresser la voiture (toutes manœuvres qui prirent quinze à vingt minutes), avant de s'occuper de M. P. L... qui resta tout ce temps, privé de sentiment. On eut beaucoup de peine à le tirer de là, mais il revint assez vite à lui. Quelques instants après, il était dans notre cabinet.

Malgré le plus minutieux examen, nous ne pûmes découvrir la moindre trace de lésion extérieure. Le cuir chevelu n'était pas même entamé, en revanche, l'ahurissement du blessé était au comble:

Que m'est-il arrivé?
Quelle voiture avais-je?
Quel cheval?
Que venais-je faire à Ribérac?
Avec qui étais-je?
Qui m'a conduit chez vous?

Comme le sujet de l'observation précédente, M. P. L... ne pouvait classer les réponses qu'on lui faisait, ni coordonner les idées qu'elles représentaient: il questionnait sans cesse et *presque invariablement dans le même ordre*. Pour lui, *tout ce qui s'était passé quelques moments au moins avant son départ* (avec qui étais-je? quel cheval?) *les incidents du voyage, le voyage lui-même, tout s'était effacé, sans laisser le moindre vestige.* Ce phénomène étonnait le malade à un point que je ne saurais dire, il torturait sa vive intelligence et ne parvenait pas, — même en s'y obstinant étrangement, — à renouer la chaîne du souvenir.

Obs. III. — Le 15 mars 1875, le sieur C..., au service d'un propriétaire domicilié à cinq kilomètres de Ribérac, était venu à cheval, faire des commissions en ville. Au moment où il repartait, sa voiture lancée à toute vitesse, se déroba au tournant d'une rue et précipita son cavalier, la tête en avant, contre une muraille. Le vertex avait porté en plein sur la pierre. Relevé quelques instants après, C... était inerte, privé de sentiment et laissait aller ses urines qui tombaient le long du chemin pendant qu'on l'emportait. A notre arrivée près de lui, il commençait à reprendre ses sens: vingt minutes s'étaient écoulées depuis l'accident. Nous constatâmes seulement une légère boursouflure du cuir chevelu, sans fracture de la boîte crânienne. La convalescence fut de courte durée. Mais C... *ne se souvint jamais de ce qu'il avait fait depuis son départ de la campagne. Des personnes qu'il avait vues en ville, des commissions dont il s'était acquitté, il ne put retrouver aucune trace dans sa mémoire.*

Obs. IV et V. — Ces deux observations ont trait: la première à un ouvrier maçon qui tomba, le 20 août 1875, d'une hauteur de 4m70, et que l'on trouva étendu sur le sol; la seconde à M. C... propriétaire, homme de grande taille et de fort poids, sous les pieds

duquel, une échelle se brisa le 17 octobre 1876, et amena une chute dans laquelle la tête vint frapper le pavé d'une cour.

Chez l'un et l'autre, il y eut perte totale du sentiment.

Le maçon, que personne n'avait vu tomber, resta sans connaissance, un quart d'heure après avoir été ramassé. Il ne put donner aucun éclaircissement sur les circonstances de son accident; *le souvenir le plus récent qu'il retrouva, fut celui de son repas du matin pris deux heures auparavant.*

Quant à M. C... qui revint à lui presque aussitôt après avoir touché le sol, il éprouva d'abord une stupeur telle, qu'il ne se rendait aucun compte de sa situation. Cependant, après bien des efforts, la lumière se fit peu à peu dans son esprit. Le souvenir du motif qui l'avait décidé à monter sur l'échelle, revint le premier, puis il finit par se rappeler confusément la crépitation du bois de l'échelle.

Les faits que nous venons de rapporter appartiennent tous à la classe des *commotions cérébrales legères*. Le cas de C... (relâchement du sphincter vésical), marque la limite au-delà de laquelle survient la *gravité*. La dernière, par contre (M. C...), constitue le premier degré de la lésion (vertige). Il y a toujours, comme on voit, suspension plus ou moins complète de toute opération intellectuelle, à commencer par la remémoration. Ainsi que le professait Trousseau, la secousse de la masse encéphalique produit ici des effets semblables à ceux qui résultent d'une attaque d'épilepsie (étonnement cérébral). *La mémoire*, et c'est le point sur lequel nous voulons insister, *ne retrouve rien de ce qui a précédé la crise ou l'accident.*

Cette conséquence de la commotion a été déjà signalée par divers observateurs, et notamment par M. Ferry de la Bellone (*Etude de médecine légale sur la commotion du cerveau.* Delahaye, 1864, p. 33); mais il nous semble que la portée n'en a pas été suffisamment mise en lumière. Nous pensons que de nouvelles recherches sont nécessaires pour arriver à une précision plus grande. S'il était démontré, en effet, que toute commotion cérébrale, assez intense pour amener l'abolition du sentiment (pendant un temps à déterminer), abolit immédiatement du même coup le souvenir des faits concomitants, le médecin-légiste trouverait, dans cette doctrine, un véritable criterium des dires de la victime; car celle-ci étant impuissante à se souvenir des circonstances au milieu desquelles elle aurait été frappée, ne pourrait valablement fournir aucun renseignement, ni par conséquent accuser personne.

Mais il est un autre point de vue, extrêmement intéressant que nous allons indiquer et qui touche à la fois la physiologie, la pathologie et la psychologie.

Rapprochons les observations que l'on vient de lire, des faits suivants universellement admis.

Une personne est interpellée dans l'état de sommeil, elle se réveille, répond très-pertinemment à la question posée, et, se rendormant aussitôt, ne conserve le lendemain, aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Il nous est arrivé, il y a quelques années, d'être réveillé, la nuit, par un commissionnaire qui frappait à notre porte, de nous lever, d'écouter de la fenêtre ce qu'il avait à nous dire, de lui répondre que nous nous rendrions, sans tarder, là où nous étions mandé, puis de nous recoucher, pour un instant et d'être si bien repris par le sommeil que, deux heures après, au point du jour, nous avions oublié l'incident. Le retour du commissionnaire et l'attestation d'un voisin qui avait entendu les paroles échangées dans la nuit, purent à peine nous convaincre que nous nous étions véritablement levé.

Pareil fait nous a été raconté par notre distingué confrère, le docteur G. de Saint-Privat.

M. L..., avocat des plus occupés, voit, certains jours, son cabinet tellement fréquenté par les consultants, qu'il est obligé d'aller très-vite pour parvenir à les expédier tous. A plusieurs fois, il a pu entendre un plaideur, lui donner son avis, lui remettre une note écrite de sa main, puis passant rapidement à d'autres clients, oublier si complètement le premier, qu'il ne fallait rien moins que la vue de sa propre écriture pour lui démontrer qu'il avait été réellement consulté.

Ces faits, que nous pourrions multiplier, établissent sûrement : qu'*une impression, même très-complètement reçue par le sens intime, ne suffit pas pour que la mémoire la conserve*. Une commotion cérébrale, une attaque de haut-mal, un somme d'une certaine durée, une grande contention d'esprit appliquée sans trêve à d'autres objets (1), l'effacent totalement, de sorte qu'*elle ne passe pas à l'état de souvenir*. On retrouve bien tout ce qui a été classé antérieurement par la mémoire; mais le fait de tout à l'heure, aussi nettement perçu qu'il l'ait été, n'en est pas moins irrévocablement perdu. Il faut donc une autre condition pour qu'il se grave, et cette autre condition que sera-t-elle, sinon *un retour, à bref délai, de la pensée sur l'impression reçue?* Qu'on veuille bien nous permettre une comparaison : au sortir du foyer de la chambre obscure, la plaque du photographe a reçu l'impression complète de l'objet qu'elle doit reproduire; l'image existe, mais elle ne se voit pas encore; pour la faire apparaître, il faut l'exposer aux vapeurs mercurielles. Pour la mémoire, cette opération complémentaire, sans laquelle il n'y a point de résultat utile, c'est ce que nous avons appelé le retour sur l'impression, retour qui s'opère si naturellement, qu'il est souvent inconscient, mais qui n'en exige pas moins l'intégrité du fonctionnement intellectuel, car nous avons vu que, sous le coup d'une commotion, tout classement est momentanément impossible. (Questions sans cesse répétées.)

Ainsi la mémoire, cette faculté si simple en apparence, comporterait déjà deux éléments essentiels, savoir : 1° l'impression; 2° sa fixation ou, si l'on veut, sa transformation en souvenir.

Nous allons montrer que, même avec ces deux termes, elle n'est pas complète et qu'il faut encore une autre condition pour qu'elle puisse s'exercer en pleine puissance.

L'acteur, qui depuis longtemps n'a pas relu tel rôle jadis parfaitement su, l'homme qui vient à rencontrer, après une absence de plusieurs années une ancienne connaissance, depuis lors perdue de vue, éprouvent une certaine difficulté à retrouver, le premier, le texte complet qu'il récitait autrefois sans hésitation, le second, le nom du personnage qui reparaît devant lui.

Le souvenir n'est pas effacé, car il suffit d'un mot, d'une syllabe, d'une lettre, pour remettre, sur la voie, la mémoire en défaut. Qne manque-t-il donc? — La faculté d'évoquer à volonté le souvenir, faculté présentement abolie, ou du moins tellement affaiblie qu'il faut lui venir en aide.

Le cas pathologique suivant en est un exemple frappant, en même temps qu'il fournit une explication précise de la cause encore si controversée de certaines aphasies.

Le lundi, 3 mai 1875, nous étions mandé, au bourg de

(1) Par ces mots : *d'autres objets*, nous voulons faire entendre une idée, ou plutôt une série d'idées, sans liaison d'aucune sorte, avec l'impression reçue. L'imagination passe avec une extrême mobilité d'un sujet à un autre, et souvent au moyen de transitions pour le moins singulières. Quelque illogiques que soient ces transitions, elles n'en constituent pas moins une *chaîne* à l'aide de laquelle il est possible de remonter la série, pourvu que les chaînons subsistent et soient retrouvés chacun à sa place. Toutes les mnémotechnies sont fondées sur ce principe. Dans les faits dont nous parlons, la chaîne est rompue.

Celles, auprès de M. l'abbé P....., curé de la paroisse. En rentrant d'une procession qu'il venait de faire, au moment même où il se mettait à table, il fut subitement frappé d'aphasie, sans symptômes de paralysie appréciables, sauf peut-être une dysphagie légère, et en tout cas bien éphémère. A notre arrivée, le malade témoigna, par l'expression de sa physionomie, par la main qu'il nous tendit, le désir qu'il avait de nous voir et nous fit aisément comprendre l'inquiétude que lui donnait son état. Nous fîmes passer successivement sous ses yeux tous les objets qui se trouvaient à portée, en les appelant tantôt par leur nom véritable, tantôt par une dénomination supposée; les signes affirmatifs et les gestes de dénégation furent invariablement corrects suivant les cas. Le malade prenait mentalement part à la conversation qu'il suivait avec un intérêt évident; mais il ne pouvait prononcer aucun mot, quelque effort qu'il fît pour cela. L'intelligence était donc entière et le souvenir parfaitement conservé. Les mouvements de tout le corps s'accomplissaient avec la plus entière liberté, la plus grande précision. Il put monter sur une chaise, prendre un volume dans un rayon élevé de sa bibliothèque, remonter sa montre, enfiler une aiguille, avec la même facilité que les jours précédents.

Ainsi, la volonté de parler était manifeste; les idées et les sentiments ne faisaient point défaut; le souvenir des mots existait dans son intégrité. Que manquait-il donc? Était-ce *la possibilité de coordonner les mouvements nécessaires à l'articulation des syllabes*, comme le veut M. Bouillaud (Acad. des sciences, 24 janvier 1876)? ou bien *la faculté* d'évoquer le souvenir des signes de la pensée, c'est-à-dire des mots?

Une expérience nous parut devoir trancher la question. Nous venions de constater que les bras, les mains, les doigts jouissaient de la plénitude de leurs mouvements.

Nous fîmes asseoir le malade devant son bureau, et, sur notre invitation, il prit du papier, une plume qu'il trempa dans l'encre et se mit en devoir d'écrire. Tout ce préliminaire fut exécuté prestement; mais, après avoir posé la main sur le papier, le malade n'y mit que sa signature, d'ailleurs très-bien faite. Nous lui demandâmes, alors, s'il ne voudrait pas écrire à son confrère le plus voisin, pour le prier de lui faire une visite; il fit un signe d'assentiment, retourna la plume entre ses doigts et parut fort embarrassé. — « Mettez simplement, lui dit-on, je vous prie de venir me voir. » Aussitôt la main courut sur la feuille jusqu'au bout de la ligne, et nous lûmes ces mots : Je vous, vous, vous, vous,... très-lisiblement formés. Le malade, épuisé par cet effort, secoua la tête d'un air découragé et se leva; il avait donné la mesure de tout ce qu'il pouvait faire.

Comme, malgré ses soixante ans, il était robuste et sanguin, nous pratiquâmes une large saignée du bras.

En méditant sur ce cas intéressant qui nous présentait réunies : l'entière liberté de tous les mouvements, et l'impossibilité bien constatée d'écrire, chez lequel, par conséquent, l'aphasie ne pouvait résider toute entière dans une lésion de la faculté coordonatrice des mouvements nécessaires à l'articulation, nous adoptâmes l'hypothèse que c'était la possibilité d'évoquer le souvenir des mots, qui n'existait plus chez notre malade. Suivant notre appréciation, il se trouvait vis-à-vis de tous les vocables de la langue, dans une situation semblables à celle où nous sommes fréquemment lorsque nous cherchons un nom, un mot qui ne vient pas sur l'heure à notre appel. Si cette interprétation était vraie, *il pouvait suffire d'aider la mémoire pour remettre en jeu la faculté de parler*, de prononcer des mots suivis.

Or, on sait combien l'*air* d'un morceau de chant *aide* à en retrouver les paroles : nous nous décidâmes, sur cette remarque, à tenter un autre genre d'épreuve, en nous servant du secours de la musique.

Le lendemain, le malade étant tel que nous l'avions laissé la veille, notre première parole en l'abordant fut celle-ci : « Monsieur le curé, chantez avec moi : *Tantum ergo sacramentum.* » Aussitôt, il entonna d'une voix ferme et dit sans hésitation, les deux versets de l'hymne. La prononciation de chaque syllabe était irréprochable. Cette scène frappa vivement les assistants parmi lesquels M. A. B..., maire de la commune. La figure de M. P... rayonnait; il voulut recommencer plusieurs fois et paraissait ravi de son succès. Il espérait évidemment beaucoup de cette gymnastique qui lui paraissait un acheminement vers le retour au langage parlé.

Malheureusement, il n'en devait rien être : la parole qui se formait si aisément dans la bouche du chanteur, s'arrêtait net aussitôt qu'il tentait de se passer du secours de la musique. Le langage simplement parlé restait irréalisable. Quelques semaines après, le bon curé, aussi aphasique que le premier jour, se résignait à la retraite.

Il nous paraît légitime de conclure des observations qui précèdent :

1° Que la mémoire est une faculté complexe;

2° Qu'elle s'établit ou fonctionne au moyen de deux opérations successives, savoir : une impression première, et un retour à bref délai de l'esprit sur cette impression;

3° Qu'en vertu de ce retour, qui est indispensable, l'impression est classée et passe à l'état de *souvenir;*

4° Que s'il vient à s'interposer entre cette impression et ce retour, soit une secousse cérébrale (épilepsie, commotion) assez forte pour amener une perte de sentiment d'une certaine durée, soit un somme prolongé, soit une tension des forces intellectuelles appliquées à d'autres objets, l'impression s'efface si complétement qu'elle ne peut plus être retrouvée.

5° Que le souvenir fixé (ou classé), que nous appellerons : *Mémoire passive, peut être conservé, emmagasiné dans le cerveau, sans qu'il soit pour cela nécessairement évocable à volonté.*

6° Que la faculté d'évoquer, que nous appellerons : *Mémoire active, est absolument distincte de la mémoire passive, car cette dernière existe, à l'état physiologique, comme à l'état pathologique, même lorsque la mémoire active est momentanément ou définitivement absente.*

7° Que l'analyse du dernier fait pathologique que nous venons d'exposer démontre que les deux éléments de la faculté complète ont des localisations cérébrales différentes.

8° Enfin, que dans l'aphasie dite amnésique, c'est la mémoire active qui est plus ou moins affaiblie, sinon totalement abolie, alors que la mémoire passive subsiste dans son intégrité ou n'est que légèrement atteinte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — Le traitement minimum des professeurs titulaires dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie est fixé à 2,500 francs au moins par an.

Le traitement annuel des suppléants attachés à ces mêmes établissements est fixé à un minimum de 1,000 francs.

Art. 2. — Le titre de professeur adjoint est supprimé.

Art. 3. — L'enseignement dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doit être distribué entre onze professeurs au moins, savoir :

Un professeur d'anatomie.
Un professeur de physiologie.
Un professeur d'hygiène et de thérapeutique.
Un professeur de pharmacie et matière médicale.
Un professeur de pathologie externe et médecine opératoire.
Un professeur de pathologie interne.
Un professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.
Un professeur de clinique externe.
Un professeur de clinique interne.
Un professeur d'histoire naturelle.
Un professeur de chimie et toxicologie.

Il y a, en outre, un chef des travaux anatomiques et un chef des travaux chimiques, nommés après concours.

Ces derniers emplois peuvent être cumulés avec ceux de professeur suppléant.

Le traitement de ces fonctionnaires est fixé à mille francs au moins.

Art. 4. — Il sera inscrit au budget annuel de chaque école un crédit minimum de deux mille cinq cents francs destiné à faire face aux dépenses occasionnées par les frais du cours.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 août 1877.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Arrête :

Art. 1er. — Sont applicables au jury spécial, institué par la loi du 12 juillet 1875, les dispositions des règlements qui déterminent le nombre des examinateurs dans les divers établissements d'enseignement supérieur de l'État, ainsi que le mode de suffrage et de délivrance des certificats d'aptitude et des diplômes.

Art. 2. — Conformément à l'article 14 de la susdite loi, la présidence pour chaque commission appartiendra à un membre de l'enseignement public.

Après le président prennent rang :

Les membres de l'enseignement public et ceux de l'enseignement libre, par ordre d'antériorité de nomination dans l'un ou l'autre enseignement.

Art. 3. — Le sujet des épreuves écrites et pratiques est choisi par le président de la commission, qui prend telles mesures qu'il juge convenables pour assurer la surveillance des épreuves.

Art. 4. — La liste des sujets de thèse de licence en droit sera celle qui est arrêtée par la faculté de l'État du ressort de l'Académie.

Les sujets sont tirés au sort par les candidats.

Les thèses de licence sont, avant l'impression, signées par le doyen de la Faculté libre et par le président de la commission, sauf, en cas de refus, le recours devant le recteur de l'Académie.

Dans toutes les facultés, les thèses de doctorat doivent être, en outre, revêtues d'un permis d'imprimer donné par le recteur.

Dans tous les cas, le candidat peut se pourvoir contre la décision du recteur devant le ministre, qui statue après avis du conseil supérieur.

Fait à Paris, le 10 août 1877.

— Par arrêté, en date du 11 août 1877, le ministre de l'instruction publique a décidé qu'il sera ouvert, en 1878, des concours pour 40 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'État :

Section des sciences anatomiques et pathologiques : 1° *Anatomie et physiologie* : Paris 1. — Lille 1. — Lyon 1. — Montpellier 1. — Nancy 2.

2° *Histoire naturelle* : Paris 1. — Lille 1. — Lyon 1. — Montpellier 1.

Physique et chimie : Lyon 1. — Montpellier 1. — Nancy 2.

Section de médecine : Paris 4. — Lille 3. — Lyon 2. — Montpellier 3. — Nancy 2.

Section de chirurgie et accouchements : 1° *Chirurgie* : Paris 3. — Lille 3. — Lyon 2. — Montpellier 1. — Nancy 1.

2° *Accouchements* : Paris 1. — Nancy 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 16 février 1878, pour la section de médecine.

Le 25 avril 1878, pour la section de chirurgie et accouchements.

Le 15 juin 1878, pour la section de sciences anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.)*, des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET
(Chlorate de potasse)

CONTRE LES MALADIES DE LA GORGE, DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE, LE SCORBUT ET LA SALIVATION MERCURIELLE.

Pharmacie DETHAN, faub. St-Denis, 90, à Paris, et toutes les pr. pharm. de France et de l'étranger.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (56°), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISMES.

Salicylate de Lithine

chimiquement pur de FREYSSINGE, *pharmacien, à Paris.*

ÉLIXIR. Chaque cuillerée à soupe représente 1 gr. de sel.

PILULES. Chaque pilule représente 0,20 centigr. de sel.

Doses : De 1 à 6 grammes de salicylate selon les cas.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DIATHÈSE RHUMATISMALE.

Dragées de Choisnard

AU SALICYLATE DE SOUDE
chimiquement pur.

Ces dragées, rigoureusement dosées à 25 centig., permettent de graduer la dose du médicament selon l'indication. Elles sont entièrement solubles, ce qui fournit un contrôle immédiat de la pureté du produit, et en facilite l'administration. Se prennent par doses réparties dans la journée, *chaque dose doit être prise dans un demi-verre d'eau.*

A la phie, 20, fbg Poissonnière, et toutes les pharm.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :

1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure;

2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène;

3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

REMÈDE DU

Dr Ate Lacôte. Anti-goutteux

A L'IODURE DE LITHIUM FERRUGINEUX.

— Spécifique de la goutte, du rhumatisme et de la gravelle. — Flacon, 10 fr.; demi-flacon, 5 fr. — Dépôt central, maison Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple. — Détail toutes les pharmacies.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

N° 97. — JEUDI 23 AOUT 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 23 AOUT 1877. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit etre envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouley a lu une lettre de M. Pasteur qui, en réponse au mémoire de M. Colin sur le charbon, ne laisse plus subsister aucun doute sur le grand nombre de transplantations subies par les bactéridies dans les expériences invoquées de multiplication par cultures successives. Du moment où les bactéridies ont encore la même virulence dans le centième liquide de transplantation, par exemple, il est évident que cette virulence doit leur appartenir en propre, comme le soutient M. Pasteur.

En l'absence de M. Guérin, qui devait lire aujourd'hui la suite de son discours, on en est revenu encore à l'acide salicylique.

Du reste, séance de vacances; la feuille de présence est bien courte; la plupart des membres de l'Académie sont en villégiature, et il faut toute l'habileté de M. Bouley comme président pour masquer les vides de l'ordre du jour.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des paralysies de l'enfance.

Il y a, comme vous le savez, chez les enfants, des paralysies de différentes espèces, dont quelques-unes ne se retrouvent pas chez l'adulte. Je classe ces paralysies de la façon suivante : 1° paralysies *cérébrales ;* 2° paralysies *spinales ;* 3° paralysies *musculaires ou myogéniques* comprenant la paralysie atrophique et pseudo-hypertrophique; 4° les paralysies *essentielles.*

Dans quelle catégorie devrez-vous ranger la paralysie que vous présente l'enfant du n° 43, salle Sainte-Catherine, que je vous ai fait examiner et dont je vais vous parler? C'est ce que je vais discuter avec vous.

Cette enfant, X..., âgée de deux ans et demi, est entrée le 12 novembre 1874. Elle est malade depuis un mois. Après avoir eu de l'inappétence, sans vomissements, sans diarrhée et sans constipation, de la courbature qui lui fit garder le lit, de la fièvre pendant six à sept jours, elle reprit une apparence de santé, mais sa mère s'aperçut qu'elle avait une paralysie des quatre membres. Il n'y avait cependant pas eu de perte de connaissance ni de convulsions. C'était une paralysie en quelque sorte spontanée, venue dans le cours de la courte indisposition que je viens de raconter.

L'enfant se présente à vous aujourd'hui, comme elle était au moment de son entrée à l'hôpital. Il y a peut-être un peu d'amélioration, mais voilà tout.

Comme vous venez de le voir, son intelligence est nette et le cerveau n'a jamais été malade. Elle a toute l'intelligence qu'on peut avoir à son âge. Elle suit tout ce qui se passe autour d'elle, rit quand on la provoque et balbutie les quelques mots qu'on lui a appris. Elle voit bien et le fond de son œil ne présente aucune lésion visible à l'ophthalmoscope. Elle entend bien, mange avec plaisir et garde sur tout son corps la sensibilité tégumentaire normale. Ses mouvements réflexes sont conservés en partie et la sensibilité électrique, abolie sur quelques muscles, se retrouve sur plusieurs autres.

Seul le mouvement du tronc et des quatre membres est affecté. Chose curieuse, cette paralysie des membres n'occupe pas toute l'étendue de ces membres. Elle est complète à leur partie moyenne, mais n'existe pas aux extrémités. Ainsi, la main et les doigts, le pied et les orteils peuvent se mouvoir. Elle serre dans sa main ce qu'on lui donne à prendre et elle m'a pris le doigt avec force. D'une autre part, les muscles de la racine du membre ne sont pas paralysés. Elle soulève son épaule par les muscles de l'omoplate et de la clavicule, mais, par suite de la paralysie des deltoïdes, des muscles du bras et de l'avant-bras, elle ne peut écarter ces parties du tronc ni fléchir le coude.

Aux membres inférieurs, elle soulève un peu le genou et fléchit la cuisse en traînant le pied sur le lit, mais elle ne peut se tenir debout. Placée sur le ventre, elle peut relever le talon et se frapper la fesse, mais ce mouvement possible à gauche ne l'est pas à droite.

Mise debout et soutenue sous le bras, elle ne peut s'aider pour soutenir son corps, mais elle soulève un peu ses genoux, surtout à gauche.

Elle ne peut rester assise sur son lit sans chavirer, ce qui atteste une demi-paralysie des muscles vertébraux.

Partout il y a de l'atrophie musculaire, mais elle est surtout évidente aux deltoïdes et partout aussi la température cutanée est amoindrie.

Les fonctions digestives, circulatoires et respiratoires se font parfaitement bien.

C'est donc une paralysie du mouvement des membres et du tronc, n'existant à aucun degré sur les muscles de la tête et du cou, et cette paralysie est accompagnée d'*atrophie musculaire.*

Quelle est la nature de cette paralysie ? dans quelle variété de paralysie convient-il de la placer?

Ce n'est pas *une paralysie d'origine cérébrale*, puisque la face n'est pas paralysée et qu'il n'y a aucun trouble intellectuel ni sensoriel.

Ce n'est pas *une paralysie essentielle*, puisqu'elle est compliquée d'atrophie musculaire, lésion qui seule suffit à rendre compte de la paralysie.

Ce ne peut être qu'*une paralysie spinale* ou *une paralysie musculaire graisseuse* dite *myogénique*, pour dire qu'elle est engendrée par une altération primitive des muscles.

La paralysie spinale invoquée pour expliquer les cas de cette nature, est très en faveur depuis quelques années. Mais, pour conclure ainsi, il faut donner aux faits, une signification qu'ils n'ont pas. Sur quoi repose cette opinion? Sur cette circonstance que, dans quelques cas, des enfants affectés de paralysie semblable à celle que vous avez sous les yeux, et morts de maladie intercurrente, car on ne meurt pas de cette paralysie, il a été trouvé une lésion des cordons antérieurs de la moelle et de la substance des cornes antérieures de la substance grise.

Cela n'est une raison que pour ceux qui savent se contenter de peu de chose. En effet, pour établir que la paralysie atrophique graisseuse dépend de cette altération de la moelle, il faudrait établir : 1° que la lésion nerveuse est primitive; 2° qu'elle existe toujours, et 3° qu'elle n'existe que là. Rien de cela n'a été fait et il est impossible que cela se fasse.

J'ai fait trois autopsies. Une fois, avec Grancher, j'ai trouvé la lésion indiquée. Dans les deux autres cas, l'un avec Ordonez et Robin, l'autre avec Chéron, je n'ai rien trouvé. Dans ce dernier cas, qui est tout récent et date de quelques mois, il a été fait une centaine de coupes dans toute la longueur de la moelle.

Dans six autres autopsies faites par Barthez, Cornil et Laborde, Joffroy, Chavent, Damaschino, il en est cinq qui ont offert la lésion et une où l'on n'a rien trouvé.

Cette lésion, quelle est-elle? C'est une atrophie des éléments de la substance grise dans les cornes antérieures. Avec Grancher, nous avons trouvé dans le renflement lombaire, correspondant au membre paralysé, *un petit ramollissement* de la substance grise de la corne antérieure large de 1 à 2 millimètres sur un centimètre de long. La substance était remplie de *corps granuleux*, de nombreux *noyaux conjonctifs* arrondis et ovoïdes; de *cellules nerveuses atrophiées, de tubes nerveux atrophiés*, enfin, *de sclérose atrophique* des cordons antéro-latéraux remplis de tissu conjonctif épaissi, étouffant les tubes nerveux privés de myoline et réduits à leur cylindre d'axe.

Donc, sur neuf autopsies accompagnées d'étude histologique de la moelle, il en est six de concluantes et trois qui sont négatives. Ces trois cas sont gênants pour les systématiques qui veulent faire de la paralysie musculaire graisseuse une maladie spinale, et qui diront qu'on n'a pas bien cherché. Cela me touche peu. Je n'ai pas l'habitude d'attendre l'opinion des autres pour me faire la mienne, et j'ai assez d'expérience pour me conduire tout seul dans les dédales de la science.

Si l'atrophie des cornes antérieures de la moelle n'existe pas chez tous les sujets, elle ne saurait être considérée comme cause de la paralysie atrophique. Cela est évident. Autrement ce serait une myélite sans lésion de la moelle, comme si l'on vous disait : une pneumonie sans altération du poumon. Il suffit d'indiquer, sans s'y appesantir, des opinions de cette nature, pour voir ce qu'elles ont d'hypothétique et d'erroné.

Mais si la lésion dont je parle n'est pas cause de l'atrophie graisseuse musculaire paralytique, comme elle existe chez quelques malades, il faut en expliquer l'origine. La chose n'est pas embarrassante.

Pour moi, la lésion trouvée chez quelques malades dans les cornes antérieures, n'est qu'un effet de la paralysie. Elle résulte de l'inaction du membre et de l'irritation des nerfs du membre. C'est une irritation ascendante qui remonte jusqu'à la moelle et modifie la structure des cornes antérieures. Pareil fait se rencontre sur d'autres points du corps, dans une foule de circonstances.

Ainsi, une plaie du sourcil détermine souvent, par action ascendante, une irritation des tubercules quadrijumeaux, qui s'altèrent de façon à modifier la structure de la bandelette optique et à produire l'atrophie de la papille avec l'amaurose.

L'arrachement des dents et la seconde dentition produisent parfois une telle irritation ascendante de la cinquième paire, que les centres affectés secondairement renvoient la provocation en produisant des convulsions générales aiguës, de l'épilepsie, du strabisme ou des névralgies persistantes de la tête.

Les maladies de la vessie, de l'utérus ou de l'intestin, produisent des paraplégies spinales réflexes.

Les angines simples et couenneuses engendrent une névrite ascendante dn glosso-pharyngien qui renvoie de l'amaurose par défaut d'accommodation ou par névrite optique et, plus encore, qui provoque de graves paralysies des membres et du tronc. C'est un point que j'ai développé longuement dans mon *Traité des maladies de l'enfance.*

Toutes les affections nerveuses périphériques peuvent donc devenir centrales et produire des désordres anatomiques plus ou moins étendus. Il y a plus, l'expérience directe prouve qu'il en est ainsi. Par l'arrachement des nerfs principaux d'un membre chez les animaux, Hayem a produit l'altération des cornes antérieures de la moelle. Chose plus intéressante et plus curieuse encore : sur tous les amputés qui meurent longtemps après leur opération, par suite de la section du nerf et de l'inaction du moignon, les cordons antérieurs de la moelle s'atrophient, et il y a dans la substance grise des cornes antérieures, la même lésion que celle dont on a voulu faire la cause de la paralysie atrophique des enfants. C'est ce qui résulte des nombreuses études faites à l'Hôtel des Invalides, par M. Luys. J'ajouterai enfin, pour clore les faits de cette discussion, que pareille chose s'observe chez de vieux paralytiques.

Vous pouvez à présent conclure de cette exposition que l'atrophie cellulaire des cornes antérieures de la moelle existe dans un grand nombre de cas, autres que la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance; que, dans ces cas, elle est la conséquence d'une lésion périphérique primitive des nerfs d'un tissu ou d'un membre. De là résulte que lorsqu'elle existe chez des enfants, depuis longtemps atteints de paralysie atrophique, elle peut être tout aussi bien considérée comme un effet que comme étant la cause de la paralysie.

D'après cette discussion, l'enfant dont je parle ne doit donc pas être considéré comme ayant très-certainement une lésion des cornes antérieures de la moelle. C'est possible, mais il est probable que cela n'est pas. Je dis probable, parce qu'il n'y a qu'un mois que l'enfant est malade et que ce temps n'est pas assez long pour que la lésion ait pu se produire encore. Elle existera peut-être plus tard, mais elle n'existe pas encore. En ce moment, la maladie est toute dans les muscles. C'est une paralysie musculaire atrophique et graisseuse, de la nature de celles qu'on peut appeler des *paralysies myogéniques*, c'est-à-

dire engendrées par une altération primitive de la substance musculaire, indépendante de toute lésion du système nerveux.

Les partisans de la paralysie spinale veulent nier l'existence de ces paralysies, c'est un tort. Il y a là une faute d'observation évidente. En effet, la clinique nous oblige de reconnaître qu'il y a des paralysies spinales et des paralysies musculaires, c'est-à-dire des paralysies centrales et des paralysies périphériques.

Est-ce que, sous l'influence du froid, tout un côté de la face ne se paralyse pas; et, si cela se prolonge, n'entraîne pas une atrophie des muscles et des nerfs du côté affecté?

Est-ce que le deltoïde et le grand dentelé ne sont pas affectés de paralysie primitive, suivie d'atrophie donnant lieu à des difformités incurables ?

Le cheval lui-même est quelquefois pris de paraplégie subite qui a pour siége les muscles du train de derrière, sans que la moelle soit affectée. Alors, on est obligé d'abattre l'animal et, tandis que les muscles du train antérieur sont rouge naturel, ceux de la fesse sont jaunes comme un foie gras et infiltrés de graisse.

Vous le voyez, il y a des paralysies musculaires, primitives, atrophiques et graisseuses. Ces paralysies existent chez les animaux, chez l'adulte et chez l'enfant, mais l'enfance y est plus prédisposée que les autres âges de la vie.

C'est cette forme de paralysie que vous avez sous les yeux. Ordinairement consécutive à l'action du froid, c'est une affection rhumatismale. Elle débute avec ou sans douleur, d'une façon subite ou lente, après quelques jours de fièvre.

Ainsi, j'ai vu des enfants frappés au milieu du jour, à la fin de leur récréation, et sans douleur préalable. Le plus souvent, il y a un accès de fièvre initial qui dure de vingt-quatre heures à quelques jours, on ne sait pas ce que l'enfant peut avoir, puis on le trouve paralysé. C'est le cas de notre malade.

La paralysie occupe le tronc et les membres, jamais la tête. Elle peut être seulement hémiplégique ou paraplégique, ou enfin n'occuper qu'un seul muscle. Ainsi paraissent certaines paralysies du deltoïde et du bras, du grand dentelé, du sterno-mastoïdien, etc. Parfois la paralysie ne reste générale que pendant quelques jours, elle se dissipe en partie et ne reste définitive que sur un muscle ou sur un groupe de muscles.

Chez quelques sujets, elle n'occupe que la partie moyenne d'un membre, le bras et l'avant-bras, la cuisse et la jambe. Il en résulte que les mouvements de l'épaule, de la main ou des doigts et que les mouvements de la hanche, du pied et des orteils, sont conservés. C'est là une chose singulière et qui prouve bien que la maladie est d'origine musculaire, car si elle était d'origine spinale, on ne comprendrait pas que si le centre spinal d'où émanent les nerfs d'un membre, était ramolli ou atrophié, les nerfs étant privés de leur influx moteur, tous les muscles placés au-dessous ne fussent pas paralysés: que, dans un membre supérieur, par exemple, l'épaule, la main et les doigts gardassent leur mouvement.

Après cette paralysie, il se fait une altération rapide des muscles. C'est là ce qui constitue le caractère spécial de cette maladie dans l'enfance et, en même temps, ce qui la rend si redoutable par les difformités que cela entraîne.

Tout d'abord, les muscles perdent leur couleur rouge et pâlissent, puis ils perdent leur striation et s'infiltrent de granulations moléculaires et de graisse. C'est une lésion très-curieuse à étudier. Je l'ai fait connaître en 1852, avec Robin, et c'est de cette découverte, placée dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, que datent toutes les autres descriptions qui ont été données par quelques médecins.

Voici en quoi elle consiste :

Les fibres musculaires ont pâli, elles sont plus minces qu'à l'état normal, leurs stries ont disparu et elles sont infiltrées d'un plus ou moins grand nombre de granulations moléculaires. Au lieu d'être contiguës, elles sont séparées par une couche de *sarcolemme* ou *perimysium* graisseux, de plus en plus épaisse, qui finit à la longue par étouffer la fibre musculaire, et le tout s'infiltre de gouttelettes huileuses plus ou moins abondantes. A la longue, il n'y a presque plus de muscle dont la place est occupée par du tissu conjonctif graisseux, ce qui justifie les noms de *dégénérescence graisseuse* ou d'*atrophie musculaire granulo-graisseuse*, donnés à la maladie.

Ce travail d'atrophie est très-rapide. Il commence aussitôt l'invasion de la paralysie ainsi que le prouvent les observations faites sur le cheval. Au deuxième jour, je l'ai constaté sur le bras et sur le deltoïde d'un enfant que j'ai soigné, et c'est au bout de quelques mois seulement qu'il est complet. Alors, il est incurable. On ne peut le guérir qu'à ses débuts, lorsque le muscle n'a pas encore disparu sous la graisse.

Chez notre malade, bien que la paralysie ne date que d'un mois, l'atrophie musculaire est déjà très-considérable sur quelques points. Ainsi les deltoïdes sont déjà entièrement atrophiés, et l'on aura bien de la peine à les faire revenir. Il en est de même des jambiers antérieurs, alors que les jumeaux sont assez bien conservés.

Chez elle, comme toujours, l'intelligence est intacte et les sens ne sont pas affectés. La sensibilité tégumentaire est normale. La contractilité électrique, conservée sur certains muscles, est abolie sur d'autres, là où l'atrophie est plus prononcée. Cela s'observe souvent. J'ai même vu un cas de paralysie du deltoïde où les fibres antérieures et postérieures étaient insensibles au courant électrique, tandis que les fibres de la partie moyenne restaient contractiles.

Ainsi, chez cette enfant, point de paralysie cérébrale, spinale ou essentielle, c'est-à-dire de cause inconnue, mais bien une paralysie myogénique, c'est-à-dire une maladie primitive des muscles caractérisée par l'atrophie graisseuse et produisant la paralysie.

C'est une maladie extrêmement grave et, abandonnée à elle-même, chaque jour perdu la rend plus sérieuse encore. On n'en meurt pas et toutes les autopsies que j'ai faites n'ont pu l'être que par suite d'une maladie aiguë, intercurrente, mortelle. Mais, si la mort n'est pas à craindre, c'est l'atrophie musculaire graisseuse et les difformités qui en résultent qu'il faut redouter. En effet, comme je vous l'ai déjà dit, l'atrophie est la conséquence de la maladie des muscles, elle se fait très-rapidement dès les premiers jours et il faut se hâter de la combattre.

Il n'y a qu'un moyen de lutter contre ces paralysies consécutives à l'atrophie musculaire aiguë, c'est l'*électrisation par courants continus* et j'ajoute, l'électrisation dès le premier jour de la maladie.

Mais, ici, une grave objection se présente. D'une manière générale, l'emploi de l'électricité est proscrit dans les paralysies, à cause de l'irritation qu'elle doit produire dans les centres nerveux malades et à cause de la paralysie. Cela peut être vrai dans les paralysies cérébrales et spinales. C'est faux dans la paralysie musculaire de l'enfance, dans la paralysie du deltoïde, dans l'hémiplégie faciale *a frigore*, etc. Là, au contraire, il convient d'électriser, dès le premier jour.

Ce que je dis là n'est pas une vue de l'esprit, mais bien le

résultat de mon expérience personnelle. En effet, j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, des observations qui prouvent la réalité du fait. Parmi elles, il y en a une qui montre la guérison complète. C'est celle de mon fils. L'enfant, après avoir joué au froid, légèrement vêtu, se coucha bien portant et se réveilla le lendemain avec une paralysie complète du deltoïde du bras et de l'avant-bras, mais non de la main. J'étais épouvanté des conséquences de la maladie et prenant aussitôt mon parti de rompre avec la routine thérapeutique, je décidai d'avoir recours à l'électrisation par courants continus. Dès le troisième jour, le docteur Chéron, qui a fait sa spécialité de l'électrisation, s'est chargé du traitement. Tout d'abord, il n'y avait point de contractilité électrique, si ce n'est sur quelques fibres deltoïdiennes, puis la contractilité a reparu par degrés, et, au bout de deux mois, elle était entière. L'enfant était guéri, conservant un peu d'atrophie, encore un peu visible aujourd'hui, mais les forces du bras sont les mêmes des deux côtés. Je n'ai pas fait autre chose que cette électrisation jointe à des douches de vapeur, du massage et des frictions.

Tout ce que j'ai obtenu de guérisons dans la paralysie musculaire de l'enfance, c'est à l'aide des courants continus, ce qui n'aurait pas eu lieu si la maladie avait été cérébrale et spinale. Je répète encore les *courants continus ;* car les courants intermittents, n'ayant aucune influence sur la nutrition, sont tout à fait inutiles.

Avec cette médication toute locale, il faut prescrire le massage des parties paralysées tous les jours, des douches de vapeur aromatique, des frictions avec le baume de Fioraventi, l'eau de mélisse et tous les liquides stimulants capables de produire la rubéfaction de la peau.

Tel est le traitement de la paralysie myogénique à ses débuts, mais plus tard, si l'atrophie est complète, le mal est incurable.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Suppuration de la joue due à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Je vais opérer tout à l'heure, devant vous, un malade âgé de trente-cinq ans qui est entré dans nos salles, il y a environ douze jours, adressé par un confrère et recommandé par le directeur général de l'administration, comme ayant été blessé au fort d'Issy, en qualité de volontaire pendant le premier siége de Paris. Il déclare, en effet, qu'un obus ayant éclaté près de lui, il a été frappé à la joue gauche par un objet dont il ignore la nature : un fragment du projectile, peut-être un éclat de pierre ou de bois. Quoi qu'il en soit, il a subi une contusion violente, laquelle a été suivie d'un abcès qui, après avoir été ouvert par le bistouri, s'est incomplétement cicatrisé et changé en fistules. Enfin il a, dit-il, présenté, à plusieurs reprises, un gonflement considérable de la joue, au niveau duquel plusieurs incisions, dont on voit d'ailleurs les cicatrices, ont été faites dans le but d'extraire un corps étranger, quoique cependant il eût affirmé, d'une manière bien positive, n'avoir jamais eu de plaie.

Quand on l'examine, voici ce que l'on remarque : ce qui frappe au premier abord, c'est une tuméfaction très-marquée de la joue, au niveau de l'angle de la mâchoire, Si l'on vient à y porter les doigts, on sent que cette grosseur est causée par quelque chose de profondément situé qui paraît n'être autre que l'os lui-même augmenté de volume. Il semble en même temps que celui-ci est recouvert de fongosités d'où s'écoulait ce pus bien lié, phlegmoneux, que l'on voit sourdre en abondance de deux ouvertures, l'une supérieure, l'autre inférieure, situées au niveau de la cicatrice que je viens de vous signaler.

Si, après avoir acquis ces notions, on introduit un stylet dans un de ces orifices, celui du bas, par exemple, on voit que l'instrument remonte presque dans le trajet fistuleux supérieur et que, par conséquent, le pus qui s'écoule par ces deux ouvertures vient d'une origine commune. Puis, si on fait pénétrer un autre stylet par la fistule supérieure, on est bientôt arrêté par quelque chose de dur, de résistant, qui paraît être un corps étranger, un éclat de bois, une balle, mais qui n'est certainement pas l'os.

Que si, poursuivant l'examen, on fait ouvrir la bouche au malade, on voit qu'il n'existe pas de resserrement des mâchoires, mais que cependant celles-ci ne s'écartent pas aussi largement qu'à l'état normal, il y a entre elles une sorte de bridement qui fait qu'il ne peut y avoir plus de deux centimètres de distance entre les incisives de chaque rangée.

Ce seul signe suffisant pour entraîner un examen complet de la bouche, on est frappé tout d'abord de l'absence complète de fistule à la partie interne de la joue, et ce fait semble confirmer le diagnostic du chirurgien qui a examiné le malade avant nous : à savoir que la tumeur est due à la présence d'un corps étranger. Il n'en est rien, cependant, car si l'on compte les dents de ce côté de la bouche et en bas, on n'en trouve que sept : les deux incisives, la canine et quatre molaires. Quant à la huitième, la dent de sagesse, qui existe du côté opposé, elle manque complétement.

Cependant, le malade affirmant d'une façon catégorique qu'on ne la lui a pas arrachée, si l'on introduit un stylet dans la bouche, au-dessous de ce repli qui forme la muqueuse buccale en arrière des molaires et en le soulevant avec l'instrument, on voit d'abord sortir un peu de pus ; puis, examinant avec attention, on aperçoit quelque chose de blanc, de résistant qui n'est autre que la dent de sagesse, laquelle jouerait alors le rôle du prétendu corps étranger. Ce soupçon se change en certitude quand, introduisant l'indicateur dans le fond de la cavité buccale et faisant pénétrer le stylet par une des fistules extérieures, on sent la pointe de l'instrument venir heurter contre le doigt.

Il y a un an, à pareille époque, je faisais dans cet amphithéâtre une leçon sur l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, et je vous faisais remarquer combien il est commun de rencontrer des individus qui présentent une suppuration de la joue que rien ne justifie, et qui n'est en réalité que le résultat de ce développement anormal de la dernière grosse molaire. Le lendemain même du jour où je vous présentais ces observations, une nouvelle preuve de ce fait m'était offerte. Un étudiant, qui avait assisté à ma leçon, m'amena son père qui souffrait, depuis trente ans, d'une fistule intarissable de la joue dont rien n'avait pu triompher et que l'on ne savait à quoi attribuer. A peine avais-je introduit un stylet par l'ouverture, qu'il était arrêté par un corps résistant qui n'était autre que la dent de sagesse. Celle-ci fut enlevée, séance tenante ; et depuis la fistule s'est complétement fermée.

Comment ces faits, d'ailleurs intéressants, peuvent-ils passer inaperçus et donner lieu à tant d'erreurs fâcheuses de diagnostic? Je ne puis me l'expliquer que par l'ignorance complète de la plupart des chirurgiens, au sujet de ce point de pathologie.

Ici, si l'on avait bien cherché, on aurait vu d'abord qu'il n'y avait pas eu, à la joue, de plaie qui permît de croire à la pé-

nétration d'un corps étranger. Ce malade a évidemment reçu un traumatisme violent au moment où l'obus a éclaté près de lui, mais la blessure n'a consisté qu'en une simple contusion. Il est probable, d'ailleurs, que celle-ci a suffi pour faire naître, du côté de la joue, des accidents qui, une fois commencés, ne pouvaient s'arrêter en raison même de la situation de la dent de sagesse et de sa tendance à croître dans une direction vicieuse.

On aurait vu, en outre, si l'on avait examiné la cavité buccale, que ce petit organe n'était pas à sa place. On aurait vu que, du côté malade, la ligne des dents était parfaitement rectiligne jusqu'à la dernière molaire ; puis, en soulevant ce repli de la muqueuse, dont je vous ai déjà parlé et regardant attentivement, on aurait remarqué quelque chose de blanc, manifestement situé en dehors de la ligne des molaires dans la joue.

On aurait vu, enfin, que ce point blanc n'était autre chose que la dent de sagesse implantée transversalement, de telle sorte que la racine étant dans le maxillaire, la couronne regardiat la joue et venait faire à l'extérieur la saillie attribuée à la présence d'un corps étranger. On aurait vu enfin que, loin d'être mobile, la dent était au contraire fortement fixée, et peut-être même enclavée au milieu d'un kyste osseux.

Mais il ne faut pas croire que la dent de sagesse, alors qu'elle est implantée d'une manière vicieuse, se développe toujours dans le sens qu'elle occupe chez ce malade. Elle peut prendre, en effet, toutes sortes de directions. Tantôt, elle a sa racine tournée en avant et la couronne en arrière; tantôt, celle-ci est dirigée en dedans et la racine en dehors; d'autres fois, cette partie de la dent regarde en haut et l'extrémité opposée en bas; en un mot, cet organe peut subir toutes les déviations possibles; et même, dans les cas où son évolution s'est faite d'une manière normale, il est rare que la dent de sagesse soit toujours parfaitement en ligne avec celles qui l'avoisinent.

Ceci bien démontré, reste la question du traitement. Il est d'ailleurs très-simple. Il consiste à extraire la dent, après l'avoir préalablement ébranlée au moyen de pesées. Ces manœuvres se font à l'aide des instruments que vous connaissez sous le nom de pied-de-biche et de langue-de-carpe : on introduit l'extrémité de l'un de ces petits leviers au-dessous de la dent, assez profondément, et il suffit d'exercer de bas en haut un certain degré de pression à l'extrémité restée libre pour dégager la dent que l'on n'a plus qu'à saisir avec le davier américain. Dans le cas où la dent est enclavée dans une sorte de kyste osseux, après avoir brisé ce dernier, on fait tourner la dent sur elle-même et on la fait sortir en dehors.

RÉTENTION D'URINE. — PONCTION HYPOGASTRIQUE. — MORT

Par le docteur Lombard

Le 2 septembre 1875, je fus appelé en consultation auprès du nommé F..., atteint, depuis plusieurs jours, d'une rétention d'urine. Il était âgé d'environ soixante-cinq ans et d'une santé peu robuste.

Depuis la veille, il n'avait pu émettre une seule goutte d'urine; la vessie était fortement distendue et faisait une saillie manifeste au-dessus des pubis.

Plusieurs tentatives de cathétérisme avaient été faites sans résultat. J'essaie, à mon tour, d'introduire une sonde en argent, seul instrument que j'eusse à ma disposition; mais elle s'engage dans une fausse route, sans que je puisse pénétrer dans la vessie. Je quitte le malade, lui prescrivant des bains prolongés, des cataplasmes et des frictions belladonées. Le lendemain, même impossibilité de faire parvenir dans la vessie une sonde ou une bougie d'un calibre quelconque. Je pratique, séance tenante, la ponction sous-pubienne avec un trocart à paracentèse, et j'extrais de la vessie une grande quantité d'urine trouble et de mauvaise odeur. Le malade se trouve immédiatement soulagé. Je laisse la canule solidement assujettie, et le 5, je l'enlève, après l'avoir remplacée par une sonde en caoutchouc vulcanisé, que je fixe à un bandage. L'état du malade est aussi satisfaisant que possible et reste tel pendant les jours suivants.

Le 8, on vient me dire que F... est plus fatigué. La sonde avait été retirée, je ne sais pourquoi, depuis la veille au soir, et les tentatives faites pour la replacer avaient été infructueuses, me dit-on. L'ouverture de la ponction donnait issue à une petite quantité d'urine, et tout autour, la peau était érysipélateuse. Le malade avait la langue saburrale, et le matin, il avait eu un frisson violent. J'essaie de nouveau de pratiquer le cathétérisme, mais je n'eus pas plus de succès que les jours précédents. Je parvins cependant à faire parvenir une bougie filiforme; la vessie était très-rétractée. Le malade succomba le lendemain ou le surlendemain.

On ne peut accuser la ponction de la mort de cet homme ; il me paraît, au contraire, certain qu'il eût guéri, si la sonde hypogastrique n'eût été retirée trop tôt. J'aurais pu, assurément, substituer à la bougie capillaire des sondes de plus en plus volumineuses et rétablir la miction par sa voie naturelle.

Cette observation est donc, je crois, de nature à encourager les praticiens à faire, dans les cas urgents et là où le cathétérisme est devenu impossible par un motif quelconque, une opération, facile d'ailleurs, et pouvant seule prolonger ou conserver la vie à un malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° Un extrait du décret qui autorise l'Académie de médecine à accepter le legs que lui a fait le docteur Herpin.

2° Une lettre de M. Burguet, maire d'Allemans, relative à un projet d'instrument destiné à préserver le chirurgien de tout danger dans l'opération de la trachéotomie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Avène pour la saison de 1875. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Brame (de Tours), accompagnant l'envoi de travaux divers pour le concours des prix de chirurgie;

2° Une lettre de M. le docteur Alfred Fournier, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

3° Une note de M. Audouard, professeur à l'École de médecine de Nantes, sur la *bile bleue*.

4° Un mémoire de MM. Paquelin et Jolly, intitulé : *Des pyrophosphates en thérapeutique et de leur mode d'action.* (Comm. : MM. Poggiale et Gubler.)

5° Une lettre de remercîments de M. Tessier (de Lyon), récemment élu membre correspondant national.

PRÉSENTATIONS

M. Depaul présente à l'Académie un travail de M. Taure, pharmacien à Troyes, sur le nouvel alcaloïde cristallisé qu'il a extrait de l'ergot de seigle, et qu'il a nommé Ergotinine. L'orateur fait l'historique de cette découverte, décrit les caractères physiques et chimiques de cet alcaloïde, qui existerait dans l'ergot de seigle dans la proportion d'un centième environ, et auquel l'ergot devrait ses propriétés hémostatiques. M. le docteur Molé (de Troyes) a, le premier, employé cette substance dans l'hémorrhagie utérine à des doses qui n'ont jamais dépassé 4 milligrammes dans les vingt-quatre

heures. Il a constaté que son action était exactement celle de l'ergot lui même.

COMMUNICATION

M. LE PRÉSIDENT communique à l'Académie une lettre de M. Pasteur, relative au mémoire lu par M. Colin sur la maladie charbonneuse et son mode de transmission.

M. Pasteur accuse M. Colin d'avoir travesti l'importante expérience des cultures successives de la bactéridie dans l'urine. « Mêler, dit-il, une goutte de sang charbonneux à de l'eau ou du sang pur, à du sérum ou à de l'humeur de l'œil, comme l'ont fait Davaine, Kock et M. Colin lui-même, puis inoculer une partie du mélange et provoquer la mort, c'est laisser le doute dans l'esprit sur la cause de la virulence, principalement depuis les célèbres expériences de Davaine sur la septicémie. Toute autre est notre expérience. La bactéridie est cultivée une première fois en prenant pour semence une trace microscopique de sang charbonneux, puis on passe à une seconde culture, à une troisième,... à une dixième,... à une centième, etc., en prenant toujours pour semence d'une culture une gouttelette de la culture précédente. Si vous supposez que la goutte de semence pour chaque culture est délayée dans cent fois son volume, ce qui est encore infiniment au-dessous de la vérité, la goutte de sang charbonneux de l'origine se trouvera, à la fin, diluée dans un nombre de gouttes d'urine représenté par le nombre 100 élevé à la centième puissance, c'est-à-dire par l'unité suivie de 200 zéros. Ce serait une absurdité d'admettre que la dernière virulence emprunte son pouvoir, non à la bactéridie qui s'est multipliée dans chaque culture, mais à un agent virulent, existant dans la goutte de sang originaire. »

M. Pasteur en vient ensuite à l'hypothèse que M. Colin a émise comme objection, relativement à l'expérience du sang charbonneux filtré sur le plâtre, au moyen du vide. M. Colin dit, qu'en pareil cas, une substance soluble virulente pourrait être retenue ou altérée par ce genre de filtrage. Mais rien ne le prouve, et d'ailleurs, dans les caves de l'Observatoire on a obtenu des résultats tout à fait semblables en procédant par décantation.

Quant à l'assertion de M. Colin, relative à la virulence de sang qui ne renferme point encore de bactéridies, c'est le résultat d'une erreur d'observation. Tant que les bactéridies sont en très-petit nombre dans le sang charbonneux, il est très-difficile de les découvrir au moyen du microscope ; mais alors déjà il est possible de manifester leur présence en déposant une goutte du sang suspect dans un liquide approprié pour la culture des bactéridies. En effet, on les voit ainsi se multiplier rapidement et envahir tout le liquide. Or, en cas pareil, si on se fiait uniquement à un examen microscopique superficiel, on pourrait croire à la virulence d'un liquide dépourvu de toute bactéridie. C'est ce qui est arrivé à M. Colin.

M. Pasteur insiste, en terminant, sur un point de sa démonstration qu'il considère comme essentiel.

« Oui, dit-il, Zundel assure que la bactéridie prive le sang de son oxygène, mais la conséquence qu'il en déduit n'est qu'une supposition. Que la bactéridie absorbe l'oxygène, c'est une chose évidente, parce que tout organisme absorbe l'oxigène libre, qu'il soit aérobie ou anaérobie, mais ce que nous avons prouvé, et ce que l'on n'avait pas fait auparavant ; c'est que *la bactéridie absorbe jusqu'aux dernières portions de l'oxygène*. Voilà la preuve, sans laquelle on ne peut conclure rigoureusement à la nécessité de l'asphyxie. »

LECTURE

M. le docteur J. Bernard lit un mémoire sur l'*organomètre iodique*.

DISCUSSION SUR L'ACIDE SALICYLIQUE

M. SÉE reçoit la parole pour parler de l'acide salicylique. Dans deux rapports verbaux, il rend compte d'un travail de M. Grollet, sur l'emploi de l'acide salicylique en injections contre la leucorrhée, et d'un mémoire relatif à l'association de divers salicylates avec les eaux de Contrexeville. Puis il s'attache à établir, contrairement à M. Laborde, que l'acide salicylique ne peut produire l'anesthésie chez les chiens, à aucune dose. Aux observations de M. Oulmont et Guéneau de Mussy, sur l'action de l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, il oppose les statistiques considérables qui ont été publiées, il y a quelques mois, par Stricker, au nom du corps des médecins militaires prussiens. Il s'appuie également sur ces mêmes statistiques, qui portent sur près de 200 faits en ce qui touche le rhumatisme articulaire, soit aigu, soit même chronique, pour démontrer la rapidité de la guérison, que Stricker a vu survenir le plus souvent dans les trois jours, et la rareté des complications cardiaques ou autres, qui se rencontreraient seulement trois fois sur cent cas, d'après les chiffres recueillis par Stricker. Il explique par l'hypothèse de lésions rénales se rattachant à l'alcoolisme et empêchant l'élimination du remède, un des cas de mort observés par M. Empis. Stricker n'avait pas signalé de cas de mort. Il ne s'écarte de Stricker que relativement à la théorie émise par le médecin prussien. Ce dernier regardait l'acide salicylique comme un spécifique du rhumatisme aigu et comme un antipyrétique ; tandis qu'il agirait surtout comme analgésiant. Quoi qu'il en soit, le nombre des cas qui prouve son efficacité dans le rhumatisme, s'accroît tous les jours.

A cinq heures moins dix la séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

147. Pouey. Essai sur le diagnostic différentiel entre la névrite et la névralgie.
148. Maurat. Fractures du fémur chez les enfants ; leur traitement.
149. Ravaud. Étude clinique sur le mystagmus.
150. Henriet. Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie.
151. Villemin. Recherches sur quelques points de l'histoire de la péritonite traumatique à la suite de contusions abdominales.
152. Bony. Essai sur les conditions pathogéniques et la sémiologie des intermittences du cœur.
153. Robert. Étude sur les complications consécutives au traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.
154. Valtat. De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations. Étude clinique et expérimentale.
155. Cocat. Sur les causes et la nature de la coqueluche.
156. D'Arras. Essai sur les accidents causés par les poissons.
157. Larroque. Étude sur le ptérygion.
158. Warnecke. De l'adénite aiguë primitive.
159. Oriou. Des lésions des artères dans le purpura hœmorrhagica rhumatismal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 10 août 1877, l'article 49 du statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des facultés, est modifié comme il suit :

« Art. 49. — Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit.

« Les sujets de thèse sont distribués aux candidats à l'agrégation des facultés de médecine, immédiatement après les épreuves éliminatoires.

« Le dépôt de la thèse aura lieu après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précèdent la thèse. Le nombre des exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. »

— Par arrêté en date du 10 août 1877 :

1° Les départements du Cher et de Loir-et-Cher sont compris dans la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

2° Le département de la Sarthe est compris dans la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

— *Hôpitaux de Paris.* — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1878, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 8 octobre, à quatre heures précises dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 26 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Ritter, professeur de chimie médicale et toxicologie, est nommé, en outre, directeur du laboratoire des cliniques.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Jouteau (Georges-Arthur), pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

— Par arrêté en date du 17 août 1877, un concours sera ouvert, le 1er mars 1878, à l'École de médecine de Rouen, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Nous rappelons que le Congrès périodique international des sciences médicales, s'ouvrira cette année à Genève, le 9 septembre. Il durera une semaine.

MM. les docteurs qui en feront la demande à M. le docteur Prevost, secrétaire général, à Genève, recevront immédiatement un exemplaire du programme.

— Le corps médical bordelais vient de perdre un de ses doyens, M. le docteur Dubreuilh père, décédé à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

— On annonce la mort de M. le docteur Henri Conneau, ancien médecin en chef de l'empereur Napoléon III, membre associé libre de l'Académie de médecine. M. le docteur Conneau est décédé en Corse, à la suite d'une longue maladie; il était âgé de soixante-quatorze ans.

— Nous sommes priés d'annoncer que les obsèques de M. le docteur Cabanellas, chevalier de la Légion d'honneur, membre du conseil général de l'Association des médecins de France, auront lieu jeudi 23 août, à Maisons-Lafitte, à dix heures. — Réunion à l'église. Départ de la gare Saint-Lazare à neuf heures vingt-cinq minutes.

Le corps sera transporté à Chartrettes (Seine-et-Marne).

— *Prix.* — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance met au concours la question suivante :

« Des avantages de la chirurgie à domicile étendue aux Sociétés de secours mutuels; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service. »

Les récompenses consisteront en une ou plusieurs médailles d'or et d'argent.

Les mémoires devront être envoyés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. le docteur Passant, secrétaire-général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

— M. le docteur Lépine fera des *conférences de clinique médicale*, à l'Hôtel-Dieu, les vendredis à neuf heures et demie, *à partir du vendredi 24 août*.

— *Erratum.* — Dans l'article de M. le docteur C. Beltz, de Reims, (Rétention du placenta dans un cas d'avortement), publié dans notre n° du 11 août, page 741, 1re col. 26e ligne, au lieu de : « dans les rétentions placentaires de l'*accouchement* », lire : l'*avortement*; et, à la 30e ligne, au lieu de: « *c'est* que l'hémorrhagie », lire : *et* que l'hémorrhagie.

De la dilatation forcée du sphincter de l'anus, considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes, par le docteur Frédéric MONOD, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. — In-8° de 104 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1877, Frédéric Henry.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'association synergique des deux yeux, persistant malgré la paralysie de la sixième paire d'un côté, résulte-t-elle d'une anastomose entre les noyaux d'origine de la sixième et de la troisième paire? — Fait contradictoire. — Nouvelle hypothèse.

Un fait que je viens d'observer à la Charité, dans le service de M. Bernutz, suppléé actuellement par M. Gérin-Roze, m'oblige à revenir encore sur cette question. Je l'ai abordée, il y a un mois, à propos d'un malade que M. Féréol m'avait fait voir, et dans deux articles consécutifs, j'ai été heureux de me faire l'écho de ce clinicien distingué.

Sa théorie, qui est également celle de M. Foville, appuyée maintenant sur quatre observations et sur deux autopsies, dont une appartenant à M. Hallopeau, m'avait paru d'abord la seule qui pût rendre compte de tous ces faits.

Du moment où les mouvements qui dépendaient du muscle droit interne d'un des deux yeux pouvaient se trouver limités ou troublés par une paralysie ou par des spasmes affectant le muscle droit externe de l'autre œil et dépendant d'une lésion des centres nerveux, il était, bien certainement, très-naturel et très-logique de supposer que ces deux muscles devaient leur union fonctionnelle à une innervation commune. Les origines de la sixième paire étant seules lésées chez le malade dont M. Féréol avait fait l'autopsie, cette communauté d'innervation ne pouvait être cherchée ailleurs; et comme le muscle droit interne ne reçoit de branche nerveuse que du moteur oculaire commun, il fallait admettre que celui-ci empruntait, par anastomose, quelques fibres originelles du moteur oculaire externe.

Voilà bien, dans toute sa rigueur apparente, le raisonnement qui m'avait séduit.

Pourtant je dois le dire, lorsque revoyant, après quelques jours, le malade de M. Féréol, je constatai une grande différence dans la netteté des phénomènes, je commençai à concevoir quelques doutes sur la valeur de la théorie.

Une chose me frappa surtout, c'est que l'œil qui avait suivi, par association fonctionnelle persistante, le sort de l'autre, était précisément le plus faible des deux; celui qui, distinguant relativement mal, agissait fort peu d'ordinaire.

Celui-là, dans les premiers jours, semblait renoncer, pour ainsi dire, à dépasser son congénère; il s'agitait en même temps que lui, l'accompagnant le plus possible dans tous ses changements de position, même spasmodiques. Mais, plus tard, il sembla acquérir peu à peu un plus grand degré d'indépendance, pour les circonstances dans lesquelles son congénère, paralysé, était incapable d'agir.

Le nœud de la question n'était-il point là? Ne fallait-il pas remplacer l'explication anatomique et histologique des faits par une autre interprétation exclusivement physiologique? Voir tout simplement dans l'œil le plus faible, quand la différence d'acuité visuelle était très-notable, un compagnon fidèle du plus fort, ayant peine à s'en isoler, et conservant par habitude ce que l'on pourrait appeler une *chaîne de vasselage?*

Je me promis de m'en assurer à la première occasion; et cette occasion se présente, à ce qu'il me semble.

Le malade de la Charité se rapproche beaucoup, par les symptômes qu'il éprouve, des malades de MM. Liouville et Hallopeau.

Comme eux, il est atteint d'une paralysie d'un moteur oculaire externe, alternant avec une hémiplégie qui porte à la fois sur la face et sur les membres du côté opposé.

Voici le résumé de son histoire :

Agé de vingt-neuf ans, employé dans un chemin de fer, cet homme, couché salle Saint-Ferdinand, n° 22, n'avait jamais fait de maladie grave avant l'année 1870. A cette époque, un peu avant la guerre, il contracta un chancre induré et un écoulement uréthral. Dans cet état, il partit comme soldat, et au régiment, il négligea de se soigner. Il fut blessé dans le mois d'octobre, et ses blessures, bien que légères, mirent longtemps à se cicatriser. Puis apparurent des plaques muqueuses, dans la gorge, dans les narines, sur la peau des bras et des jambes. On commença alors un traitement mercuriel; mais l'amélioration fut lente à se produire. Les cornets du nez se détachèrent par nécrose, des deux côtés. Enfin cet homme se croyait guéri, lorsqu'il rentra dans la vie civile. Depuis 1871, jusqu'au commencement de ce mois, il n'éprouva rien d'anormal. Il y a quinze jours environ, il ressentit un peu de faiblesse dans la jambe droite. En même temps, il s'aperçut que le côté droit de la face était moins mobile; la parole était un peu gênée; l'œil gauche ne pouvait plus se porter en

dehors; et quand il s'agissait de regarder à gauche, il se produisait de la diplopie. Tous ces phénomènes s'accentuèrent graduellement. Le troisième jour, le malade se voyait obligé de quitter son travail, ne pouvant plus marcher. La faiblesse de la jambe droite s'était peu à peu transformée en une véritable paralysie. Bientôt ce fut le tour du bras droit : une semaine environ après l'apparition des premiers symptômes, le malade voulant s'en servir, s'aperçut qu'il ne pouvait plus le soulever. La main était paralysée, sauf qu'il persistait quelques mouvements de l'index et du médius. A ce moment, apparurent des maux de tête continuels, qui s'accentuèrent dès lors de plus en plus : la douleur occupait le côté droit du crâne, surtout en arrière et jusqu'en haut. Des nausées fréquentes et quelques vertiges, surtout le matin, vinrent compléter le tableau. Le malade entra à la Charité, le 21 août.

Quand on l'examine, on reconnaît que si la parole est un peu gênée, cela tient uniquement à la paralysie de la moitié droite de la face, ce côté des lèvres ne prenant presque aucune part à l'articulation des mots. La langue elle-même est tout à fait indemne. Elle se porte à droite et à gauche avec la même facilité. La sensibilité est intacte, tant à la face qu'au membre supérieur, mais elle est un peu diminuée dans la jambe droite. L'hémiplégie droite, très-marquée surtout à la face, coïncide, ainsi que nous l'avons dit, avec une paralysie du muscle moteur oculaire externe du côté gauche. Cette paralysie est absolue. L'axe de l'œil gauche ne peut dépasser le plan médian dans les mouvements d'abduction.

Ainsi, la localisation de la lésion paraît bien identique à celle qui a été constatée à l'autopsie chez le malade de M. Hallopeau, à celle qui existait sans doute également chez le malade de M. Foville; elle doit siéger vers l'étage inférieur de la protubérance, près de l'union de la protubérance avec le bulbe, et elle doit porter spécialement sur tout l'ensemble du noyau de substance grise, dans lequel le nerf moteur oculaire externe du côté gauche et le nerf facial du côté droit prennent l'un et l'autre naissance.

Ce n'est point un des cas dans lesquels il est nécessaire de distinguer les unes des autres, comme chez les malades de M. Féréol, les origines superposées de ces deux nerfs. Mais au point de vue des mouvements des yeux, la question reste absolument la même que si, le facial étant intact, le moteur oculaire externe était seul affecté dans son noyau central.

Or, contrairement à ce qui s'observait chez les malades de M. Féréol et chez ceux de MM. Liouville et Hallopeau, les mouvements des deux globes oculaires se sont dissociés dès le début. L'œil du côté droit se meut absolument comme à l'état normal. Il se porte à gauche, aussi bien qu'à droite, sans difficulté. L'œil gauche, au contraire, par suite de la paralysie complète de son droit externe, a ses mouvements très-limités. Non-seulement il ne peut dépasser le plan médian dans les plus grands efforts d'abduction, mais, par suite de la contracture de son droit interne, qui, privé de son antagoniste, s'est raccourci, il est entraîné dans un strabisme convergent, très-accentué déjà alors que le malade cherche à regarder droit devant lui. Il en résulte une diplopie habituelle, qui serait fatigante pour cet homme, s'il ne couvrait pas son œil gauche. Bien entendu, les deux images vont en s'écartant d'autant plus que le regard se porte plus à gauche.

Or, les deux yeux sont bien loin d'être de même force chez ce malade; et, point essentiel à noter, celui qui voit de beaucoup le plus distinctement, est celui dont les muscles ne sont pas affectés. Cet œil, le droit, possède une acuité visuelle exceptionnelle et une remarquable puissance d'accommodation. Distinguant encore de très-près avec une grande netteté, il peut reconnaître l'heure exacte sur un cadran d'église, à une distance de plus de cinq kilomètres, au dire de cet homme. L'œil gauche, au contraire, n'aperçoit les objets soit rapprochés, soit éloignés, que comme à travers un léger brouillard.

Ceci cadre admirablement avec l'hypothèse que j'ai dernièrement émise, et beaucoup moins bien avec celle de MM. Féréol et Foville, que j'avais d'abord adoptée.

En effet, chez le dernier malade de M. Féréol, le seul qui ait été interrogé sur la puissance relative de ses yeux parmi les quatre chez lesquels les mouvements des yeux restaient associés malgré une paralysie de la sixième paire, l'œil dont le droit externe était paralysé était le plus fort de beaucoup. Chez celui de la Charité, au contraire, les conditions étant renversées à ce point de vue, les mouvements des globes oculaires se sont dissociés, dès le début de la paralysie d'un muscle droit externe.

Ainsi l'anastomose qui pourrait se porter de la sixième à la troisième paire, en admettant même qu'elle fournît quelque filet nerveux au muscle droit interne, ne jouerait en tout cas qu'un rôle bien secondaire dans les phénomènes observés.

Tout dépendrait principalement du fonctionnement habituel des deux yeux et de leur puissance relative.

Quand l'un des deux, serait très-prépondérant par rapport à l'autre, ce dernier pourrait conserver encore sa dépendance accoutumée dans la vision binoculaire, alors que le premier aurait un de ses muscles moteurs paralysé, ou pris de spasmes.

Bien qu'étant ouvert lui-même, il pourrait se borner à accompagner l'autre dans ses mouvements, comme un œil fermé suit dans ses mouvements son congénère qui est seul ouvert et qui regarde.

Si, au contraire, le plus faible des deux était atteint dans sa motricité, le plus fort, gardant par rapport à lui une indépendance absolue, s'en isolerait sans difficulté dans la vision, même binoculaire.

Si cette théorie est exacte, l'observation clinique le prouvera bientôt.

En tout cas, elle a l'avantage, pour le moment, d'embrasser tous les faits connus, et d'écarter la contradiction qui semblerait autrement exister entre le dernier et les autres.

Ce dernier, il est vrai, n'est pas complété par une autopsie. Mais, d'après l'ensemble des symptômes, on peut affirmer, dès à présent, que la lésion, de nature syphilitique, probablement une tumeur, se trouve située vers l'étage inférieur de la protubérance, vers l'union de la protubérance avec le bulbe. La paralysie du moteur oculaire externe, accompagnant celle du facial, prouve, comme l'a fait remarquer avec raison M. Hallopeau dans sa savante thèse de concours (1), qu'il ne peut point s'agir ici d'une lésion exclusivement bulbaire, puisque les cellules d'origine de la sixième paire sont, en entier, situées dans la protubérance, ainsi que la plus grande partie de celles du facial.

Mais ce n'est encore là qu'un seul fait; et il en faut un très-grand nombre pour établir définitivement une théorie, la comparaison révélant souvent des interprétations qu'on ne soupçonnait pas.

Pneumonie chronique et phhtisie. Végétations primordiales de la laryngite tuberculeuse.

C'est une grave question que celle de savoir si, en dehors de la phthisie proprement dite, on peut reconnaître une maladie produisant de même des cavernes, offrant à peu près les

(1) *Des paralysies bulbaires*, Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

mêmes signes sthétoscopiques, mais infiniment plus curable. On a cru un instant cette question résolue, par la distinction établie entre la pneumonie caséeuse d'une part, et la tuberculose de l'autre. Mais voici que M. Granger a démontré que la granulation tuberculeuse, dont on voulait faire le seul tubercule, se retrouvait également, comme élément histologique, dans la pneumonie caséeuse.

De là à conclure que, dans tous les cas, et malgré ses formes diverses, la maladie est bien au fond la même, il n'y a qu'un pas : et ce pas, beaucoup de praticiens l'ont franchi.

Cependant, beaucoup d'autres pensent que, comme M. Mandl le disait dans les *Archives de médecine* bien avant qu'il ne fût question de granulie, « l'identité des éléments microscopiques de la substance tuberculeuse avec d'autres produits pathologiques, pourrait devenir la source d'erreurs fort graves, si, dans l'examen des malades, on se laissait guider uniquement par l'examen histologique, et si, à cause de l'identité des éléments, on voulait établir l'identité des maladies. Non, ajoutait le même auteur, la présence, dans une production pathologique, d'éléments identiques à ceux que présente le tubercule, ne permet pas de parler de l'affection tuberculeuse : non, l'identité des éléments histologiques n'indique pas, dans les deux cas, l'identité des symptômes, de la marche et de la terminaison de la maladie, pas plus que, dans l'affection cancéreuse, la diversité des éléments ne s'oppose à l'identité des symptômes. »

Depuis vingt-deux ans que ces lignes ont été écrites, bien des théories se sont succédé sur ce sujet; mais les convictions de M. Mandl sont restées les mêmes; et hier encore, il nous faisait voir, à sa Clinique de la rue Gît-le-Cœur, une malade que, dès le premier abord, il a déclarée facilement curable et non atteinte de phthisie, bien qu'elle présentât une caverne volumineuse et des craquements étendus dans un côté de la poitrine.

Cette femme, âgée de trente-trois ans, marchande de vins, et qui avait fait certainement abus d'alcooliques, vint consulter, pour la première fois, le 12 juillet dernier. A ce moment, à l'auscultation, on entendait un bruit de souffle amphorique et un retentissement amphorique de la voix, vers la pointe de l'épaule gauche; tout autour de cette vaste caverne, il existait de la matité, des râles fins, des craquements humides. La malade était d'une pâleur extrême; elle avait de la fièvre; elle racontait que, depuis environ quatre semaines, l'inappétence était absolue, et que, plusieurs fois, elle avait vomi par suite de quintes de toux.

Elle faisait remonter à dix-huit mois le début de sa maladie. A cette époque, elle avait été prise subitement, d'une manière aiguë, d'une très-forte *bronchite*, disait-elle, qui avait duré six semaines, et à la suite de laquelle elle était restée si susceptible de la poitrine qu'elle s'enrhumait pour un rien. Pendant ces rhumes, elle maigrissait, puis elle reprenait habituellement un peu dans les intervalles; mais, dans le dernier mois, l'amaigrissement avait fait des progrès rapides et continus.

La seule maladie antérieure était une fièvre typhoïde survenue à l'âge de sept ans. Cette femme, réglée à onze ans, avait eu cinq enfants à terme, et trois fausses couches. Cependant sa santé était restée bonne jusqu'au début de ce qu'elle appelait *sa bronchite*.

Son père avait toujours toussé; il était mort d'une pneumonie, à l'âge de soixante-dix-sept ans; sa mère, encore vivante, était asthmatique et habituellement oppressée.

Sur quoi M. Mandl s'appuya-t-il pour affirmer, en pareil cas, le pronostic le plus favorable?

D'abord, sur le siége de la lésion, qui n'occupait pas les sommets, puis, sur la marche de la maladie, qui avait débuté brusquement d'une manière aiguë, comme une bronchite, au lieu d'avoir les commencements lents et insidieux de la véritable phthisie. Suivant M. Mandl, un vrai phthisique passe de l'état de santé à l'état de maladie, par des transitions presque insensibles. La pneumonie chronique, au contraire, ou, pour se servir d'autres expressions, la pneumonie, caséeuse étrangère à la phthisie, débute à un jour déterminé, en pleine santé apparente. Or, dans ce genre de pneumonie, la guérison serait facilement obtenue. Le fait est que, chez cette femme, à qui l'on se borna à prescrire un cautère et du phosphate de chaux, l'amélioration fut des plus rapides. Elle a engraissé de plusieurs livres, de trois livres en une seule semaine; elle a repris des couleurs et des forces, ne tousse presque plus, dort très-bien, et est maintenant, dit-elle, d'un fort bon appétit.

A l'auscultation, on retrouve encore la même caverne; mais il n'y a plus de craquements dans le voisinage: à peine entend-on quelquefois dans les inspirations profondes, quelques bouffées de râles fins.

Si des cas semblables doivent être rangés dans la phthisie, du moins faut-il admettre qu'ils constituent, au point de vue pratique, une espèce à part.

A cette même clinique, nous avons vu un exemple très-remarquable de végétations primordiales dans la laryngite tuberculeuse, chez une jeune institutrice dont le sommet du poumon droit offre des signes non douteux de tuberculisation, matité, craquements, souffles disséminés, etc. Ces végétations laryngées se présentent sous forme d'éminences, dont l'une, un peu rouge, assez régulièrement demi-globulaire, est située presque immédiatement en dessous des cordes vocales, sur la paroi postérieure du larynx; et l'autre plus pâle, un peu dentelée, ressemblant beaucoup aux crêtes de coq syphilitiques, se trouve un peu plus profondément. Leur volume égale ou même dépasse celui d'un pois fendu. On ne remarque autour d'elles ni sur elles aucune ulcération. La voix est à peine altérée, ce qui tient à l'intégrité des cordes vocales. Ce genre de productions polypiformes, dont M. Mandl a observé, il y a quinze ans, le premier spécimen, est décrit page 678 et suivantes dans son *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx* (1).

Parmi les cas intéressants qui se sont également présentés à la clinique de M. Mandl pendant que nous y assistions, signalons en passant un fait de *trémulence parétique à redoublements*, survenue chez une femme qui boit fort peu de vin, mais dont le père est mort encore jeune d'une maladie du cerveau, fait qui trouvera bientôt sa place dans une série d'observations de ce même syndrome.

Dr Victor Revillout.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (2).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Dans le *Medical Times* du 12 août 1865, M. Haynes Walton, rapporte un cas d'anévrysme spontané de la cubitale, guéri

(1) Paris, 1872, J.-B. Baillière et fils.
(2) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet.

par l'application prolongée d'une compresse sur l'artère, au-dessus de la tumeur et, pendant quelque temps, sur la tumeur elle-même. J'ai trouvé une courte notice, publiée par Schmidt, dans *Archiv. f. Heilk.* troisième année, 1862, p. 589, sur un cas, non cité par le docteur Spanton, d'anévrysme spontané de la radiale, juste au-dessus du poignet; ce cas est également remarquable par le jeune âge du malade, qui avait vingt semaines quand on commença le traitement; il avait huit semaines quand on s'aperçut de l'existence de l'anévrysme. La guérison eut lieu, au bout de deux mois, à l'aide de la compression mécanique.

Abstraction faite de la maladie concomitante du cœur ou des gros vaisseaux, ces anévrysmes sont facilement curables. Et même dans cet état de choses, le traitement réussit souvent. C'est ainsi que M. Hamilton de Dublin, a rapporté dans *Dublin quarterly journal*, de novembre 1862, un cas d'anévrysme spontané de la cubitale, chez un malade qui avait une maladie de cœur; après un essai patient de la compression, unie à la flexion, l'humérale fut liée avec succès. J'ai aussi des notes sur un anévrysme de la partie supérieure de la radiale, pour lequel l'humérale fut liée avec succès, malgré l'existence d'une maladie avancée des valvules. Le cas s'est présenté à l'infirmerie royale de Liverpool, en 1867.

Cette préparation du musée de Guy's Hospital montre un anévrysme de la cubitale près du pli du bras, chez un homme de cinquante ans, dans le service de M. Poland, à Guy's Hospital. La compression digitale, exercée pendant cinq heures seulement, amena la solidification de l'anévrysme, mais le malade mourut, un mois après, de la rupture d'un anévrysme de l'encéphale.

Les anévrysmes traumatiques peuvent souvent guérir par la compression, mais ce mode de traitement échoue aussi souvent. Cela me paraît dépendre de la formation du sac; si le sac est complet, de tissus rétractiles et solides, la compression peut réussir. Si d'autre part, il y a une tumeur faible et flasque qui s'affaisse un peu, mais ne disparaît pas quand on arrête les pulsations, laissant une poche mal définie de sang liquide, il est probable que la compression échouera, bien que, dans les circonstances ordinaires, je ne voie aucun inconvénient à en faire l'essai. Si le patient est nerveux et irritable, que l'on craigne que l'insuccès ne l'impressionne, s'il ressent vivement la douleur de la compression, je crois qu'il vaut mieux commencer par l'opération radicale. Il faut remarquer cependant que, dans les anévrysmes de l'extrémité supérieure, on évite un inconvénient qu'on rencontre dans l'anévrysme des autres parties du corps, je veux dire le repos au lit. Beaucoup d'observations, comme celle de Birkett, d'anévrysme spontané de la brachiale, celle de M. Haynes Watson, de l'avant-bras et celle du docteur Wales (*American journal of medical science, july* 1864, p. 273), montrent que toutes les formes d'anévrysme au-dessous de l'aisselle peuvent être traitées avec succès, par la compression mécanique, le malade pouvant, pendant tout le temps, jouir du grand air et faire de l'exercice, ce qui, sans doute, doit contribuer à la guérison. Le docteur Wales, dans son observation, insiste beaucoup sur ce point.

Ma liste de trois cent trente-sept cas d'anévrysmes, en contient treize siégeant au-dessous du pli du coude. Sur ces treize, on en classe sept comme traumatiques et un huitième (anévrysme de l'arcade palmaire) l'était aussi, probablement. Il fut guéri par la compression directe. La compression indirecte fut essayée dans trois de ces sept cas, deux fois avec succès; dans le cas où elle échoua et dans trois autres cas, on enleva les caillots de la tumeur et on lia les deux bouts de l'artère, chaque fois avec succès. Dans le dernier cas (anévrysme traumatique de la cubitale) on dit seulement que la cubitale fut liée avec succès. Il y a un neuvième cas dans lequel un anévrysme, probablement traumatique, de l'arcade palmaire, fut incisé avant l'admission du malade à l'hôpital et dans lequel l'hémorrhagie amena la mort. Un semblable accident arriva dans le cas qui a fourni cette pièce Y, 76, de l'hôpital de Saint-Thomas. On lia la brachiale, mais le malade mourut. Il reste quatre cas d'anévrysme spontané, un de la radiale et trois de la cubitale. La compression digitale fut employée avec succès dans un cas (de M. Poland); la brachiale fut liée avec succès deux fois, dans le cas de M. Hamilton; après l'insuccès de la compression, dans le cas de l'infirmerie de Liverpool, comme opération primitive. Dans le dernier cas, la compression de l'humérale échoua, mais le malade était près de mourir d'un anévrysme de l'aorte, de sorte qu'on ne fit rien de plus, et il mourut un mois après.

La table de Fischer contient treize cas dans lesquels on employa la compression digitale; je n'en ai compris aucun dans ma liste. L'un d'eux était un anévrysme spontané de la cubitale, chez un malade qui avait une maladie du cœur; un autre un anévrysme spontané de la radiale, sans indication de maladie concomitante. Dans le premier (C. de Morgan, *Med. Times*, v. II. 1862, p. 543) la compression échoua et on ne fit pas autre chose; dans le second (Lendersdorff, *Lang. Arch.* III., 415), elle réussit. Il reste six cas d'anévrysme traumatique de la radiale et cinq de l'arcade palmaire. Dans l'un de ces deux cas, l'injection de perchlorure de fer, dans l'autre la ligature, amenèrent la guérison.

On voit par là que, dans l'anévrysme traumatique des artères de l'avant bras, il y a bon espoir d'obtenir la guérison par la compression digitale. Quand elle a échoué, j'inclinerais toujours en faveur de la ligature des deux bouts de l'artère, ne connaissant pas un seul cas dans lequel elle ait échoué. Ces anévrysmes ont été, il est vrai, traités avec succès par plusieurs autres moyens, — par l'injection de perchlorure de fer, comme dans le cas auquel j'ai fait allusion (Velpeau, Soc. de chirurgie, 12 septembre 1860); par l'action du chlorure de zinc amenant l'extirpation totale du sac; et je crois par la galvano-puncture (Nélaton, *Journal de méd. et de chir. prat.*, mai 1862), bien qu'elle ait été essayée sans succès dans un cas de M. Pick à l'hôpital Saint-Georges. Il est même possible qu'on ait obtenu la guérison par la ligature de Hunter. Mais toutes ces méthodes sont pour le moins aussi dangereuses que la simple incision du sac, et, de plus, elles sont bien plus incertaines quant au résultat, de telle sorte que je ne vois aucune raison plausible de soumettre un malade à une pareille chirurgie expérimentale. Je veux vous rappeler le cas de Goyrand (*Union méd.* 1865, n° 67), d'anévrysme de la brachiale (improprement nommé quelquefois anévrysme axillaire), dans lequel deux injections de perchlorure de fer suffirent, à la vérité, pour consolider l'anévrysme, mais aux dépens de la gangrène sèche et de l'amputation de l'avant-bras.

Dans les cas d'anévrysmes spontanés ou après l'insuccès de la compression, si le chirurgien désire aller plus loin, je crois que la brachiale doit être liée. Mais il faut se rappeler que beaucoup de ces tumeurs semblent être d'origine embolique et que dans l'opinion de beaucoup de bons pathologistes, ces anévrysmes-là sont lents à se rompre. C'est donc seulement lorsque la tumeur s'accroît rapidement, ou qu'il y a un état exceptionnel, comme la douleur provoquée par un nerf comprimé, que l'on peut songer à pratiquer une semblable opération.

REVUE DE LA PRESSE

Ankylose des deux hanches. Section sous-cutanée des grands trochanters. Amélioration. (Sydney-Jones). — C. D..., dix-sept ans, admis au mois de février 1875 dans le service de Sydney Jones, pour une ankylose osseuse des deux hanches, n'a jamais eu qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de huit ans. Il resta au lit, pendant dix-huit mois, à cause d'une faiblesse générale, et même plusieurs séquestres se détachèrent du bras et de la jambe gauche. Depuis lors, les deux membres inférieurs n'ont jamais repris leur position normale et il ne peut marcher qu'avec des béquilles. Au moment de son admission, il paraît relativement bien portant. Les muscles des cuisses et des jambes ont éprouvé un commencement d'atrophie. Il marche sur l'extrémité des pieds en se servant de ses béquilles. Les jambes sont largement écartées; semi-fléchies; la gauche est un peu plus tournée en dehors que la droite. Le chloroforme ne rend possible aucun mouvement nouveau.

Quand le malade se tourne dans son lit, les extrémités des membres inférieurs ressemblent à celles des grenouilles. Des dépressions profondes à la surface du sacrum indiquent la place des anciennes eschares.

Pour pratiquer l'extension forcée on eut, pour la première fois, recours à un appareil à attelle dorsale, avec vis d'Archimède appliquée des deux côtés au niveau des genoux. A la fin de mai, on avait réussi à amener les deux membres dans une extension parfaite. On résolut de tenter une opération pour remédier à la difformité restante; c'est-à-dire l'abduction exagérée avec rotation des pieds.

2 juin. — Opération d'Adam (section sous-cutanée du fémur droit), après avoir anesthésié le malade par l'éther; trois minutes et demie furent employées à faire la section de l'os. Un peu de sang veineux s'écoula durant l'opération. Après la division de l'os, les membres furent aisément placés dans l'extension. Un peu de coton trempé dans du collodion fut mis sur la plaie et un sachet de glace fut laissé appliqué sur ce point. Un appareil à large attelle latérale allant de l'aisselle au pied fut appliqué.

Aucune douleur à la suite de l'opération; toute espèce de pansement fut éloigné de la plaie. Sous l'influence du chloroforme, la jambe fut écartée du bassin le 25 juin par M. Sydney Jones. Quelques adhérences se rompirent. Le genou fut aussitôt fléchi et étendu, le membre replacé dans son attelle avec de la glace appliquée sur la hanche et le genou.

2-16 juillet. — Même mouvement, toujours après anesthésie préalable.

19 juillet. — On enlève l'attelle.

20 juillet. — On imprime chaque jour des mouvements passifs au membre.

6 octobre. — Sydney Jones se décide à diviser le col du fémur gauche. Éthérisation. Division de l'os accomplie en quatre minutes. Deux drachmes environ de sang s'écoulent au dehors pendant le cours de l'opération. On amène alors aisément le membre vers la ligne médiane, sans qu'aucune division nouvelle des tendons devienne nécessaire.

L'ankylose partielle du genou gauche fut vaincue par des flexions et des tensions répétées, le malade étant toujours éthérisé. La plaie fut pansée exactement comme dans l'opération précédente; on se servit d'une longue attelle appliquée au membre inférieur droit, et une autre au membre inférieur gauche, pour donner à l'opéré une situation convenable.

12 octobre. — Le malade ne souffre aucune douleur, excepté pendant les mouvements du membre. Injections sous-cutanées de morphine et applications de glace.

15 novembre. — On enlève les attelles des deux membres, et on les replace après avoir rompu les adhérences après l'éthérisation.

25 novembre. — Mouvements imprimés tous les jours aux deux membres; une corde appliquée au pied et passée sur une poulie fixée au sommet du lit est employée pour communiquer des mouvements passifs au membre.

15 janvier. — Léger mouvement des deux articulations sans douleur. Santé générale bonne. Peut se promener dans le service avec des béquilles et communique le plus de mouvements qu'il peut à ses jambes.

18 janvier. — Protoxyde d'azote. Mouvements provoqués des deux membres inférieurs. Sachets de glace.

28 février. — Léger mouvement de la hanche droite, un peu plus étendue que la gauche. Les genoux peuvent être fléchis par le malade.

6 mars. — La jambe peut être déplacée de 4 pouces en avant, tandis que le malade marche avec ses béquilles. La droite possède à peu près le même mouvement.

Cette observation démontre la possibilité de remédier à une difformité choquante par une opération très-simple et sans danger.

L'ankylose existait depuis huit ans et avait empêché le malade de marcher. Sa santé était mauvaise et il n'avait que peu de moyens de gagner sa vie. Les jambes étaient dans l'état normal largement écartées du tronc, ce qui causait une difformité hideuse. Les deux jambes jouissaient d'un certain mouvement, et les extrémités inférieures étaient en ligne droite avec le corps. M. Sydney Jones espérait que, par des mouvements passifs continus des hanches, la progression deviendrait possible; mais il a rencontré, de la part de l'opéré, des difficultés qui n'ont pas permis de continuer ce traitement.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique traité par le courant galvanique appliqué à l'extérieur. (M. le professeur Gallozzi.) — L'individu qui fait le sujet de cette observation était un homme de cinquante et un ans. Dans sa jeunesse, il avait fait de nombreux excès alcooliques et vénériens et souvent des efforts musculaires exagérés. Il avait eu une blennorrhagie et une ulcération des glandes accompagnées d'un léger engorgement des ganglions inguinaux. Il n'avait pas éprouvé dans la suite d'autres conséquences fâcheuses. Il y a cinq ans, il commença à éprouver des douleurs dans les lombes et les membres inférieurs; elles étaient vives surtout pendant la nuit et aux approches de la saison froide. Il avait, à cause de cela, pris de l'iodure de potassium. Il y a trois ans, il dut consulter un médecin parce qu'il ressentait, surtout au moment où il quittait son lit et pendant l'inspiration, une douleur constrictive très-vive dans la région du cœur. On lui prescrivit l'iodure de potassium, le fer et les bains de Nunziante; ce traitement amena une légère amélioration. Au mois d'octobre 1874, se montrèrent des douleurs aiguës à exacerbations fréquentes au niveau de l'articulation scapulo-humérale droite, sur les régions postérieure du cou, et antérieure de la poitrine du même côté. L'usage du bras correspondant devint difficile. La reprise du traitement par l'iodure de potassium et le fer n'amena aucune amélioration.

Au mois d'avril 1875, les symptômes éprouvèrent une nouvelle recrudescence et s'accompagnèrent d'un gonflement douloureux de l'articulation sterno-claviculaire, qui fut pris pour une synovite et traité comme tel. Jusqu'au mois de mars 1876, on continua sans succès le traitement antisyphilitique; à cette époque, le malade s'adressa au professeur Gallozzi.

Il y avait, à ce moment, une tumeur ayant la forme et le volume d'un petit œuf de poule placé transversalement, et dont le centre correspondait à celui de l'articulation sterno-claviculaire droite; il recouvrait une partie de la clavicule et du manubrium sternal. Cette tumeur était animée de pulsations parfaitement visibles, qui s'étendaient à la paroi thoracique, dont la peau est rouge, brillante et tendue. La pulsation est étendue; la tumeur donne une matité absolue à la percussion. En imprimant des mouvements à la clavicule, on reconnaît que la portion sternale est mobile. Le pouls radial retarde sur les battements du cœur et sur ceux de la tumeur. A l'auscultation, on trouve un souffle correspondant au premier temps, tandis que le second est assez peu net, quoique accentué. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, le long de la ligne mamelonnaire; la matité cardiaque s'étend du bord gauche du sternum au mamelon et de la cinquième à la dernière côte. Le premier bruit est remplacé en partie par un léger souffle, le second est peu net, mais accentué, moins cependant qu'au niveau de la tumeur.

Les artères, accessibles au toucher, et surtout la sous-clavière, sont athéromateuses.

D'après tous ces signes, on porte le diagnostic suivant : anévrysme spontané sacciforme du tronc brachio-céphalique. En un mois, la tumeur augmenta rapidement, au point de mesurer 8 centimètres dans son grand diamètre et 6 dans son petit. Étant donnée la faiblesse des parois, on ne pouvait songer à recourir à l'électro-puncture et aux injections hypodermiques d'ergotine tant vantées ; il ne pouvait être davantage question de lier le tronc brachio-céphalique. Le professeur Gallozzi résolut d'appliquer à l'extérieur un courant continu. Il se servit pour cela d'un appareil donnant un courant d'une intensité de 60 à 65 au galvanomètre. Les rhéophores furent appliqués sur l'anévrysme pendant onze minutes. Pendant cinq minutes, on les laissa aux deux mêmes points ; puis, pendant les sept autres, on les promena sur la surface de la tumeur. Dès cette séance, on obtint une légère diminution de volume ; les points où l'on avait appliqué les rhéophores semblaient avoir pris une consistance un peu plus ferme que les autres. Pourtant, cette induration disparut peu à peu et les choses revinrent dans leur état primitif. Tous les huit jours, on fit une nouvelle séance ; à partir de la sixième, la diminution de la tumeur devint manifeste ; ses diamètres se réduisirent à 5 et à 4 centimètres. On fit alors deux ou trois séances par semaine. On n'obtint pas un résultat aussi rapide qu'on aurait pu l'attendre ; toutefois, la diminution fut graduelle et continue. Au moment où le professeur Gallozzi écrivait, la tumeur ne faisait plus saillie au-dessus des téguments voisins. Les pulsations n'étaient perceptibles que dans une étendue de 5 centimètres environ.

L'auteur croit que la diminution de volume est due à une rétraction du sac sous l'influence du courant galvanique et à la coagulation amenée par le même agent. A partir de la première séance, on nota une légère stratification, qui augmenta dans la suite ; pourtant les pulsations restèrent expansives et superficielles. Il se croit autorisé à conclure : « que le courant galvanique a produit les mêmes effets que l'électro-puncture, qu'il a, comme elle, produit une coagulation de la fibrine et une amélioration notable ; il se promet, lorsque l'occasion se présentera, de recourir de nouveau à ce procédé. (*Il Morgagni*, 1876, fasc. IX, et *Annali universali di medicina*, aprile 1877.)

Kyste hydatique du poumon chez un enfant de cinq ans. (Tæplitz.) — La rareté des kystes hydatiques du poumon a engagé Tæplitz à communiquer l'observation suivante qu'il a recueillie dans le service du docteur Hœser à l'hôpital des Enfants de Breslau.

Paul T..., âgé de cinq ans, n'a jamais, avant le début de la maladie actuelle, eu de toux persistante, ne paraît jamais avoir ressenti de vives douleurs dans le thorax.

A Noël de l'année 1875, il eut, sans cause déterminante appréciable, de la fièvre et de la toux. La fièvre disparut vite, mais le petit malade garda une toux pénible, que les moyens ordinaires ne purent diminuer ; il eut même, en mars 1876, un accès de toux tellement intense, qu'il faillit aller jusqu'à la suffocation.

Ce paroxysme se termina par l'expulsion d'une membrane de coloration blanc-jaunâtre, accompagnée de mucus et crachats sanguinolents.

Deux autres attaques, qu'il eut dans le cours du même mois, se terminèrent d'une manière analogue. Après la quatrième année, arrivée en avril, ses parents se décidèrent à recourir aux soins d'un médecin. L'enfant fut donc apporté à l'hôpital le lendemain, et la pseudo-membrane soumise à l'examen microscopique.

Au moment de son entrée, on constate l'état suivant : enfant assez fort et dont la nutrition n'a pas souffert ; face rosée, d'expression naturelle. P. 144. Température de la peau normale. R. 40 par minute. Pas d'action des muscles accessoires pour la respiration. Thorax large bien constitué. La moitié droite, examinée d'arrière en avant, paraît plus courbe que la gauche.

La mensuration donne les dimensions suivantes : Au niveau des mamelles, 28 centimètres du côté droit, 25 du côté gauche ; au niveau de l'appendice xiphoïde, 29.5 du côté droit ; 26.5 du côté gauche. A la percussion, on trouve de la matité dans tout le côté droit, au niveau de la colonne vertébrale. Obscur au sommet, le son devient absolument mat à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. Jusqu'à la sixième côte, on trouve en avant une sonorité plus ou moins franche ; à partir de celle-ci, la matité est absolue jusqu'à l'extrémité inférieure de la poitrine. A gauche, la sonorité est normale. La pointe du cœur est légèrement déviée à gauche, de sorte qu'on en sent le choc à 1 cent. 5 de la ligne maxillaire.

L'auscultation montre que le murmure vésiculaire est affaibli dans toute la zone de matité. Les battements du cœur sont, au contraire, absolument normaux. Les vibrations thoraciques sont diminuées du côté droit.

Le foie occupe ses limites ordinaires ; il remonte jusqu'à la cinquième côte et ne déborde pas sur la dernière en bas.

Tous les organes ont leur consistance et leurs fonctions normales.

La membrane, expectorée, est rugueuse, d'un blanc jaunâtre ; elle est rectangulaire, mais ses bords sont déchiquetés.

Elle a 5 centimètres de long sur 3 de large. Au microscope, on reconnaît qu'elle est sans structure, d'aspect hyalin ; mais sur les bords on trouve les couches caractéristiques de la membrane des kystes hydatiques. On n'y trouve pas de crochets. On donne à l'enfant de l'iodure de potassium, d'après la méthode des médecins anglais (Fox aurait guéri, par ce moyen, un kyste hydatique du foie. V. *Brit, med. Journal*, 13 mai 1871). On engagea fortement la mère à bien surveiller les matières expectorées par l'enfant.

On doit aussi tenir compte que, depuis un an, les parents de l'enfant avaient un chien, avec lequel il jouait souvent.

En mai, deux nouvelles expulsions de fausses membranes, ayant le même caractère que la première. De plus, il y eut en même temps une hémoptysie. Bientôt l'aspect change, la toux devient permanente et s'accompagne de dyspnée. Puis, au bout de deux mois, tous les signes subjectifs, même la toux, disparaissent, et l'enfant reprend son état normal. Les signes fournis par la percussion sont les mêmes que lors du premier examen.

« Nous avons donc affaire, ajoute Tæplitz, à un cas rare de kyste hydatique du poumon, survenu chez un enfant de cinq ans, et ouvert dans une bronche, et développé probablement à la suite des communications qu'il a eues avec le chien. Ce diagnostic est confirmé par la nature des crachats ; il est vraisemblable que ce kyste s'est développé primitivement dans le poumon, parce que le foie présente absolument ses limites normales, et qu'il n'y a eu aucun symptôme que l'on pût rapporter à une communication postérieure avec le poumon. En outre, la marche de la maladie a été longue et apyrétique ; la tumeur siége dans le lobe inférieur droit, et il n'y a pas un seul signe d'épanchement pleural. On doit réserver le pronostic. Il est vrai que la constitution robuste de l'enfant et l'ouverture du kyste dans une bronche en diminuent la gravité. » (*Berlines Klinische Wochenschrift*, 1877, p. 341).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 10 août 1877, l'article 4 du statut du 9 avril 1825 sur la discipline des facultés est modifié ainsi qu'il suit :

« Le ministre peut accorder, par décision individuelle, à des jeunes gens âgés de dix-neuf ans accomplis, l'autorisation de prendre la première inscription au trimestre d'avril. »

— Par décret en date du 21 août 1877, M. le médecin-professeur Barthélemy-Benoît, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la marine.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services en matière d'épidémies, pendant l'année 1875 :

Médaille d'or :

M. le docteur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Rappel de médaille d'or :

M. le docteur Mignot, de Chantelle.

Médailles d'argent :

M. le docteur Ragaine, de Mortagne. — M. le docteur Sainton, de Bar-sur-Seine. — M. le docteur Dumoutier, médecin-major au 73e de ligne. — M. Rendu (Joanny), interne des hôpitaux de Lyon.

Rappel de médailles d'argent :

MM. les docteurs : Beaupoil, de Chinon. — Bocamy, de Perpignan. — Benoist, de Guingamp. — Benoît, de Belfort. — Bouteiller, de Rouen. — Dauvergne père, de Manosque. — Daga, médecin principal de 1re classe, à Nancy. — Évrard, de Beauvais. — Fourrier, de Compiègne. — Lacaze (John), de Montauban. — Bazin, de Saint-Brice. — Méplain, de Moulins. — Masse, médecin principal de 1re classe, à Paris. — Martin-Duclaux, de Villefranche. — Prestat, de Pontoise. — Manouvrier fils, de Valenciennes. — Pilat, de Lille. — Remily, de Versailles.

Médailles de bronze :

MM. les docteurs : Braye, de Tarascon. — Combes, de Janzé. — Renault, de Cherbourg. — Mahier (Émile), de Chateau-Gontier. — Mirbeck, de Saint-Dié. — Camus, médecin major au 5e régiment de dragons. — Pujos, d'Auch.

— D'après les documents dressés par l'administration de l'Assistance publique à Paris, et distribués récemment aux membres du Conseil municipal, les prévisions de dépenses pour l'année 1878, s'élèvent à. . . . . 25.837.000 fr.

Les revenus propres, les recettes diverses et les revenus des fondations, sont évalués à. 14.567.000

En conséquence, la Ville de Paris devra fournir une allocation de 11.370.000

La subvention inscrite au budget de 1877, étant de. 10.690.000

Les charges de la Ville de Paris subissent donc, pour 1878, une augmentation de. 680.000

Cet accroissement de dépenses provient, en grande partie, de l'augmentation du nombre des lits dans divers hôpitaux, dela mise en service de l'hôpital de Ménilmontant et des subventions nouvelles à accorder aux bureaux de bienfaisance.

— Le Congrès des sociétés protectrices de l'enfance s'est ouvert, à Rouen, le 20 août.

Après une courte allocution du président de la Société de Rouen, pour remercier les délégués des autres sociétés de leur concours, on a procédé à la nomination du bureau, qui a été ainsi constitué :

Président : M. le docteur Marjolin, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris. — Vice-présidents : MM. le docteur Rodel (de Lyon) et Bodart. — Secrétaire général : M. le docteur Cournère (de Dieppe). — Secrétaire des séances : M. Bellaire. — Secrétaire-adjoint : M. le docteur Nicolle (de Rouen).

M. le docteur Marjolin, président, a prononcé un discours dans lequel il a fait ressortir l'utilité des efforts des sociétés protectrices de l'enfance, et les travaux du Congrès ont immédiatement commencé.

— *La Revue médicale de l'Est* rapporte qu'à l'occasion de la promotion de M. le doyen Stoltz au grade de commandeur de la Légion d'honneur, les étudiants en médecine présents à Nancy ont délégué, auprès du savant professeur, un certain nombre de leurs condisciples, qui, sous la conduite de M. le docteur Marchal, sont allés lui porter une adresse de félicitations.

De la suture des tendons, par le docteur Rochas. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique, ses composés, et accessoirement de la salicine, par le docteur, Walter Douglas Hogg. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 99. — MARDI 28 AOUT 1877. 50e ANNÉE. MARDI 28 AOUT 1877. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Empoisonnement par l'urine. — Traitement.

I

Avant de vous exposer les théories qui ont été successivement invoquées pour déterminer la nature de l'intoxication urémique, et de vous faire connaître les moyens à l'aide desquels on peut parvenir quelquefois à constater cette affection, je crois utile de nous livrer devant vous à quelques expérimentations sur les animaux qui vous feront assister, en petit, aux divers phénomènes dont j'ai essayé de vous tracer le tableau, aussi fidèle que possible, dans une de nos dernières réunions. Vous allez voir, en effet, qu'en injectant dans les veines de ces animaux une petite quantité de carbonate d'ammoniaque, des accidents vont se produire, tout à fait semblables à ceux que l'on observe chez les urémiques.

Voici d'abord deux grenouilles, dans l'appareil circulatoire desquelles nous avons introduit, quelques minutes avant la séance, chez l'une 1 centigramme de carbonate d'ammoniaque, chez l'autre 2 centigrammes de ce même sel. La première en est encore à la période des mouvements convulsifs; l'autre, au contraire, est complétement tétanisée.

Si nous injectons maintenant dans les veines d'un lapin 1 gramme de carbonate d'ammoniaque, voici ce que nous observons. Quelques minutes se sont à peine écoulées qu'il tombe sur le côté et est pris de mouvements convulsifs dans les membres supérieurs et inférieurs; puis, survient une véritable attaque tétanique. La température, qui était avant l'expérience à 38,7 dans le rectum, est descendue à 37,5; le nombre des respirations est tombé de 120 à 25; enfin le pouls, qui était tout à l'heure à 130, marque maintenant 40 pulsations par minute.

Vous observez les mêmes phénomènes chez ce cobaye, avec cette différence, toutefois, que les accidents provoqués par l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, ont été précédés d'une véritable épistaxis qui n'a lieu, d'ailleurs, que chez ces animaux. Si nous pratiquons l'autopsie, nous trouvons les poumons gorgés de sang; les plèvres présentent çà et là des taches ecchymotiques semblables à celles que l'on constate chez les enfants qui ont succombé par asphyxie; le cerveau est extrêmement congestionné, notamment l'hémisphère droite; de même, l'injection des reins est portée à son maximum et elle est surtout marquée dans la couche corticale de ces organes; enfin le cœur est rempli de gros caillots d'une coloration violette que l'on observe chez tous les sujets morts d'urémie et que Freerichs a attribuée à la présence, dans le sang de ces individus, de carbonate d'ammoniaque.

Enfin, voici un lapin dans lequel il a été injecté, un quart d'heure environ avant la séance, 1 gramme 50 d'urée, et qui, comme vous pouvez en juger, n'en paraît pas le moins du monde incommodé.

Ainsi que je vous l'ai dit en commençant, de nombreuses théories ont été invoquées pour déterminer la nature de l'empoisonnement urémique. La première, par ordre de date, est celle de Coindet et Odier. Cette théorie, qui attribue tous les accidents de l'urémie à l'hydrémie, c'est-à-dire à la présence dans le sang d'une certaine quantité d'eau, n'est pas discutable. A ce compte-là, en effet, tous les anémiques seraient urémiques, ce qui n'est pas; d'autre part, les nombreuses expérimentations auxquelles on s'est livré, démontrent qu'elle n'a absolument rien de fondé.

Une seconde manière de voir que l'on doit rejeter est celle de Bence Jones, dans laquelle l'urée retenue dans le sang subirait une décomposition chimique et se transformerait en acide oxalique. Mais cette décomposition n'a lieu que dans les vases de laboratoire, et non dans le sang où l'on ne trouve jamais une quantité d'acide oxalique supérieure à celle que ce liquide contient.

Une autre théorie est celle de Harley, d'après lequel les globules du sang se détruiraient en très-grande quantité chez les individus affectés de maladie de Bright et notamment dans la néphrite interstitielle. Selon lui, la matière colorante, au lieu de se transformer, entre autres principes colorants, en urochrome, ne parviendrait qu'à un degré d'oxydation inférieur, à l'état d'acropictine, laquelle serait la cause des accidents urémiques. Mais s'il a été possible à Harley d'étudier au laboratoire ces diverses transformations des globules du sang, on ne saurait dire qu'elles existent dans l'économie.

Une quatrième théorie, la seconde en date, a été imaginée par Wilson. D'après ce physiologiste, les accidents urémiques seraient dus à la rétention dans le sang de l'urée qui doit être éliminée par les reins. Mais cet élément de l'urine n'empoisonne, ainsi que l'ont vu Gallois et Hammon, qu'à dose considérable; or, il est impossible de constater, dans le sang des

urémiques, une quantité de ce sel supérieure à celle qui y existe à l'état normal.

Après celle-ci vient la théorie de Freerichs, qui admet que l'urémie est due à la rétention dans l'appareil circulatoire, non plus, comme le voulait Wilson, de l'urée, mais bien du carbonate d'ammoniaque venant de l'urine. Cette interprétation a une grande valeur. En effet, ce physiologiste a démontré dans le sang des urémiques la présence de ce sel ; d'autre part, quand on injecte, comme nous venons de le faire, du carbonate d'ammoniaque dans les veines des animaux, on voit survenir la plupart des accidents qui caractérisent l'urémie. Toutefois, elle est infirmée par ce fait que Picard a trouvé du carbonate d'ammoniaque à l'état normal dans le sang d'individus parfaitement sains; en outre, l'expiration ammoniacale, invoquée par Freerichs à l'appui de sa théorie, loin d'être aussi commune qu'il le dit, est extrêmement restreinte; de sorte que l'on est autorisé à se demander si, dans le cas où elle a été signalée par cet observateur, ce phénomène n'était pas simplement dû à la présence de dents cariées ou à une affection buccale.

La théorie de Freerichs a été modifiée vers 1860 par Threiss et Jacksch, qui ont admis que l'urémie était due au passage dans le sang des matières extractives de l'urine, non pas par le rein, mais par l'intestin. En cela, ils s'appuient sur les expériences de Cl. Bernard et de Baresvill, qui, ayant enlevé les reins chez certains animaux, ont démontré que la principale voie d'élimination de l'urine était l'intestin. Il suffirait en effet, d'après Threiss et Jacksch, que ces matières soient absorbées par le réseau veineux qui rampe à la surface de cette portion du tube digestif, pour que, introduit dans le sang, le carbonate d'ammoniaque donne lieu a des accidents urémiques.

Enfin, dans ces derniers temps, une autre théorie a été admise par Schottin; c'est celle de l'urinémie. Elle n'est autre que la rétention en masse dans le sang, de tous les produits qui doivent être éliminés par les reins. Dans l'état actuel de la science, c'est à cette opinion que l'on doit se rattacher de préférence; l'analyse chimique ayant démontré dans le système circulatoire des urémiques, la présence de tous les éléments constitutifs de l'urine.

J'ai maintenant à terminer l'histoire de l'urémie, par une question tout à fait pratique, c'est-à-dire par l'indication des différents moyens à l'aide desquels on peut combattre les accidents urémiques. Sous ce rapport, on doit diviser le traitement en deux parties : l'une préventive, l'autre curative.

Le traitement préventif a pour effet de conjurer les attaques d'urémie chez les gens qui en sont menacés, c'est-à-dire chez les individus qui présentent des signes ou des symptômes de néphrite albumineuse.

Il doit être surtout mis en action chez les femmes enceintes dans les urines desquelles l'analyse chimique décèle de l'albumine. Dans ces cas, en effet, on est en présence d'un danger énorme : c'est la possibilité et quelquefois la probabilité de voir des accidents éclamptiques survenir au moment du travail, alors que la grossesse est arrivée à son terme : et ce danger est tel que je n'hésite pas à déclarer que le médecin qui aurait en son pouvoir de prévenir l'éclampsie rendrait un service considérable à l'humanité.

Le traitement préventif consiste d'abord à combattre la néphrite elle-même; aussi la diète lactée doit-elle occuper la première place. En même temps, on devra interdire à ces malades toute espèce de fatigue; on les obligera à garder la chambre ; on veillera avec le plus grand soin à ce qu'ils ne se refroidissent pas. C'est, en effet, à la suite de refroidissement, d'émotions, de fatigues, que surviennent les attaques d'urémie. Malheureusement, ces précautions hygiéniques échouent souvent, et il n'est pas rare, malgré les soins que l'on a pu prendre, de voir apparaître des accidents graves qui peuvent emporter les malades.

On a également conseillé, pour prévenir l'urémie, certaines médications qui sont surtout applicables alors que les sujets présentent quelques signes précurseurs de la maladie. Dans ces cas, on s'est trouvé quelquefois très-bien d'une saignée, et c'est particulièrement chez les femmes qui ne sont pas très-anémiées, pas très-affaiblies et arrivées à la fin de leur grossesse que ce moyen donne de bons résultats. Quelquefois, chez ces mêmes malades, un purgatif, donné en temps utile, peut faire cesser les phénomènes prodromiques de l'éclampsie, la céphalalgie, l'inappétence et surtout les troubles de la vue. Ce dernier moyen est également bon chez les individus atteints de néphrite albumineuse, alors même qu'il n'existe encore aucun des prodromes d'urémie.

On a proposé, en outre, chez les femmes enceintes, un médicament qui a été extrêmement vanté dans ces derniers temps et qui a été expérimenté d'une façon toute spéciale, par mon collègue, M. le professeur Sée. Je veux parler du chloral. M. Sée le donne à ses malades d'une manière permanente, tous les jours, un mois ou six semaines avant la fin présumée de la grossesse, à la dose de 2, 3, 4 grammes par vingt-quatre heures ; et, suivant ce médecin, les femmes qui auraient été soumises à ce traitement auraient accouché d'une manière très-heureuse, sans présenter jamais le moindre phénomène d'éclampsie. C'est là un résultat très-beau, qui, s'il était confirmé, rangerait le chloral parmi les substances les plus précieuses que la chimie mette à la disposition du médecin.

Mais vous savez que pour juger de l'effet d'un médicament, il faut qu'il réussisse dans des mains autres que celles de son auteur ; c'est là le véritable critérium de son efficacité. Malheureusement, nous ne possédons pas encore cette confirmation ; d'autres médecins n'ont pas eu le succès de M. Sée ; ils ont donné le chloral à des femmes enceintes et, malgré cela, ils ont vu les accidents éclamptiques se manifester. Il faut savoir, d'ailleurs, que toutes les femmes qui ont de l'albuminurie dans leurs urines ne sont pas vouées fatalement à l'éclampsie, et, par conséquent, de ce que celle-ci n'est pas survenue au moment du travail, chez une femme qui a été soumise à l'usage du chloral, il faut bien se garder de croire que c'est uniquement grâce à ce médicament. Cela ne serait vrai que si, sur un grand nombre de malades ainsi traitées, sur cent femmes, par exemple, deux ou trois seulement étaient prises d'accidents éclamptiques.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Tillaux.

Luxation du coude (cubitus en arrière, radius en avant) irréductible au huitième jour.

Observation recueillie par Fr. Fesq, externe du service.

F..., Madeleine, vingt-deux ans, domestique, entre le 29 novembre 1876, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, lit n° 19.

Cette femme raconte les faits suivants :

Il y a huit jours, en frottant une allumette sur la muraille, elle s'est violemment heurté le coude contre un meuble placé derrière elle. La douleur a été si vive qu'elle a perdu connaissance et qu'elle est tombée de sa hauteur, le coude écarté du tronc et fléchi : c'est

du moins dans cette situation, nous dit-elle, qu'elle a été trouvée à terre par sa maîtresse accourue au bruit de sa chute.

Revenue à elle-même, la malade éprouve de grandes douleurs dans la région du coude, douleurs augmentées par les moindres mouvements de flexion et d'extension : ces mouvements, ainsi que ceux de supination et de pronation sont très-limités; la région est le siége d'un gonflement énorme. Des compresses imbibées d'eau blanche sont appliquées, et quatre jours durant, la malade continue son service et utilise son bras, comme elle peut. Enfin, ne voyant pas d'amélioration se produire, elle se décide à voir un médecin.

M. le docteur Nilo, consulté, ne peut pas se rendre compte de l'état du squelette à cause du gonflement qui masque toutes les saillies osseuses. Il ordonne l'application de six sangsues, des cataplasmes et l'immobilisation absolue. Le lendemain, c'est-à-dire au sixième jour, il constate une luxation du coude et tente immédiatement la réduction, d'abord par des moyens de douceur, puis en exerçant de fortes tractions, sous le chloroforme. Le cubitus, qui est remonté très-haut sur la face postérieure de l'humérus, descend de 1 centimètre environ, mais le radius reste immobile. Il adresse alors sa cliente à M. Tillaux, à Lariboisière.

30 octobre. — Nous sommes au huitième jour de l'accident. La région du coude est tuméfiée d'une manière uniforme : l'œil ne peut apprécier les saillies osseuses. L'avant-bras est dans la demi-flexion sur le bras, dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination.

Par le palper, M. Tillaux sent assez facilement l'épicondyle et plus difficilement l'épitrochlée. En suivant la crête du cubitus, il arrive à l'olécrâne, sans trouver de fracture, et constate que cette apophyse est à 1 centimètre environ au-dessus de l'épitrochlée, plus près de celle-ci que de l'épicondyle, et qu'elle repose sur l'humérus par son bord externe. Or, dans la demi-flexion, l'olécrâne est à 3 centimètres au-dessous des apophyses humérales externe et interne. (Voy. Tillaux, *Anat. top.*, p. 572 et sqq.) C'est donc de 4 centimètres que l'olécrâne est remonté en haut et le cubitus est luxé en arrière et en dedans.

Au-dessous de l'épicondyle, à 2 centimètres, on trouve une dépression profonde au lieu et place de la tête du radius; un léger soulèvement des parties molles, à la partie antérieure et médiane du coude, fait deviner cette apophyse en ce point, où, en effet, on la trouve, mais difficilement, car elle n'est pas superficielle comme c'est l'ordinaire dans les luxations du radius en avant.

Les mouvements de flexion et d'extension, passifs ou actifs, sont très-douloureux ainsi que ceux de pronation et de supination. Ces derniers sont très-restreints; la flexion est limitée à l'angle droit; l'extension est plus facile et moins douloureuse.

La mensuration de l'apophyse acromion à l'apophyse styloïde du radius, en passant par la face postérieure de l'olécrâne, donne, pour le côté sain, une longueur de 49 centimètres, et du côté malade une longueur de 46 centimètres, soit 3 centimètres de raccourcissement.

Rien à signaler du côté de la circulation, ni du côté de l'innervation à l'avant-bras et à la main.

Signalons, toutefois, que la malade offre çà et là des cicatrices nombreuses, stigmates de la diathèse scrofuleuse; il n'y a pas de cicatrices sur le coude malade.

Séance tenante, M. Tillaux tente la réduction sous le chloroforme. Alors que la résolution musculaire est complète, la contre-extension est faite par plusieurs aides vigoureux, et l'extension est pratiquée sur l'avant-bras par le chirurgien, d'abord directement, mais en vain. A l'extension directe est combiné, à plusieurs reprises, un brusque mouvement de torsion de dedans en dehors : le résultat est encore nul. M. Tillaux met alors en œuvre un troisième moyen, conseillé par Nélaton : l'extension et la contre-extension sont continuées, et M. Tillaux applique quatre doigts sur l'olécrâne, tandis qu'avec le pouce il cherche à repousser la tête du radius en bas, en arrière et en dehors. Les surfaces articulaires restent à leurs places anormales. A bout de forces, et craignant, du reste, des accidents possibles, M. Tillaux déclare que la réduction ne peut se faire.

La malade revient à elle facilement. Compresses d'eau blanche sur le coude; immobilisation du membre dans une gouttière coudée.

31 octobre. — Ces manœuvres de réduction ont donné lieu à une poussée inflammatoire; le gonflement est plus considérable; la peau rouge, luisante, tendue. A ces symptômes se joignent des douleurs vives qui, étant donné l'état général, ne laissent pas que d'inspirer quelques inquiétudes. Eau blanche, immobilisation, pilule d'extrait thébaïque 10 centigrammes pour la nuit.

1er novembre. — Les douleurs continuent; gonflement œdémateux; peau rouge, luisante, chaude au toucher. De prime abord on croirait à une tumeur blanche dans une période aiguë.

3 novembre. — Les phénomènes inflammatoires se sont amendés : le coude a notablement diminué de volume; il est moins empâté.

8 novembre. — Il n'y a plus de gonflement. On peut constater qu'il n'y a pas de déformation dans la région du coude, que les diamètres transverse et antéro-postérieur ne sont ni diminués ni augmentés. Les mouvements, toujours restreints, sont peu douloureux et la malade soulève aisément devant nous un pot à eau plein de liquide.

10 novembre. — La malade demande l'*exeat*, on le lui accorde.

En sortant de l'hôpital, la malade a repris son service de domestique; mais, au bout de quelque temps, elle a été forcée de l'interrompre; des phénomènes inflammatoires, avec douleurs très-vives, se sont produits, et ont nécessité un repos qui a donné de bons résultats. Toutefois, à l'heure actuelle, d'après un communiqué de M. le docteur Nilo, qui a revu la malade, le 28 juin de cette année, les mouvements ne sont pas plus étendus qu'au 10 novembre, et au repos le bras forme, avec l'avant-bras demi-fléchi, un angle de 120 degrés.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs chefs. D'abord la luxation simultanée du cubitus en arrière et du radius en avant est une luxation fort rare, puisqu'il n'y a, à notre connaissance, que quatre luxations du même genre relatées dans les ouvrages classiques, et celle que nous venons de rapporter n'est pas à discuter au point de vue du diagnostic. De plus, tous les symptômes notés, dans des luxations analogues, par Michaux, Bulloy, Mayer et Pitha, s'y trouvent réunis, ou à peu près; chez notre malade il n'y avait pas de déformation du coude, et les auteurs précédents donnent, comme un bon symptôme, l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude et la diminution du diamètre transverse. Il n'y avait pas, ou tout au moins M. Tillaux n'a pas pu constater, de fracture à l'olécrâne.

Un troisième point qui nous semble intéressant à noter, c'est l'irréductibilité de la luxation au huitième jour, alors que dans trois des observations connues, la luxation fut facilement réduite, et que dans l'autre cas, celui de Mayer, la luxation fut irréductible au quatorzième jour. Le pronostic doit donc, à notre avis, être réservé et n'être pas aussi favorable que le dit Nélaton, dans sa pathologie chirurgicale, d'autant plus que sept mois après l'accident, notre malade n'a pas beaucoup gagné au point de vue des mouvements.

Notons aussi la bénignité des phénomènes consécutifs, malgré l'état général de la malade.

Quel a été le mécanisme de la luxation? Nélaton croit qu'il consiste en un mouvement de torsion imprimé à l'avant-bras fléchi, de dehors en dedans. Dans le cas actuel, ce mécanisme ne nous semble pas avoir été tel, sans que nous puissions toutefois en indiquer un plus vraisemblable.

Resterait à trouver la cause de l'irréductibilité; rien dans les symptômes n'a pu la faire soupçonner. Pitha qui, seul,

a eu à faire l'autopsie de son malade, a trouvé tous les ligaments déchirés, une fracture de la coronoïde, des déchirures du biceps et du brachial antérieur, toutes lésions bien en rapport avec les mouvements très-étendus et la réductibilité facile que note ce chirurgien dans son observation. Les lésions ont été tout autres, probablement, chez notre malade, et c'est tout ce que nous pouvons en dire.

DE L'ANÉMIE CHEZ LES MINEURS

Par le docteur Bourguet (de Graissessac).

I

J'entends par anémie, l'altération du sang qui porte à la fois sur la quantité et la qualité du liquide ou plutôt du tissu sanguin.

Rechercher les causes qui, chez les mineurs, peuvent amener cette altération, décrire les symptômes de l'affection, indiquer le traitement qui peut la faire disparaître, tel est le cadre restreint que je dois chercher à remplir.

Le titre même de ce travail, indique que c'est une étude spéciale ; j'ajouterai, qu'observant dans un centre limité qui peut avoir des différences assez notables avec d'autres exploitations minières, il est de mon devoir de faire observer que j'écris simplement sur l'anémie des mineurs de Graissessac.

Il est presque inutile de dire que je n'ai à parler exclusivement que d'ouvriers occupés dans des mines de houille.

Toute question de science pure sera laissée de côté, n'ayant pas à beaucoup près la valeur nécessaire pour expérimenter ou discuter les expériences des autres. Je désire faire seulement de la pratique, constater des faits aussi rigoureusement que possible, les expliquer, si faire se peut, en tirer des indications qui puissent servir à prévenir le mal, tel est le rôle modeste et bien suffisant pourtant que j'ambitionne. On trouvera dans les traités spéciaux toutes les expériences et indications scientifiques que j'omets ici volontairement.

Les causes de l'anémie sont multiples, elles peuvent être groupées, je crois, dans les trois catégories suivantes :

1° Causes physiologiques ou internes, inhérentes à l'individu;

2° Causes hygiéniques ou externes ;

3° Causes pathologiques.

Parmi les premières, l'hérédité joue le plus grand rôle. Il est constant que les enfants des mineurs anémiques sont plus exposés que les autres à le devenir. Je ne veux pas dire par là qu'on hérite de l'anémie, directement, mais de la prédisposition, de l'imminence morbide qui conduisent à cette affection.

Si on veut bien accepter, ce qui est vrai, dans notre exploitation houillère, que beaucoup d'ouvriers sont entachés de la diathèse scrofuleuse, on comprendra cette influence de race, car le caractère de la scrofule comme du reste celui d'autres diathèses, est de porter son action sur les glandes, or ces organes ont une grande part dans la formation des globules.

Je puis, à mon opinion personnelle, sans grande valeur, ajouter l'autorité de deux maîtres éminents, Trousseau et Bouillaud. A propos de la chlorose, que certains auteurs modernes, parmi lesquels le professeur G. Sée, considèrent comme se confondant avec l'anémie, ces deux auteurs ont dit le premier, que c'était une affection le plus souvent incurable, le second, une maladie constitutionnelle.

L'affection scrofuleuse, du reste, très-commune chez les ouvriers des villes et de certaines industries, parmi lesquelles l'industrie houillère peut être mise au premier rang, est souvent précédée d'un type extérieur que Graves, l'éminent clinicien de Dublin, a signalé en parlant des mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent bon nombre d'artisans : « Ce même genre de vie est fatal à tout âge, il y a plus : au bout de quelque temps, les influences pernicieuses ont marqué toute la race d'une empreinte indélébile, et vous pouvez reconnaître du premier coup d'œil à leurs enfants chétifs, pâles et blêmes, les familles d'ouvriers et d'artisans » (1).

Ce portrait peut s'appliquer à beaucoup de nos ouvriers, qui offrent ce type particulier dont, à première vue, s'aperçoivent tous les observateurs étrangers à la localité.

L'influence de l'âge sur le développement de l'anémie est importante. C'est presque toujours des enfants et des jeunes gens qu'elle atteint de préférence. On comprend que l'organisme qui doit alors lutter contre l'influence du travail, contre de mauvaises conditions hygiéniques et fournir, en outre, à son développement, ait une besogne parfois trop rude à remplir. Ajoutons qu'à l'époque de la puberté ou de la jeunesse, des excès, trop fréquents malheureusement, placent cet organisme dans des conditions d'infériorité qui facilitent l'invasion de l'anémie.

Cette influence de l'âge a été notée par Kuborn : « L'anémie a son maximum de fréquence avant trente ans, elle diminue de trente à quarante ans pour devenir rare, passé cette limite d'âge. » (2)

La constitution a une action évidente. Les ouvriers à tempérament lymphatique sont plus aptes à devenir anémiques que ceux qui présentent les attributs du tempérament sanguin. Ces derniers, toutefois, n'échappent pas à l'anémie et quand ils la contractent, généralement elle se produit plus rapidement chez eux, au moins en apparence.

Elle n'épargne aucun sexe. Les femmes y sont plus directement exposées, pour des raisons physiologiques que nul n'ignore, et si les cas d'anémie sont rares chez elles dans notre exploitation, c'est parce qu'on les occupe en fort petit nombre aux travaux intérieurs. A l'heure où j'écris ces lignes, les femmes étant exclues de ces travaux, il ne serait plus possible d'ajouter de nouvelles observations à celles que j'ai pu faire dans ces dernières années.

Presque toutes les ouvrières, surtout celles qui, dès leur enfance, n'avaient pas pratiqué le travail des mines ont vu, après quelques semaines d'occupation, leurs téguments pâlir. leurs forces décliner en même temps qu'augmentait la perte mensuelle, et ont été conduites ainsi à un état anémique qu'un seul remède a pu guérir : la cessation du travail dans la mine.

Chez presque toutes, j'ai constaté, à part l'abondance de la perte utérine, un retour plus prompt des menstrues qui reparaissent chaque deux ou trois semaines, ne laissant entre elles qu'un intervalle de quelques jours, pendant lesquels une leucorrhée abondante existait. Cette perte blanche, d'après un très-judicieux clinicien, M. Guéneau de Mussy, indiquerait un état anémique, lorsqu'elle suit la perte rouge.

Chez un petit nombre de femmes qui, par nécessité ou mauvais vouloir, s'étaient obstinées, malgré mes conseils, à continuer leur travail, j'ai pu observer, après l'anémie, le développement de la tuberculisation pulmonaire. Je dois, pour être juste, faire remarquer que, dans la plupart des cas, il existait des antécédents héréditaires, ce qui revient à dire,

(1) Graves. *Clinique médicale*, 3e édit. t. II, p. 157.
(2) Kuborn. *Études sur les maladies particulières aux ouvriers mineurs*. Paris, 1863, page 173.

que la mine, le plus souvent, a été cause déterminante plutôt que cause prédisposante.

Peut-il se faire, qu'en dehors de toute hérédité, la mine seule ait suffi à rendre une femme tuberculeuse? Je le crois, mais en pensant qu'elle a une action banale et qu'elle ne doit pas être placée sur un autre rang que les causes ordinaires de la phthisie acquise. Ces faits, d'ailleurs, sont si rares qu'on peut ne pas en tirer grand compte. Plusieurs auteurs ne craignent pas d'affirmer que les houilleurs n'offrent presque pas de tuberculeux, ce qui concorderait avec la supposition du professeur Trousseau, que peut-être l'anémie est une condition favorable au maintien de l'affection tuberculeuse à l'état latent (1).

Une opinion pareille, mais plus nettement formulée, a été émise par M. Pidoux qui, parlant de la chlorose et de la phthisie, a écrit les lignes suivantes : « Je crois avoir remarqué même que les deux maladies s'excluent jusqu'à un certain point, et que si elles coexistent, elles se limitent et se font un mutuel antagonisme. Dans ce dernier cas, ce n'est donc pas la chlorose qui conduit à la phthisie, » (2) et plus loin, page 79 : « Chez les ouvriers qui passent leur vie dans les entrailles de la terre pour en extraire la houille, et qui sont sujets à l'anémie particulière qu'on a décrite sous le nom d'anémie des mineurs, d'anémie endémique d'Anzin, etc. la phthisie n'est pas plus commune, elle l'est moins que chez les individus qui ne sont pas soumis à ce genre d'étiolement qui paralyse la nutrition. »

Les causes hygiéniques ou externes sont les plus apparentes, les plus variées, les plus efficaces peut-être. C'est surtout dans le sexe masculin qu'on peut étudier leur influence; là se trouvent les cas les plus nets, les plus exempts de complication, les plus fréquents, en raison du grand nombre d'hommes occupés, les plus instructifs, en raison des différences d'âge, d'origine, de travail, etc.

ANÉVRYSME VOLUMINEUX

DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE GAUCHE, CHEZ UN INDIVIDU D'UN AGE AVANCÉ. — GUÉRISON SPONTANÉE APRÈS UNE VIOLENTE INFLAMMATION DU SAC.

Par le docteur José Pereira-Guimaraes.

Frédéric, âgé de cinquante ans, naturel de l'Afrique, nègre, au tempérament sanguin et d'une constitution régulière, entra dans la maison de santé de Nossa Senhora d'Ajuda, le 5 mai 1875.

Ce malade présentait, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse gauche, sur le point correspondant à la région inguino-crurale, une tumeur volumineuse, qui avait des pulsations isochrones aux pulsations artérielles, accompagnées de mouvements d'expansion. En comprimant l'artère crurale au pli de l'aine, les pulsations cessaient et la tumeur diminuait de volume. Aussitôt que la compression cessait, les pulsations reparaissaient et le malade sentait des douleurs aiguës dans l'intérieur de la tumeur, dès que la circulation se rétablissait.

Ces douleurs étaient accompagnées de mouvements convulsifs dans le membre affecté, et ces mouvements ne cessaient qu'au bout de quelques minutes, après la disparition des douleurs.

L'auscultation faisait entendre un bruit de souffle très-intense pendant la diastole. La compression au creux du jarret, faisait augmenter la tumeur un peu plus et les pulsations s'exagéraient. Qu'il soit dit en passant que le membre malade était incomplet, parce que le malade avait subi, antérieurement, l'amputation de la jambe au tiers supérieur.

Les pulsations de l'artère poplitée étaient plus affaiblies du côté malade que du côté sain.

Cette tumeur était énorme.

Elle s'étendait depuis le pli de l'aine jusqu'à un peu au-dessous de la limite du quart supérieur de la cuisse.

Les dimensions étaient dans le diamètre longitudinal de 11 1/2 centimètres, dans le transversal de 14 1/2 centimètres, la mensuration ayant été faite à la partie médiane. La circonférence du membre dans le point le plus élevé de la tumeur était de 45 centimètres.

Hors ces phénomènes, la peau qui couvrait la tumeur était tendre, luisante et douloureuse ; le pouls plein et fréquent ; la langue couverte d'un enduit légèrement jaune, il y avait de la soif, de la céphalalgie et des mouvements convulsifs dans le membre, toutes les fois qu'on touchait la tumeur ou que le sang pénétrait dans son intérieur, aussitôt qu'on suspendait la compression faite sur l'artère au-dessus.

Les ganglions de l'aine et de la partie inférieure du ventre étaient un peu augmentés de volume.

L'examen de la caisse thoracique révéla un rétrécissement de l'orifice aortique, et une dilatation de l'aorte.

Ce malade me rapporta qu'il était venu au Brésil, à l'âge de douze ans environ, et il a résidé pendant quelque temps à Bahia et après, pendant longtemps, à Rio-Janeiro.

Son occupation a été toujours celle de chargeur de café, qui est une profession très-pénible.

Il y a trente ans, à peu près, plusieurs sacs de café sont tombés sur sa jambe gauche, et la laissèrent dans un tel état, qu'il a été nécessaire de pratiquer l'amputation, qui, d'après ce que l'on voit, a été pratiquée par la méthode circulaire.

Il continua toujours à marcher et travailler, aidant ses compagnons à soulever des fardeaux et en portant la jambe dans un pilon.

Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autre maladie, autre que celle-ci.

Cependant, il y a six mois, au moment où il aidait à soulever un sac de café, il éprouva une grande douleur et un craquement au niveau de l'aine, la douleur se propageant dans les lombes et dans les os iliaques.

Ces douleurs ont duré peu de jours, au bout desquels il retourna de nouveau à son travail, en continuant encore à porter le pilon.

Mais, après quinze jours, il commença à remarquer la formation d'une petite tumeur, qui frappait et augmenta progressivement, jusqu'à ce que, il y a près de quatre ou six jours, elle commençât à s'enflammer et à le faire souffrir beaucoup.

D'après ce que je viens d'exposer, on voit qu'il s'agissait d'un anévrysme, de la partie supérieure de l'artère fémorale droite, et qui allait presque jusqu'à l'iliaque externe, et était en travail inflammatoire.

C'était donc un cas très-grave, dont la terminaison semblait être la plus désagréable possible.

Je fis consister le traitement à combattre l'état inflammatoire, décidé à procéder plus énergiquement, selon la marche de la maladie.

Je lui ordonnai :

Interne.

Mélange salin simple. . . .	300 grammes.
Acétate d'ammoniaque. . . .	4 grammes.

Mêlez.

A prendre un petit verre d'heure en heure.

Externe.

Pommade de belladone camphrée (sur la tumeur).

Bouillon de poulet.

6. — La réaction générale avait diminué un peu, l'état local était pire.

Il y avait de la constipation, ce qui me fit prescrire :

Interne.

Mélange salin simple. . . .	360 grammes.
Sulfate de magnésie	60 grammes.

Je fis continuer l'usage de la pommade, en faisant appliquer par

(1) Trousseau. *Clin. médic*., 4e édit., t. III, page 535.
(2) Pidoux. *Études générales et pratiques sur la phthisie*, 2e édit. p. 77.

dessus des cataplasmes de farine de lin laudanisés, pour envelopper toute la partie supérieure de la cuisse.

7 à 10. — L'état général alla toujours de mieux en mieux, le mouvement fébrile ayant presque cessé le 10.

Quant à la tumeur, elle a augmenté, les douleurs devenant chaque fois plus intenses et les battements persistant toujours dans la tumeur.

Interne.

Eau de laurier cerise. . . .	10	grammes.
Sirop de lactucarium. . . .	30	—
Eau distillée de tilleul. . . .	150	—

(Une cuillerée à soupe d'heure en heure).

11. — Les douleurs locales étaient intolérables, mais la tumeur avait cessé de frapper et s'était portée dans la partie postérieure et latérale de la cuisse et présentait de la fluctuation très-évidente.

La nuit, les douleurs devenant intolérables, on lui ordonna une potion avec deux grammes d'hydrate de chloral, qui lui procura un grand soulagement.

12 à 15. — La tumeur a continué à grandir, et on remarque que la fluctuation est encore plus manifeste. La peau de la partie médiane et antérieure est tendue. Quelques frissons, accompagnés de sueurs, se sont manifestés pendant la nuit.

Je crains que la rupture du sac ne soit pas très-loin de se produire, car il y a toutes les probabilités de formation de pus.

Le 15, je me décidai à pratiquer la ponction exploratrice avec un des petits-trois quarts de l'appareil de M. Potain.

La ponction étant exécutée, il ne sortit rien par la canule. J'introduisis alors un stylet, lequel pénétra dans l'intérieur de la tumeur et traversa une masse molle qui n'était autre chose que des caillots sanguins. Le stylet étant retiré, il ne sortit qu'un peu de sang, de couleur noire, constitué par une partie liquide, aqueuse, en mélange avec de très-petits morceaux de caillots. Le stylet, introduit de nouveau et porté dans diverses directions, et à une petite profondeur, traversait des masses de caillots. Etant retiré de nouveau, il fait sortir encore des caillots avec les caractères précédents.

Je retire la canule de la tumeur et avec une petite compresse et une bande circulaire, je fais une compression modérée sur le point ponctionné.

L'examen montra donc qu'il n'y avait pas de pus, mais des caillots.

17 à 18. — Le jour immédiat à celui de la ponction, la tumeur commença à diminuer, de manière que le 18, la mensuration de la circonférence de la cuisse était de quarante-deux centimètres.

19 mai au 18 juillet. — Pendant tout ce temps, la cuisse alla en diminuant de volume, la tumeur se résorba au point de se trouver réduite à un noyau dur, occupant le milieu du triangle de Scarpa, et ayant le volume d'un petit œuf de poule.

La circulation qui s'était suspendue complètement dans l'artère poplitée, s'était rétablie, en sorte que l'on pouvait sentir cette artère frapper, quoique très-faiblement.

L'état général est excellent.

18 à 24. — Pendant ces jours, la tumeur a disparu complètement, et l'on trouve à sa place un petit endurcissement diffus, le long de l'artère crurale, dans le triangle de Scarpa.

Du repos au lit, je fis passer le malade à un exercice modéré, en faisant usage de deux béquilles.

Le 24 août, il veut absolument s'en aller; j'y consens en lui recommandant de ne faire aucun service, et d'abandonner la jambe en bois, afin d'éviter des efforts sur le membre.

L'importance de cette observation est très-grande. Il s'agit d'une tumeur anévrysmale, occupant une artère importante, et attaquée d'une inflammation qui paraissant vouloir terminer par suppuration ou par gangrène, guérit néanmoins par la coagulation du sang et la résorption consécutive des caillots.

Parmi les faits de guérison d'anévrysmes inguinaux ou de la partie supérieure de l'artère fémorale, la guérison spontanée n'a lieu, selon Follin, que par gangrène et cela dans des cas très-rares et avec les plus grands accidents. Follin rapporte une observation de M. A. Séverin, dans laquelle la guérison eut lieu par sphacèle de toute la tumeur, et un d'Abernethy où elle mit un an à s'effectuer. Il rapporte encore des exemples où la mort eut lieu. Un de Guettani, où la gangrène survenant, il s'est détaché plusieurs eschares, composées du sac et des tissus environnants. Le malade ne survécut que cinq semaines à la destruction de l'artère fémorale, au-dessus de l'origine de la profonde.

La mort se manifesta à cause de l'épuisement des forces. On trouva l'artère iliaque très-contractée et remplie complètement par un caillot consistant.

Dans ces cas, la mort a été produite, en général, par adynamie ou hémorrhagie.

Dans d'autres anévrysmes, la guérison peut se faire par inflammation, avec formation de caillots dans l'intérieur de la tumeur, et par gangrène.

Dans les cas de suppuration, il peut survenir la perforation de l'anévrysme, laquelle, si elle n'est pas suivie de l'expulsion des caillots qui empêchent l'hémorrhagie, peut terminer par la guérison.

Dans ce cas, au lieu que la guérison s'effectuât par inflammation, elle eut lieu dans un espace très-court (deux mois), et sans être accompagnée de symptômes très-graves.

Le diagnostic ne pouvait être que d'un anévrysme en travail inflammatoire, devant être remarqué un symptôme qui s'est présenté ici : la douleur excessive accompagnée de convulsions dans le membre, toutes les fois qu'après avoir comprimé l'artère, la compression étant suspendue, le sang pénétrait dans le sac, lequel étant enflammé, subissait l'action du choc de l'ondée sanguine.

On remarque ici parmi les causes, une qui est fréquente dans la production de ces anévrysmes : les efforts faits par le malade pour lever des fardeaux, et la sensation de douleur et de craquement qui s'ensuivit.

Ma conduite a été, il me semble, très-prudente. Il s'agissait d'un anévrysme, en travail inflammatoire, chez un individu âgé et souffrant d'une lésion cardiaque.

Devais-je pratiquer la ligature de l'iliaque externe, la seule ligature possible? Assurément non.

J'attendis autant qu'il fut possible, en cherchant à combattre l'état local et général, et depuis le moment où la tumeur cessa de frapper, alla en augmentant progressivement et présenta des signes probables de suppuration, je pris toutes les précautions afin d'intervenir en cas d'accident d'une manière plus énergique. Mais, voyant que tout restait dans le même état, et craignant l'absorption purulente, je fis une petite ponction qui montra que la tumeur était tout à fait remplie de caillots.

Cette ponction fut très-innocente, et elle sembla même avoir pressé le travail de résolution.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

160. Vissaguet. Des tumeurs de la région génienne et de leur extirpation.

161. Dumaine. L'enfant doit être nourri par le lait de sa mère.

162. Lepage. Du traitement de l'eczéma impétigineux chez les enfants par la toile imperméable et de son innocuité.

163. Koellinger. De la thyroïdite aiguë.

164. Dard. Du traitement du prolapsus utérin par les opérations chirurgicales.

165. Taverney. Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire.

166. Hie. Contribution à l'étude de la Phlegmatia alba dolens comme complication de la fièvre typhoïde.

167. Schlumberger. De l'importance des troubles de l'appareil digestif dans l'étiologie des convulsions chez les enfants.

168. Ménager. De l'absorption cutanée de l'iode et de quelques accidents consécutifs chez l'enfant.

169. Engel. De la syncope d'origine traumatique.

170. Liron. Essai sur la chéloïde inguinale spontanée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 août 1877, un cadre d'officiers de réserve, servant au titre auxiliaire, a été créé dans le corps de santé de la marine.

Sont admis à se présenter pour les emplois d'officiers de réserve de l'armée de mer, en outre des officiers et assimilés démissionnaires de l'armée de mer qui sont encore liés au service dans l'armée active ou dans la réserve : les médecins, pharmaciens et vétérinaires civils, dégagés de toute obligation militaire ; les jeunes gens appartenant à la réserve de l'armée de mer, en position de congé renouvelable et exerçant les professions médicale, pharmaceutique ou vétérinaire, à la condition, pour les uns et les autres, d'être pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de vétérinaire ou du titre de pharmacien universitaire de deuxième classe.

Tous les officiers de réserve doivent posséder l'aptitude physique, la capacité et l'instruction nécessaires.

Les candidats devront adresser leur demande au vice-amiral commandant en chef, préfet maritime du port auquel ils désireraient être affectés.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le samedi 6 novembre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus, qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au 22 septembre inclusivement.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Lemaistre (Justin), suppléant d'anatomie et physiologie, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques.

M. Mandon, professeur adjoint de thérapeutique, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Pillault, pharmacien de première classe, est chargé provisoirement et pendant une année, des fonctions de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 4 février 1878, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux.

Le lundi 18 février 1878, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu, pour deux places de chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Histoire des plantes, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris. Tome VI (Célastracées, Rhamnacées, Penæcées, Thymelacées, Ulmacées, Castaniacées, Combrétacées, Rhizophoracées, Myrtacées, Hypéricacées, Clusiacées, Lythrariacées, Onagrariacées, Balanophoracées), avec 488 figures dessinées par Faguet. — 1 vol. gr. in-8° de 523 pages. Prix : 25 francs. — Paris, 1877, Hachette et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 100. — JEUDI 30 AOUT 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 30 AOUT 1877. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin se refuse à parler dans le désert. Il attendra, pour reprendre la suite de son discours, que ses collègues, actuellement dispersés, soient revenus de villégiature. En effet, la salle est à peu près vide; et plus d'une demi-heure avant l'heure réglementaire, il a fallu lever la séance, n'ayant rien à l'ordre du jour.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Empoisonnement par l'urine. — Traitement (1).

II

J'arrive maintenant au traitement curatif auquel on doit toujours avoir recours, en présence d'accidents urémiques graves. Je le diviserai également en deux parties : l'une dans laquelle j'indiquerai les moyens qui sont propres à combattre l'urémie, quelle que soit sa forme, quelle que soit sa localisation ; l'autre, dans laquelle je vous parlerai de la médication qui doit être employée dans certains cas spéciaux de cette maladie. Tout d'abord, je commencerai par émettre cette proposition, que je crois fondée : à savoir, que toutes les fois qu'il s'agit d'un individu qui n'est pas très-affaibli, très-anémié, le meilleur moyen consiste dans les émissions sanguines, telles que la saignée, les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées. Cette pratique donne, en effet, d'excellents résultats, et c'est la meilleure à conseiller en présence de femmes enceintes prises d'éclampsie. Dans ces cas, le moyen le plus sûr serait, il est vrai, de précipiter l'accouchement, mais le travail n'est pas toujours assez avancé pour qu'on puisse y recourir. Aussi, je n'hésite pas à déclarer que c'est la première chose que vous devez faire chez ces malades. A l'hôpital Saint-Louis, où pendant quinze années j'ai été à la tête du service des femmes en couches, j'ai observé bon nombre d'éclamptiques, et si je n'ai pas toujours réussi à les guérir, je dois dire que ce sont encore les émissions sanguines, locales ou générales, qui m'ont donné le moins d'insuccès.

Le même résultat heureux peut être obtenu par l'apparition du flux menstruel. J'ai vu chez une malade, dont la mort était tellement imminente que les dernières précautions avaient été prises, les accidents urémiques disparaître avec l'arrivée des règles, et presque instantanément. Du reste, cet effet de la saignée est encore véritablement en rapport avec ce que nous apprend l'anatomie pathologique. Voyez, en effet, les organes des animaux que nous venons de sacrifier : tous sont congestionnés ; les poumons, le foie, le cerveau, les reins ; en présence de pareilles lésions, on comprend que les émissions sanguines, en diminuant la quantité du sang, aient pour résultat de décongestionner ces organes ; il y a là un premier effet immédiat qui peut expliquer l'amélioration qu'elles procurent dans certains cas. De plus, dans cette affection, où le sang, comme vous l'avez vu, a subi un véritable degré d'intoxication, suffisamment démontrée par l'analyse chimique, et à la simple inspection, par la coloration violette de ce liquide, les saignées, en diminuant la masse du sang, diminuent la quantité du poison, et de ce côté encore, sont une cause de soulagement pour les malades.

Après les émissions sanguines, viennent les diurétiques, les purgatifs répétés, les drastiques même, dont le rôle est d'opérer une déviation utile du côté du rein pour les uns, de l'intestin pour les autres.

Chez les urémiques, en effet, on voit les accidents, avant de se déclarer, être précédés d'une diminution notable de la quantité des urines. Si donc on réussit à augmenter la sécrétion urinaire, si l'on parvient à faire sortir du sang une quantité, plus ou moins considérable, des matériaux de l'urine, quels qu'ils soient, qui l'empoisonnent, on pourra dans certaine mesure, conjurer le danger que courent les malades. Aussi, dans ces cas, s'est-on bien trouvé de l'emploi du nitrate de potasse, ainsi que des préparations de scille et de digitale. Malheureusement il est, dans la pratique, un fait qui empêche le plus souvent le bon effet de ces médicaments et qui fait qu'ils réussissent mal ou incomplètement, c'est l'état des reins : on conçoit, en effet, l'organe étant malade, que la fonction s'exerce elle-même d'une manière insuffisante.

Enfin, on a conseillé encore quelques moyens fondés sur l'observation clinique et sur la chimie, dans le but de neutraliser le poison introduit dans le sang. C'est ainsi que les chi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 août.

rurgiens et notamment M. le professeur Gosselin, ont préconisé l'administration de l'acide benzoïque, à la dose de 4 et 5 grammes par vingt-quatre heures, pour combattre les accidents urémiques que l'on observe à la suite d'interventions chirurgicales du côté de la vessie.

Ce médicament aurait pour effet d'exercer sur les carbonates d'ammoniaque, une action chimique, et le transformerait en hippurates d'ammoniaque beaucoup moins toxiques. Malheureusement, ce qui a réussi aux chirurgiens, n'a pas donné le même résultat entre les mains des médecins, et malgré l'usage de l'acide benzoïque, ceux-ci ont vu les accidents urémiques dépendant de la néphrite albumineuse, continuer à se manifester et même à s'aggraver.

Telle est la médication qui a été proposée contre l'urémie d'une manière générale; maintenant, je dois m'étendre un peu sur les moyens à l'aide desquels on peut la combattre, suivant la différente forme sous laquelle elle se manifeste.

Contre la forme cérébrale convulsive, outre les moyens généraux dont je vous ai parlé, et particulièrement les saignées, il existe encore quelques moyens spéciaux. Ce sont d'abord les inhalations de chloroforme à la suite desquelles on a vu quelquefois cesser les attaques épileptiformes. Malheureusement, le chloroforme n'est qu'un moyen purement palliatif qui, s'il réussit à calmer les spasmes convulsifs, est impuissant à prévenir le retour des nouvelles crises. Cependant il est bon à employer chez les femmes en travail, alors qu'il faut surtout gagner du temps, et conduire les malades jusqu'à la délivrance.

Mais l'inhalation de vapeurs de chloroforme est loin de valoir l'administration du chloral, médicament antispasmodique par excellence, auquel on doit toujours songer lorsqu'on se trouve en présence d'attaques convulsives, quelle que soit leur origine. C'est ainsi, par exemple, que, contre les convulsions des enfants, on en obtient des résultats extrêmement heureux et instantanés. Il doit alors être administré non pas par la bouche, car il existe chez ces malades une contraction des muscles, des mâchoires, qui en rend l'ingestion impossible, mais à l'aide des lavements contenant 2, 3, quelquefois 4 grammes de chloral.

Outre cela, je vous parlerai encore des injections de morphine. Il n'est pas rare, en effet, de voir le calme survenir, après l'injection sous la peau, au moyen d'une solution aqueuse de 1, 2, 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

S'agit-il, au contraire, d'une attaque d'urémie à forme comateuse, il faudra bien se garder alors de se servir des moyens que je viens de vous indiquer. Après avoir eu recours aux émissions sanguines, on emploiera, au contraire, au lieu de calmants, les révulsifs: tels que sinapismes, application de ventouses à la nuque, le long de la colonne vertébrale, sur les cuisses, les jambes, etc.

Un autre mode de révulsion qui peut encore réussir dans quelques circonstances, c'est l'emploi du marteau de Mayor, qu'on applique à plusieurs reprises successives à la nuque. Il détermine, en effet, une brûlure au deuxième degré, quelquefois même au troisième, qui produit une révulsion cutanée extrêmement vive, laquelle peut être quelquefois suivie de succès.

Dans la forme dyspnéique, plusieurs moyens peuvent être également employés. Dans la variété nerveuse, je vous citerai les émissions sanguines, puis les révulsifs cutanés, sinapismes, ventouses sèches, vésicatoires appliqués sur la poitrine. Enfin, dans certains cas, alors que la dyspnée prend un caractère humide, asthmatique; alors qu'avec la suffocation, il y a dans toute l'étendue de la poitrine des râles sibilants et sous-crépitants qui attestent l'existence d'une congestion considérable, on peut soulager les malades à l'aide de l'ipécacuanha, donné à la dose de 2 grammes.

Enfin, je vous citerai, pour terminer, un moyen qu'à la rigueur, on pourrait employer et auquel je ne sache pas que l'on se soit, jusqu'à présent, adressé. Je veux parler des inhalations d'oxygène, lesquelles donneraient une activité plus grande à la respiration, et pourraient même servir de contre-poison en revivifiant le sang.

Quant à la forme gastro-intestinale, le meilleur mode de traitement réside dans l'emploi des évacuants, vomitifs ou purgatifs, qui ont pour effet de chasser, hors de l'économie, les substances toxiques, et, si la théorie de Threiss est vraie, si le carbonate d'ammoniaque se forme dans l'intestin et est absorbé dans cette partie du tube digestif, de prévenir l'empoisonnement et d'empêcher les accidents urémiques de se manifester. Dans ces cas, les médecins anglais ont vanté l'administration des acides chlorhydrique et nitrique qui auraient pour effet de transformer le carbonate d'ammoniaque en chlorhydrate et en nitrate; mais c'est un moyen que je n'ai pas eu occasion d'expérimenter et dont je ne saurais vous indiquer l'importance et la valeur.

En résumé, vous voyez que le médecin n'est pas tout à fait désarmé contre l'urémie et qu'il a à sa disposition des moyens qui, dirigés contre les symptômes, contre la forme même du mal, peuvent, dans certains cas, combattre les attaques et empêcher la mort des malades. Mais, le plus ordinairement, excepté chez les femmes enceintes, la crise conjurée, la maladie qui lui a donné naissance continue à évoluer; de nouveaux accidents, peuvent se reproduire, qui, tôt ou tard, conduisent les malades à la terminaison fatale.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. MAGITOT.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

(Leçons et observations recueillies par M. Th. DAVID, étudiant en médecine.)

IV

On a émis sur la formation du tartre diverses hypothèses: M. Serres a admis l'existence de *glandes tartriques* siégeant dans l'épaisseur des gencives et ayant la propriété de sécréter le tartre des dents. L'observation anatomique n'a point démontré l'existence de ces glandes.

Cl. Bernard (2) donne comme probable une explication qui ferait dépendre la formation du tartre d'une irritation du périoste alvéolo-dentaire à la suite du déchaussement des gencives ramollies par des fragments alimentaires pendant les actes de la mastication. Il compare cette sécrétion à celle qui accompagne parfois la périostite des os.

Cette explication ne saurait être admise, et outre qu'on ne peut attribuer au périoste dentaire aucune action sécrétante, il suffit pour la rejeter de remarquer que l'existence des dépôts de tartre se constate sur certains corps étrangers introduits dans la bouche comme des appareils de prothèse en l'absence

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 août.
(2) *Leçons de physiologie*, 1856, page 134.

complète des dents, et conséquemment du périoste dentaire.

Une troisième théorie est celle de M. Dumas, qui admet dans la bouche deux espèces de salive, l'une acide, l'autre alcaline qui sursature la première. La salive acide tiendrait en dissolution les phosphates, et dès que l'acide serait saturé par la seconde salive alcaline, ceux-ci se précipiteraient.

Cette théorie ne nous paraît pas tout à fait conforme à la vérité. Dans notre opinion, le tartre résulte d'un simple dépôt, par précipitation, des phosphates et carbonates terreux tenus en dissolution dans la salive, à la faveur de la matière organique avec laquelle ils sont combinés. A leur arrivée dans la cavité buccale, les principes se dédoublant au contact de l'air et de la muqueuse, les sels insolubles dans l'eau se précipitent et se déposent à la surface des dents. Cette manière de voir est d'ailleurs celle que paraît avoir adoptée M. Gubler (1).

La quantité de tartre qui se dépose dans la bouche varie infiniment suivant les sujets, et ces différences, dans notre théorie, s'expliquent aisément. En effet, d'une part, les salives simples peuvent contenir, chez certains individus, une proportion moindre de sels terreux en dissolution, et le dépôt tartreux sera relativement faible; d'autre part, le dépôt peut rencontrer, à mesure de sa précipitation à la surface des dents, une réaction accidentellement acide qui le neutralise et le fait entrer en dissolution dans la salive. Si, dans ce dernier cas, le dépôt, déjà peu abondant, se trouve en présence d'un milieu acide fort énergique, on retrouve encore au contact des dents, et malgré la neutralisation du tartre formé, une réaction acide qui entraîne des effets désastreux sur ces organes.

C'est ainsi que l'existence ou l'absence du tartre dans la bouche présente dans l'histoire de diverses maladies une certaine signification. Très-abondant, il indique une réaction alcaline franche de la salive, ainsi que du milieu où se trouvent les dents, et si alors il exclut habituellement la *carie* de celles-ci, il devient la cause déterminante de la gingivite par simple excitation traumatique de la muqueuse. Très-rare, au contraire, ou absolument absent, il implique la réaction acide de la salive et du milieu où se trouvent les dents avec toutes ses conséquences sur l'état de ces organes; puis, entre ces deux états extrêmes, se groupent des degrés avec prédominance plus faible alcaline ou acide et les résultats variés qui en résultent.

On pourrait objecter à cette théorie de la formation du tartre la grande disproportion, souvent observée, de phosphates terreux peu abondants dans la salive, tandis que le tartre en contient environ 60 pour 100. Cette objection n'est pas fondée, si l'on réfléchit que la quantité de salive sécrétée, en moyenne, en quarante-huit heures, chez l'homme, est de 400 grammes environ, de sorte que, si peu que contiennent de phosphates les liquides salivaires, la formation du tartre s'explique encore; car on sait que ce dépôt se produit ordinairement avec une extrême lenteur, et qu'il faut souvent plusieurs années pour en former une couche d'une certaine épaisseur.

Les lieux d'élection des dépôts tartariques indiquent ainsi immédiatement les points qui seront particulièrement frappés de cette forme de gingivite; mais nous devons dire, en outre, que d'autres circonstances accidentelles en favorisent encore singulièrement la production : ainsi, la perte d'une ou de plusieurs dents, certaines maladies de celles-ci, une carie, par exemple, ou parfois encore l'inaction complète, par simple négligence, de tout un côté de la bouche. C'est de la sorte que les fonctions masticatoires ne s'exerçant que du côté opposé, la conséquence immédiate est que le côté actif dépourvu de tout dépôt est entièrement normal, tandis que l'autre, encombré de masses calcaires, est aussitôt frappé de gingivite.

(1) Voir *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Bouche, *Séméiologie*, t. X, p. 225.

On voit que l'intensité de la lésion gingivale variera suivant la quantité de tartre déposé.

Dans les cas les plus bénins, c'est un simple bourrelet rougeâtre, décollé par la couche tartarique, qui a pour siége l'interstice de ce bord gingival et de la surface dentaire, c'est-à-dire le collet. On la rencontre très-fréquemment aux faces antérieure et postérieure du bord alvéolaire inférieur. La région opposée, l'antéro-supérieure, en est, comme nous l'avons dit, presque toujours exempte, en raison de l'absence de sécrétion salivaire sur ce point, et à cause aussi des mouvements incessants de la langue et de la lèvre qui balayent les surfaces.

Dans une forme mieux accentuée, c'est-à-dire avec un dépôt de tartre abondant, la lésion est plus étendue. C'est un bourrelet festonné avec déchaussement véritable des dents, une dénudation d'une certaine hauteur de leur surface, laquelle est recouverte de la production calcaire, qui s'est substituée à la muqueuse elle-même. Les gencives prennent alors l'aspect fongueux; elles saignent au moindre attouchement. Arrivée à cet état, la maladie se complique ordinairement d'un certain degré d'ébranlement et de déviation des dents, ce qui est dû à une propagation de l'inflammation au périoste alvéolo-dentaire. Mais à cet égard, nous n'avons pas à nous étendre ici au sujet de la périostite elle-même, qui ne représente, en définitive, qu'un épiphénomène et une conséquence de l'affection primitive et qui trouvera ailleurs sa description.

En résumé, les caractères essentiels et distinctifs de la *gingivite tartarique* résultent de la présence même du tartre en dépôts plus ou moins étendus et exclusivement localisés aux lieux d'élection de cette matière.

En ce qui concerne le traitement de cette forme particulière, sans vouloir ici préjuger sur les règles de thérapeutique que nous essaierons d'établir plus loin pour la gingivite en général, nous pouvons dire au préalable que l'application de ces moyens devra être précédée invariablement de l'ablation pure et simple de ces dépôts. On devra, en outre, tenter la guérison des dispositions ou des lésions dentaires qui en ont causé la production et appliquer les moyens hygiéniques destinés à neutraliser chimiquement la production tartarique sur place ou à en empêcher le retour. Ceci sera, du reste, l'objet d'une autre leçon sur *l'hygiène rationnelle de la bouche.*

2° *De la gingivite des ouvriers de diverses industries.*

Parmi les gingivites traumatiques, se placent ici certaines inflammations de la muqueuse gingivale, qui sont spéciales à quelques industries, sans préjudice d'ailleurs d'autres lésions du même ordre, qui résultent de diverses intoxications et qui auront leur description dans les gingivites toxiques.

Parmi les gingivites auxquelles pourrait s'appliquer l'épithète d'*industrielles,* se place, en premier lieu, celle qui a été décrite pour la première fois par Putégnat (1). Elle a été observée par lui dans les tailleries de cristal de Baccarat, où 95 ouvriers sur 100 en seraient atteints à différents degrés.

L'auteur auquel nous empruntons cette courte description émet cette première remarque, que les diverses conditions de température, de nourriture, de genre de travail, semblent n'exercer aucune influence sur la production de la maladie, tandis que le simple séjour dans les tailleries paraît être la raison essentielle de son apparition.

(1) *Monographie d'une gingivite non décrite chez les tailleurs de cristal et de verre.* — Paris, 1860.

Les caractères qu'elle affecte sont : une tuméfaction du bord libre des gencives, avec bourrelet en festons au niveau du collet et des interstices dentaires; la muqueuse est rouge, d'abord, puis passe bientôt a la couleur bleue noirâtre. C'est une sorte de liseré avec épaississement, fort différent, suivant Putégnat, du liseré saturnin, qui n'est d'ailleurs nullement inflammatoire.

Cette distinction, sur laquelle l'auteur insiste soigneusement, était nécessaire, car l'industrie des verriers pourrait, comme on pense, prêter à quelque assimilation avec les accidents dus aux préparations plombiques.

Du reste, il existe dans cette variété de gingivite une particularité locale très-importante à signaler, et qui en fournit, en quelque sorte, la nature étiologique, C'est que la maladie s'accompagne, ou peut-être même est précédée, de caries du collet des dents, caries qui arrivent rapidement à détruire la couronne, laquelle, sectionnée ainsi à ce niveau, se brise et tombe. Cette circonstance nous conduit tout d'abord à une conséquence particulière, c'est qu'on ne saurait assimiler la gingivite des ouvriers verriers à la gingivite tartarique, attendu que la présence du tartre et la carie dentaire s'excluent d'ordinaire réciproquement.

La lésion décrite par Putégnat siége exclusivement au bord libre de la gencive, sans présenter d'extension au reste de la muqueuse buccale ni au périoste dentaire. Il suit de là qu'elle ne s'accompagne pas d'ébranlement, ni de chute des dents, conséquences assez fréquentes de plusieurs autres formes.

Dans la recherche des causes de cette affection, Putégnat invoque, il est vrai, bien des circonstances, telles que l'humidité des ateliers, l'insuffisance de l'aération et diverses autres causes banales. Mais, dans sa pensée, il est évident que la cause essentielle est la présence dans les tailleries de poussières fines de verres qui en remplissent absolument toute l'atmosphère et se déposent au collet des dents, où leur présence amène la lésion traumatique dont il s'agit.

Sans pouvoir produire ici aucune expérience personnelle, nous nous rattachons absolument à cette manière de voir, et si nous avions, en outre, à expliquer ici l'intervention de ces mêmes poussières dans la production concomitante de la carie du collet, nous y arriverions aisément.

D'ailleurs, cette pathogénie de la gingivite par les poussières de verre se rapproche de plusieurs autres explications analogues : ainsi, c'est un mécanisme du même genre qui produit l'ophthalmie des casseurs de pierre, des charbonniers, et il convient encore de rappeler ici, à ce point de vue, que ces mêmes ouvriers, ainsi que les tailleurs de Baccarat, sont frappés d'une autre maladie bien plus grave, et qui résulte encore de la présence de particules étrangères, nous voulons parler de ces dépôts qui se fixent dans les voies respiratoires et amènent une tuberculisation à marche rapide. (Putégnat.)

Quoi qu'il en soit, cette gingivite des ouvriers verriers n'est pas la seule qui rentre dans les lésions industrielles de cet ordre. On en signale encore un certain nombre.

Telles seraient les gingivites observées chez les ouvriers employés aux préparations arsenicales. Les fabricants de papiers peints, par exemple (Imbert-Gourbeyre); celles des ouvriers des préparations iodiques, phosphorées (Lebert et Wyss.), celles des mineurs d'Almaden (Roussel); mais ce sont là des formes qui entrent plutôt dans les gingivites *toxiques* et qui seront décrites plus loin. La gingivite des tailleurs de Baccarat est, il est vrai, la seule qui soit jusqu'à présent bien nettement et nosologiquement décrite. Mais il en est certainement bien d'autres de caractère essentiellement traumatique.

Les ouvriers zingueurs employés au décapage sont exposés à une gingivite analogue, due aux émanations de vapeurs d'acide chlorhydrique (1).

Dans une autre industrie, celle des ouvriers chromateurs, MM. Hillairet et Delpech ont signalé des lésions traumatiques de la muqueuse des fosses nasales, sous forme de véritables ulcérations résultant du dépôt de poussières irritantes de chromates. La gingivite, toutefois, n'a pas été observée par ces auteurs. Mais nous ne serions nullement surpris qu'elle fasse partie des accidents de cet ordre. N'ayant toutefois, à cet égard, aucune observation personnelle, nous nous bornons à présenter ces remarques, bien convaincu qu'il y a là, au point de vue de l'hygiène professionnelle, un champ d'études exploré jusqu'ici, selon nous, d'une manière insuffisante.

BLESSURE DU CŒUR

MORT LE HUITIÈME JOUR

Par le docteur Lombard

Le 16 septembre 1875, je suis appelé auprès d'un individu qui venait de recevoir plusieurs coups de couteau. Je le trouve presque exsangue et pouvant à peine respirer. L'ayant fait dépouiller de ses vêtements, je comptai aux régions thoracique et épigastrique quinze ou seize coups de couteau. Le côté droit de la poitrine présentait un emphysème sous-cutané remarquable, surtout à la partie supérieure. Il y avait, à l'épigastre, une blessure large et qui me parut profonde; de plus, au côté gauche, une blessure étroite et s'arrêtant sur une côte à la région précordiale. Le malade fut pansé et soigné, comme on le fait en pareil cas. Son état fut satisfaisant jusqu'au 18, où, après un interrogatoire assez long, il fut pris de fièvre et d'agitation. Le 19, son état s'aggrave, il tousse, la fièvre continue, il a des selles sanguinolentes; tout le poumon droit fonctionne mal. Le 20, je trouve dans les selles des lambeaux de muqueuse, longs de 10 centimètres environ et larges de 2 ou 3; la langue est sèche, l'épigastre douloureux et le ventre ballonné. Le 21 et le 22, il y a une amélioration notable, la langue est humide, le poumon droit fonctionne, mais la respiration est obscure du côté gauche. Le 23, la langue est sèche, le malade expectore des crachats couleur jus de pruneau ; il a de la fièvre et se plaint du côté gauche.

Mort le 24.

A l'autopsie, nous avons trouvé la muqueuse de l'estomac enflammée et ramollie; les deux poumons étaient fortement engoués; le droit avait été atteint par trois coups de couteau, et enfin le ventricule gauche du cœur était perforé par une blessure qui avait environ 1 centimètre. Cette dernière lésion avait été produite par le coup qui paraissait s'arrêter sur la côte.

Cette observation offre de remarquable que la vie s'est prolongée chez le blessé huit jours environ après une blessure intéressant le cœur d'une façon aussi considérable, et que l'inflammation de l'estomac et la chûte de la muqueuse n'ont point été le résultat d'une blessure directe. Il avait été ausculté tous les jours, et rien n'avait pu faire soupçonner que le cœur eût été atteint.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce :

1° Demande à l'Académie de vouloir bien donner son avis sur l'organisation de l'allaitement artificiel à Paris, qui a été l'objet d'un

(1) Maisonneuve, *Hygiène et pathologie des zingueurs* (*Arch. de méd. navale*), 1864, II, p. 288.

vœu émis par le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 17 mars 1877 (commission d'hygiène de l'enfance).

2° Transmet le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Nièvre en 1876 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Félix Guyon qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. LEGOUEST présente : 1° un mémoire manuscrit intitulé : *De la fièvre typhoïde au camp de Châlons*, par le docteur Allaire, aide-major au 51e de ligne (commission des eaux minérales) ; 2° une observation d'*extrophie de la vessie*, par M. le docteur Allaire.

COMMUNICATION

M. SÉE continue l'éloge de l'acide salicylique, qui aurait avec une promptitude miraculeuse rendu la vue à des malades qui n'y voyaient plus distinctement, le plein exercice de leurs membres à des gens cloués dans leurs lits, depuis longtemps, par l'arthrite déformante, la goutte, la sciatique chronique, etc., fait disparaitre les douleurs les plus atroces et les plus rebelles de la céphalalgie, du *tabes dorsalis*, etc., etc.

LECTURE

M. le docteur Fua (de Padoue), lit un travail intitulé *note additionnelle au mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs*. M. Fua insiste surtout sur la distinction à établir entre deux genres de maladies parasitaires pouvant affecter le maïs, celle que l'on nomme le charbon, et celles que l'on comprend sous le nom de verdet. Ces dernières seules, car elles sont multiples, pourraient nuire à la santé de l'homme. (Renvoyé à la Comm. des épidémies.)

A quatre heures vingt-cinq, la séance est levée.

VARIÉTÉS

Vie et travaux de Firmin Marbeau, fondateur des Crèches.

Par M. MOREAU DE JONNÈS.

I.

Le 10 octobre 1875, Firmin Marbeau est décédé à l'âge de soixante-dix-sept ans. Il était né le 18 mai 1798, à Brives, dans la Corrèze, d'une famille peu aisée et laborieuse. Il eut, dès son enfance, sous les yeux le spectacle continu de l'ordre et de l'économie qui doivent présider à tous les actes de la vie, si l'on veut qu'elle soit indépendante et sans tache. Il en conserva l'habitude, et quand la fortune vint d'elle-même récompenser son travail, il n'en voulut la jouissance que pour les siens, gardant pour lui-même, dans sa manière de vivre, une simplicité presque cénobitique. Il dut surtout à sa mère les principes religieux et de haute moralité qui le guidèrent pendant sa vie. « C'est à ma sainte mère, disait-il, que je dois d'avoir compris l'importance de la première éducation. Sans elle, sans la direction qu'elle imprima à mes idées, je n'eusse jamais fondé la Crèche. »

Placé de bonne heure au collége de Brives, Marbeau avait terminé ses études à dix-neuf ans. Ses parents résolurent de l'envoyer à Paris faire son droit. Arrivé dans la capitale, muni d'un léger pécule, le jeune homme entra chez un avoué auquel il était recommandé, et ne tarda pas à se distinguer par son ardeur et son assiduité au travail. Loin de prendre sa part des plaisirs de son âge, il vivait avec une telle économie qu'il trouvait moyen d'envoyer de l'argent à ses parents. Au bout d'un an, Marbeau était maître clerc, et peu après passait brillamment sa thèse de licence sur les transactions, qu'il développa plus tard en un traité qui fait encore autorité. Devenu titulaire d'une des études les plus importantes de Paris, il se maria et ne tarda pas à occuper dans la société la place honorable que lui méritaient ses talents et son caractère. Il se trouva alors en rapport avec les deux plus hautes illustrations du temps : Casimir Périer et Chateaubriand. Celui-ci, ayant lu une brochure du jeune Marbeau sur la révolution de 1830, voulut le voir et lui adressa de vifs encouragements.

L'ardeur de son imagination le poussait à un travail excessif, qui l'épuisa et le rendit gravement malade. Un repos absolu lui ayant été prescrit, il dut céder son étude. Revenu à la santé, il se remit à l'ouvrage et publia un projet de réforme hypothécaire que n'ont point oublié les juges compétents en la matière.

En 1841, M. Marbeau fut nommé adjoint au maire du 1er arrondissement de Paris. Il comprit aussitôt qu'il avait trouvé sa voie dans cette fonction, à laquelle se rattachaient tant d'intérêts divers, et qui le mettait à même d'étudier, sur le vif, les défectuosités de l'organisation de l'Assistance publique et les améliorations qu'elle réclamait. Chargé par le comité d'instruction primaire de faire un rapport sur les asiles, il s'étendit sur les effets bienfaisants de cette institution, qui reçoit l'enfant de deux à six ans pour le rendre à l'école primaire, d'où il sort à l'âge de puberté pour être admis aux classes d'adultes.

« Mais pourquoi, ajoutait-il, ne pas prendre l'enfant au berceau ? » On lui répondait : « L'amour maternel doit seul pourvoir aux besoins du nourrisson. Tant qu'il est attaché au sein de sa mère, la société n'a pas le droit de l'en séparer. — Pourtant, répliquait M. Marbeau, que devient le pauvre enfant lorsque la mère est obligée de travailler hors du logis ? Il y a là une lacune. »

Plein de cette idée, M. Marbeau entreprend aussitôt une enquête dans le plus pauvre des arrondissements de Paris, à Chaillot, qui comptait alors un habitant sur six inscrit au bureau de bienfaisance. Il visite les ménages des indigents, et apprend que les mères, la plupart blanchisseuses, ne gagnant que deux francs, sont obligées, tandis qu'elles travaillent au lavoir, de confier leurs enfants à garder à une sevreuse, moyennant quatorze sous par jour. Lorsque le petit tette encore, sa mère vient l'allaiter aux heures du repas.

« Ce que cette femme consent à faire pour soulager sa propre misère, se dit M. Marbeau, la charité ne pourrait-elle pas le faire mieux et à meilleur marché ? » Un projet est aussitôt rédigé, et soumis au bureau de bienfaisance. Il y démontra qu'il était possible de venir en aide aux mères laborieuses en fournissant des asiles et des berceaux aux nouveau-nés et en n'exigeant qu'une rétribution minime, dont l'objet était surtout d'écarter les femmes oisives d'une institution destinée à moraliser et à encourager le travail.

Les frais de premier établissement et d'entretien devaient être couverts facilement par des dons charitables et des subventions qui ne sauraient être refusées par la commune ou par l'État.

M. Marbeau fut éloquent, pressant ; d'ailleurs la nécessité était évidente et parlait pour lui. Il réussit, et la première Crèche fut ouverte à Chaillot, le 14 novembre 1844. Ce fut un événement dans le monde charitable. Des attaques aussi vives qu'injustes furent dirigées contre l'institution nouvelle, on l'accusa de socialisme, on prétendit qu'elle substituait la société à la mère en la séparant de son enfant, tandis qu'en réalité la Crèche les retient l'un près de l'autre en suppléant à l'envoi du nouveau-né en nourrice.

A la même époque, M. Marbeau publia son livre sur les Crèches, où il posa les principes et les règlements qui n'ont cessé de régir l'institution jusqu'à ce jour. L'Académie française décerna à ce livre le prix Montyon de 3,000 francs, dont la valeur fut consacrée à l'Œuvre. Sa portée n'échappa point à l'esprit élevé et pénétrant du secrétaire perpétuel, M. Villemain : « Ainsi, dit-il dans son rapport, se réalise ce que renfermaient de praticable les théories et les vœux de quelques esprits spéculatifs. Ici, comme partout, l'œuvre d'humanité est œuvre de politique. »

Bien que l'institution de la Crèche ait été l'œuvre capitale de M. Marbeau, et qu'il n'ait cessé jusqu'à sa dernière heure de s'y dévouer, elle ne suffisait pas à son ardent amour de l'humanité, et son instinct de moraliste et de réformateur s'est fait jour sous diverses formes, telles que mémoires lus à l'Académie des sciences morales sur la surveillance des nourrices, sur les enfants abandon-

nés, l'éducation populaire, l'extinction de la mendicité, l'assistance, la répression, le travail des prisons, etc., ou bien sous forme de petites brochures à 25 et 50 centimes, même à 5 centimes, ayant pour but d'éclairer les classes ouvrières sur leurs devoirs et leurs intérêts. Ces publications se font remarquer par le style bref et axiomatique qu'affectionnait l'auteur, parce qu'il le jugeait le plus propre à pénétrer dans la mémoire et à saisir les esprits.

Son *Traité du paupérisme et des moyens d'y remédier*, publié en 1847, visait plus haut, et un autre ouvrage considérable, *Études d'économie sociale*, dont une deuxième édition a paru en 1874, ne tendait à rien moins qu'à une réforme générale de la société et de l'homme lui-même. On peut trouver qu'en signalant avec une parfaite sagacité les vices et les lacunes de l'organisation civile qui nous régit, ces généreuses aspirations ne tiennent pas suffisamment compte des voies et moyens que réclame en toute chose notre siècle positif. C'est l'écueil ordinaire auquel se heurtent les réformateurs, et cette remarque s'applique surtout à l'un des essais de M. Marbeau, qui nous paraît cependant l'un des plus originaux par sa portée philosophique. Il entreprit de démontrer que l'intérêt n'est nullement incompatible avec la morale, ou, pour employer la formule scientifique, que la loi morale peut s'accorder avec la loi économique. Celle-ci s'appuyant sur la concurrence autorise bien des infractions au droit strict et il est évident que cette théorie devrait souffrir bien des exceptions. On a peine à se figurer la vertu trouvant des actionnaires et les bonnes œuvres faisant prime à la Bourse. La conciliation, souhaitée par M. Marbeau, suppose un autre monde que celui où nous vivons; elle paraît donc devoir être reléguée pour longtemps encore parmi les utopies dont les esprits généreux aiment à se bercer.

J'ai prononcé le mot utopie,... Dieu me garde d'y attacher une signification critique! Les utopistes m'ont toujours paru, au contraire, l'honneur et le flambeau de l'humanité. Quand on étudie l'histoire de l'esprit humain, on s'aperçoit que presque tous ses progrès sont dus à des hommes isolés, souvent persécutés. Tandis que les sociétés, fondées sur l'égoïsme individuel et sur les priviléges des castes, offrent le tableau d'un antagonisme incessant, ces hommes apparaissent, de loin en loin, comme jadis les prophètes dans Israël, pour mettre en lumière les abus et les injustices qui profitent au plus fort et au plus habile. Cherchant, en dehors des institutions temporaires, un appui dans la loi divine ou morale, ces élus de la Providence élèvent la voix pour revendiquer le droit des faibles et formuler des plans d'organisation sociale qui garantissent aux déshérités du sort l'amélioration complète de leur existence matérielle et morale. Platon, Thomas Morus, Fénelon, Vauban, l'abbé de Saint-Pierre, J.-J. Rousseau, Saint-Simon, Fourier, ces créateurs de républiques idéales, de Salentes imaginaires, de théories abstraites, ont tous été qualifiés successivement de rêveurs et d'utopistes, et ont mérité de l'être dans une certaine mesure, car leurs systèmes, présentés en des temps où les gouvernements et les mœurs s'y montraient réfractaires, restèrent sans fruit pour leur génération. Ce ne fut que longtemps après qu'ils eurent disparu que, par la lente progression des idées auxquelles ils avaient donné l'essor, leurs plans de réforme, leurs concepts de liberté et de solidarité humaines parurent praticables et jetèrent leur semence dans les constitutions des peuples et dans les systèmes économiques.

Par ses écrits, M. Marbeau prend place à la suite de ces voyants de la perfectibilité humaine, mais grâce à ceux de ses prédécesseurs qui avaient défriché le terrain, il a eu le bonheur de trouver dans les cœurs la bonne volonté, et dans les esprits les lumières dont il avait besoin, en sorte qu'il a pu lui-même appliquer l'une de ses vues les plus utiles et assister, pendant la moitié de sa vie, au succès de son œuvre et à sa propagation. Il faut dire aussi que, malgré sa vive imagination et sous les dehors d'une mansuétude et d'une égalité de caractère parfaites, Firmin Marbeau possédait une certaine dose de finesse mondaine, qui lui restait peut-être de son ancienne profession d'avoué, et dont il se montrait volontiers satisfait lorsqu'elle l'avait aidé à obtenir une subvention ou à conquérir une adhésion importante. Il y joignait cette ténacité de volonté, sans laquelle on n'est point un homme d'exécution. Nul obstacle ne le rebutait. Il était aussi laborieux qu'actif, travaillant partout, dans la rue, comme dans son cabinet. Levé dès quatre heures du matin, il écrivait pendant les heures de silence et consacrait la journée à visiter les crèches de Paris, les ouvroirs, les écoles; il conférait avec les dames et les médecins, présidait les assemblées de bienfaisance. Newton a dit qu'on ne trouve pas impunément une idée vraie; on lui appartient corps et âme, on est son esclave jusqu'à la fin de sa vie. Marbeau était l'esclave de la Crèche. Il songeait sans cesse à la perfectionner. J'eus, une des dernières fois où je le vis, un exemple frappant de cette préoccupation constante, qu'il poussait jusqu'à l'abstraction du milieu où il se trouvait. C'était au plus fort de la lutte contre la Commune. Resté à Paris, j'allais chaque jour, comme tant d'autres, errer du côté de Neuilly où le combat était le plus proche. Je rencontrai M. Marbeau près de l'Arc-de-Triomphe. Il me prit le bras et se mit aussitôt à m'exposer, avec son merveilleux talent de narration, le plan d'un édifice où il se proposait de réunir la crèche, l'asile et l'école. Il voulait que, dans chaque commune de France, les trois institutions fussent inséparables. Prenant l'enfant à sa naissance, il le conduisait sous la tutelle sociale, sans l'éloigner de ses parents, jusqu'à l'âge où il devient en état de choisir une profession. Tandis qu'il parlait, le canon tonnait, il n'en tenait compte. De temps en temps, il levait sa belle tête d'apôtre vers le ciel qu'enflammait le sillon des obus.... il ne les voyait pas! Tout à son idée, pour lui la guerre civile était un accident douloureux, un de ces délires passagers auxquels les peuples, comme les individus, sont sujets, mais elle n'avait pas le pouvoir d'ébranler sa foi dans un meilleur avenir, ni son invincible espérance de dominer le mal par la force de la charité.

Une étude approfondie de la misère et des causes qui la produisent l'avait penétré d'une conviction qu'on ne saurait trop vulgariser : « La culture humaine, disait-il, ne doit pas commencer à sept ans seulement, lorsque l'enfant est admis aux écoles, ni même à trois ans, lorsqu'il est reçu dans les salles d'asile; c'est aux premiers mois de la vie, dès que l'enfant, par le regard, devient sensible aux influences du milieu où il est placé, qu'il faut veiller à son éducation. »

Ces paroles ont une portée qui ne saurait échapper à quiconque a fait de l'homme physique ou moral une étude soutenue. Personne ne niera qu'il y ait des penchants héréditaires dont le germe n'attend pour se développer qu'une circonstance favorable. Si ces penchants sont mauvais, il est souvent trop tard, à trois ans, pour les vaincre. Dans certaines natures, ils ont déjà jeté des racines que les efforts prolongés de l'éducation ne réussissent pas toujours à arracher. Les premières impressions ont une influence extrême sur le reste de l'existence. L'on ne saurait donc faire naître trop tôt dans ces jeunes âmes la conscience du bien et du mal. Or, il n'est pas douteux que la fréquentation de la Crèche n'agisse puissamment en ce sens, et M. Marbeau, dans son manuel, cite des exemples touchants de la transformation qu'elle opère dans les natures les plus rebelles.

La vie de M. Marbeau, calme et sereine comme la tâche qu'il s'était imposée, n'offre aucune de ces vicissitudes qui ont agité l'existence de ses illustres contemporains où la politique a tenu la plus grande part. Cette vie pourrait se résumer par la simple épitaphe de ce romain dont l'histoire n'a rien dit parce qu'il ne fut ni consul, ni général d'armée : *transivit benefaciendo*, il a passé en faisant le bien. Nous ne vous entretiendrons donc plus que de son œuvre, ce sera encore vous parler de lui.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

171. Cayron. Sur quelques modifications dans l'appareil respiratoire, consécutives à la pleurésie aiguë.

172. Ravazé. Étude sur l'étiologie de l'embolie pulmonaire.

173. Girard. De la cystite pseudo-membraneuse.

174. Cusset. Étude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme (fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes).

175. Euthyboule. Étude sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse.

176. Peltier. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'atropine dans le traitement des affections oculaires.

177. Bara. Contribution à l'étude de la coqueluche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Le lundi, 3 décembre 1877, il sera ouvert un concours pour l'emploi de chef des travaux chimiques, au traitement de 2,000 francs.

Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté un mois avant l'ouverture du concours.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.* — Par arrêté du 18 juillet 1877, deux concours seront ouverts, savoir : le 4 février 1878, pour un emploi de suppléant de chaire des sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie et pharmacie); le 12 février, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'école.

— *Hospice civil de Mustapha* (*Algérie*). — Un concours pour trois places d'internes en médecine et en chirurgie à l'hospice civil de Mustapha, s'ouvrira à Alger, le lundi 19 novembre 1877.

Les internes seront nommés pour une durée de trois ans et entreront en fonction le 1er décembre prochain. Le traitement est de 1,200 francs pour ceux de première classe et de 1,000 francs pour ceux de seconde classe. Une indemnité annuelle de 800 francs est accordée aux internes provisoires faisant le service.

— *Hospice d'Orléans.* — Le vendredi 14 septembre 1877, un concours s'ouvrira à la salle des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie.

La première place sera libre le 20 septembre, la deuxième dans les trois mois qui suivront.

La durée de l'internat est de deux ans et le traitement de 300 francs pour la première année, et de 400 francs pour la seconde, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied, par le docteur Poinsot. Ouvrage couronné par la Société de chirurgie de Paris. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né, par le docteur Hutinel. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du rôle physiologique de l'éther sulfurique, de son emploi en injections sous-cutanées, comme médicament excitant et stimulant, par Mlle Ococinkoff, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des maladies du cœur. Lésions des orifices auriculo-ventriculaires, par le docteur Bancel. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des flexions utérines, au point de vue de leur traitement, par Mme Goutcharoff, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la vaginite aiguë et chronique, par le docteur Montagard. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 101. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1877. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Chorée chez l'adulte. — Les tremblements et les mouvements choréiformes.

La chorée chez l'adulte est rare. Nous en avons vu récemment un bel exemple dans le service de M. le professeur Lasègue, à la Pitié, salle Saint-Paul, n° 10. Le malade, entré le 3 juillet, âgé de 41 ans, racontait que son affection avait commencé, l'année de la guerre, à l'occasion d'une émotion violente. Il était peintre en bâtiments et habitait une ville de province. Il y eut des troubles dans cette ville, lors de l'insurrection communale de Paris. On construisit une barricade tout près d'une maison dont on l'avait chargé de badigeonner la façade. Il ne quitta pas son travail, et il était sur un échafaudage quand, en arrivant dans la rue, un colonel de cuirassiers fut tué, presque en dessous de lui. Il eut un grand saisissement, et se hâta de rentrer chez lui, tremblant déjà. Sa femme, qu'il aime beaucoup, qu'il a épousée il y a vingt ans et qui lui a donné six enfants, ne pouvait calmer une émotion qu'elle ressentait aussi vive. L'impression fut donc prolongée autant que profonde. Quand elle s'effaça, le tremblement persistait. Il dura, sans s'accentuer notablement, jusqu'au commencement de l'année dernière. Il était plus marqué à droite. Aussi, pour le rendre moins apparent aux yeux des patrons qui l'employaient, cet homme cherchait-il autant que possible à se placer de telle manière que, pour peindre, il lui fût commode de se servir de la main gauche. Malgré toutes ces précautions, on finit par voir qu'il tremblait et il ne fut plus employé. Il se fit alors gravatier, c'est-à-dire cantonnier pour le transport des terres, état pour lequel toute adresse manuelle serait superflue. Depuis lors, les tremblements, s'accentuant de plus en plus, acquirent tout à fait le caractère choréique; et ce fut sous le nom de chorée d'adulte que ce fait fut classé par M. Lasègue. Il n'y avait jamais eu de douleurs d'aucune sorte, jamais de rhumatisme, jamais d'exposition au froid humide. Dans les antécédents, l'alcoolisme ne joue aucun rôle. Cet homme, marié jeune, et devenu bientôt père de famille, a toujours été d'habitudes sobres. Il n'accuse pas de pituites, pas d'insomnie, pas de rêves effrayants.

A certains points de vue, cette observation rappellerait un peu le tableau de la paralysie agitante. Mais il y manquerait un trait essentiel, l'attitude spéciale et caractéristique. La paralysie agitante ne s'accompagne pas de douleurs; elle est fréquemment occasionnée par une terreur, une émotion vive. De plus, souvent elle est au début unilatérale; elle s'accroît et se généralise progressivement. Voilà les grands traits de ressemblance. C'en est un aussi que l'affaiblissement, la parésie, qui vient succéder, plus ou moins vite, au tremblement simple du début. Mais pour quiconque a vu quelques cas de paralysie agitante, cette maladie, dont le siége anatomique reste jusqu'ici absolument indéterminé, paraîtra néanmoins complétement distincte d'une chorée, même anormale. Dans la paralysie agitante, le malade a l'air *empalé*, suivant l'expression de M. Charcot. Dans la chorée, l'attitude est tout autre; elle est tout autre chez le malade de M. Lasègue.

Nous avons dit que, chez ce dernier, d'après son récit, l'incoordination locomotrice avait commencé par un tremblement peu marqué, peu apparent, qui ne l'empêchait pas de continuer son travail. Le grand désordre choréique n'était survenu que plus tard. Ceci est une preuve nouvelle de la difficulté d'établir en clinique une ligne de démarcation bien tranchée entre les simples tremblements et les mouvements choréiques ou choréiformes. En théorie, le type de ces derniers consiste en des contractions brusques, des grandes saccades, des écarts subits, qui tendent à remplacer le mouvement volontaire par un mouvement autre, parfois opposé; tandis que, dans le tremblement, les membres, qui sont agités d'oscillations plus ou moins étendues, plus ou moins rapides, n'en exécutent pas moins encore, dans le sens intentionnel, les mouvements voulus. Mais, dans la pratique, ces deux genres de troubles moteurs se touchent de si près que, fréquemment ils se trouvent associés dans un même syndrome. C'est ainsi que chez des malades qui, d'ordinaire, offrent à peine un léger degré de trémulence, il n'est pas rare de voir survenir par accès, non-seulement une agitation beaucoup plus marquée et presque incessante, mais des secousses spasmodiques, des projections inattendues, qui écartent violemment le membre du but à atteindre; en un mot, toute l'apparence d'une chorée momentanée. Il en est ainsi, notamment, dans le syndrome que nous avons nommé *trémulence parétique à redoublements*, syndrome fort intéressant à étudier, qui se rencontre dans l'alcoolisme et en dehors de l'alcoolisme, et qui présente dans son ensemble une unité toute

aussi complète, tout aussi bien caractérisée que la *paralysie agitante* elle-même. Ces malades, très-comparables aux choréiques dans les accès de redoublement de leur parésie trémulente, en diffèrent absolument, au contraire, dans les intervalles, redevenant alors des types de trembleurs.

Hémichorée posthémiplégique.

A la suite des hémiplégies, on voit survenir quelquefois un certain genre de tremblements unilatéraux, que M. Charcot décrit sous le nom d'*hémichorées posthémiplégiques* (1). Ce terme, adopté par la plupart des cliniciens, paraît défectueux à quelques-uns, parce que, disent-ils, dans cette affection, les secousses restant rhythmiques et pour ainsi dire symétriques par rapport à l'axe du membre, s'écartent par cela du type de la chorée. Mais, ainsi que nous venons de le voir, cette objection n'est pas très-sérieuse, et c'est œuvre utile que de séparer de la classe si vaste, si confuse, si nuageuse, des tremblements, une espèce bien déterminée au point de vue pathogénique.

Tous les tremblements qui surviennent à la suite des hémiplégies ne sont pas des hémichorées. M. Charcot met à part les cas de trémulations peu accusées troublant les mouvements volontaires et cessant pendant le repos. Ces trémulations sont passives en quelque sorte : résultat direct de la faiblesse persistante, elles traduisent une excitation insuffisante de la contractilité musculaire par l'influx nerveux.

Dans l'hémichorée, les secousses, plus étendues et plus intenses, ne disparaissent point entièrement en l'absence de tout effort, de tout mouvement volontaire. Les membres affectés sont dans un état habituel d'*instabilité*, suivant l'expression de M. Charcot et il existe simultanément du même côté du corps un certain degré d'hémianesthésie portant non seulement sur la sensibilité générale mais même sur les sens spéciaux.

Nous avons vu un cas de ce genre chez une femme qui se présentait à la consultation de M. Féréol et qui avait précédemment passé cinq mois, dans son service, à Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, nº 17. Cette femme, née d'un père ivrogne, qui tremblait depuis longtemps lorsqu'elle fut conçue et qui eut de violents accès de *delirium tremens*, avait toujours été très-nerveuse, très-impressionable. Toute jeune, étant apprentie chez une blanchisseuse, elle tremblait déjà un peu quelquefois lorsqu'elle était très-fatiguée ou très-émue. Depuis l'âge de vingt ans, elle vivait avec un homme, dont elle a eu sept enfants sans compter une fausse couche. A sa seconde grossesse, en 1870, elle fut affectée d'une roséole. Ce fut le seul accident syphilitique dont elle s'aperçut à cette époque; mais, l'année suivante, elle eut des exostoses sur divers points du corps et des douleurs nocturnes, surtout dans la tête. Tous ses enfants moururent peu après leur naissance. L'année dernière, l'homme avec qui elle vivait mourut de phthisie pulmonaire, et elle-même, dans le mois de juillet, elle fut frappée subitement d'une hémiplégie du côté droit. Elle fut soignée d'abord à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin, puis, plus tard, à Lariboisière. A ce qu'elle raconte, la paralysie a duré trois mois et demi, puis elle a été remplacée par un tremblement, d'abord très-intense, de tout le côté droit. La main était si agitée qu'elle n'aurait pu tenir un verre sans en répandre le contenu. Du côté gauche, il existait aussi, depuis le moment de l'hémiplégie, un peu de tremblement, mais beaucoup moins marqué, et qui cessait complétement lorsque les membres étaient au repos et appuyés. Toujours d'après le récit de la malade, la sensibilité était très-diminuée du côté droit, la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût y étaient également affaiblis.

Ainsi, du côté droit, celui qui avait été paralysé, il existait une hémichorée posthémiplégique, telle que l'a décrite M. Charcot, avec tremblement continuel, grandes secousses pendant les mouvements volontaires, hémianesthésie.

Du côté gauche, il n'y avait, au contraire, qu'un certain degré d'exagération d'une trémulence préexistante, trémulence qui se dessinait antérieurement sous l'influence de l'émotion ou de la fatigue.

L'hémichorée diminua peu à peu, et lorsque je vis la malade, elle pouvait se servir de sa main droite pour boire, à la condition de porter rapidement le verre à ses lèvres. Si elle s'attardait dans ce mouvement, son bras était encore repris de secousses saccadées, qui faisaient répandre le liquide. Pour boire posément, il lui fallait maintenir la main droite avec la main gauche.

Pas d'antécédents alcooliques; cette femme ne boit que de l'eau à peine rougie, elle n'a jamais eu de pituite, n'a jamais vomi qu'à la suite d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. Mais elle a souvent des insomnies, des cauchemars, des hallucinations effrayantes, surtout quand elle est dans l'obscurité. Ainsi elle a vu, par exemple, étant bien éveillée, un homme avec une longue barbe; d'autres fois, c'étaient des animaux. Elle est très-sujette aux vertiges, surtout depuis son hémiplégie. Son émotivité naturelle s'est accrue; elle pleure et crierait facilement pour un rien; elle ressent alors des étouffements; mais elle n'a jamais perdu connaissance, jamais eu de crises d'hystérie. Depuis vingt-trois mois, la menstruation est supprimée, et il ne s'agit pas de ménopause, car elle n'a encore que trente ans.

Comme on le voit, ce fait est un peu complexe ; cependant la liaison entre l'hémiplégie et l'hémichorée y est bien évidente.

Dans quelles conditions anatomiques cette liaison existe-t-elle? M. Charcot ayant eu l'occasion de faire l'autopsie de trois hémichoréiques, a trouvé, dans les trois cas, dans une même région cérébrale des *cicatrices ochreuses* qui avaient succédé à d'anciens foyers hémorrhagiques : toujours cette lésion portait sur la partie la plus postérieure de la couche optique, du noyau coudé du corps strié, et du pied de la couronne rayonnante de Reil, c'est-à-dire des fibres blanches qui s'étalent en se dirigeant vers la surface du cerveau. M. Charcot ne serait pas très-éloigné de croire que l'origine de l'hémichorée serait à chercher dans l'altération de quelques-unes de ces fibres blanches, de quelques faisceaux doués ainsi de propriétés motrices particulières. Cette hypothèse pourra paraître un peu hasardée à ceux qui admettent les données anatomo-physiologiques de M. Luys au sujet du cerveau. Suivant M. Luys, les fibres blanches de la couronne rayonnante de Reil n'ont pas d'autres propriétés que de servir de trait d'union entre la substance grise de la surface du cerveau et la substance grise des ganglions centraux, corps strié et couche optique.

Autre forme d'hémichorée.

A côté de l'hémichorée posthémiplégique, M. Charcot mentionne une autre forme d'hémichorée. Celle-ci surviendrait brusquement à la suite d'un choc apoplectique, et elle précéderait, en général, de fort peu de temps, l'hémiplégie. Chez le seul malade de ce genre dont M. Charcot ait fait

(1) *Leçons sur le système nerveux*, 4e fascicule, Paris, 1877, pages 329 et suivantes.

l'autopsie, il a trouvé, dans la partie postérieure de la couche optique, un foyer d'hémorrhagie, qui avait certainement exercé une compression sur les parties voisines, y compris le pied de la couronne rayonnante, mais y compris aussi la queue du corps strié. Or, on sait que pour M. Luys, le corps strié est un centre moteur, comme la couche optique un centre sensitif. La théorie de M. Luys s'applique donc aussi bien aux faits que celle de M. Charcot, dans cette circonstance et dans les cas d'hémichorée posthémiplégique.

En dehors de ces deux espèces d'hémichorée, en existe-t-il une troisième, qui ne serait ni précédée ni suivie d'une hémiplégie, mais qui surviendrait brusquement par un choc apoplectiforme?

Une observation, recueillie à la Charité, dans le service de M. Bernutz, suppléé actuellement par M. Gérin-Roze, tendrait à le prouver; mais malheureusement le sujet de cette observation étant peu digne de créance, il est difficile de faire bien exactement la part de l'exagération et de la simulation possibles dans ce qu'il raconte éprouver.

Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, entré le 23 juillet, salle Saint-Ferdinand nº 20, et qui paraissait hémichoréique du côté droit. La main était sans cesse agitée de secousses assez étendues et rapides, s'exécutant dans le plan vertical; l'avant-bras, fléchi à angle droit, participait à ces mouvements. La jambe était agitée elle-même, mais beaucoup moins. Le malade accusait une anesthésie à peu près complète au membre inférieur, un peu moins marquée à l'avant-bras, et qui, à des degrés divers, occupait toute la moitié droite du corps, y compris les organes des sens.

On le voit, c'est bien le tableau de l'hémichorée.

Le début aurait été brusque. Ce jeune homme, qui aurait eu la vie la plus accidentée, mousse à quatorze ans, puis garçon boucher, puis garçon d'office dans un café, et qui aurait toujours, à l'imitation de son père, fait étrangement abus d'alcooliques de toutes sortes, principalement d'absinthe, serait, un jour, le 10 juillet, ayant bu plus que d'ordinaire, tombé sans connaissance en rentrant dans l'hôtel garni où il logeait. Etant revenu à lui, il se serait couché, et le lendemain, il aurait voulu reprendre son travail. Mais, arrivé dans le café où on l'employait, il aurait été pris d'un tremblement tellement violent de tout le côté droit, qu'il lui aurait été impossible de rien faire. Il serait resté pendant une douzaine de jours dans son hôtel, espérant voir disparaître enfin ce tremblement, puis son état ne changeant pas, il se serait fait recevoir à l'hôpital.

Il ajoute, qu'autrefois déjà, quand il avait l'âge de huit ans, il aurait été obligé de marcher avec des béquilles, par suite de crampes douloureuses et de contractures de la jambe droite. Cela aurait duré à peu près deux ans; le bras aurait été complétement indemne.

Tel est son récit; je le donne sous toutes réserves, car il a été démontré que ce jeune homme cherchait à se rendre plus intéressant en exagérant ce qu'il éprouvait. Ainsi, un jour, il s'était mis à imiter de la main gauche les mouvements choréiformes de la main droite, il a renoncé à cette manœuvre quand on l'a menacé de le priver de vin.

Cependant M. Gérin-Roze pense qu'il doit y avoir quelque fonds de vérité dans son histoire. Il serait étrange qu'un simulateur de cette classe se fût inspiré aussi bien des descriptions les plus classiques. De très-habiles observateurs, y compris un physiologiste du plus grand mérite, s'y seraient trompés.

Paralysie de plusieurs membres chez un alcoolique.

Disons quelques mots d'un fait très-curieux de paralysie momentanée de plusieurs membres, chez un ivrogne.

Dans le service de M. Féréol, à Lariboisière, salle Saint-Vincent, nº 12, était entré, le 29 juin dernier, un homme âgé de soixante-six ans, qui, depuis sept ou huit ans, boit tous les jours, au moins un litre d'eau-de-vie. Il n'est jamais ivre, dit-il, jamais il n'a perdu le fil de ses idées; jamais il n'a vomi; il ne présente pas de pituite du matin; en revanche, il a, depuis fort longtemps, une diarrhée presque continuelle, très-abondante et très-fétide: souvent elle s'échappe dans son pantalon, sans qu'il s'en aperçoive, à ce qu'il raconte. C'est pour cette diarrhée, qui s'accompagnait exceptionnellement de coliques, qu'il était venu se faire traiter à l'hôpital.

A ce point de vue, il allait mieux, lorsqu'un jour d'orage, vers le commencement de la seconde semaine d'août, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus relever la main droite. Les extenseurs de cette main étaient paralysés. Le lendemain, la paralysie avait gagné les extenseurs de la main gauche; puis, elle s'étendit successivement aux fléchisseurs de l'avant-bras droit, aux fléchisseurs de l'avant-bras gauche. Enfin, la jambe droite elle-même fut atteinte. Le troisième jour, on plaça un vésicatoire sur le rachis, entre les épaules. A ce moment, cet homme ne pouvait ni marcher, ni faire aucun usage utile de ses mains, bien que les fléchisseurs des doigts eussent encore conservé une certaine force. Il ne pouvait ni manger, ni boire seul, la flexion volontaire de l'avant-bras étant impossible des deux côtés. Le cinquième jour, il y avait une notable amélioration à ce point de vue. Par une sorte de reptation, mais non par une action directe des fléchisseurs de l'avant-bras, le malade parvenait à rapprocher de sa bouche, sa main toujours demi-fléchie.

L'amélioration fut des plus rapides à partir de ce moment En moins de deux jours, le bras droit, puis le bras gauche, enfin la jambe droite cessèrent d'être paralysés. Aujourd'hui il ne reste plus qu'un peu de faiblesse et un peu de sensibilité à la pression dans le bras droit.

Il y a six ans environ, pendant trois semaines, cet homme avait eu du même côté une névralgie cervico-brachiale, qui avait cédé à l'application de sinapismes.

Paralysie du nerf radial chez un alcoolique.

Au nº 15 bis de la même salle, se trouvait un autre alcoolique qui n'avait pas commis de semblables excès (il ne buvait guère plus de deux litres de vin par jour), mais qui, depuis plusieurs années, présentait tous les phénomènes du syndrome que nous nommons la *trémulence parétique à redoublements :* les fourmillements des doigts, les pituites du matin, les rêves effrayants, le sentiment de pression sur le ventre et sur la poitrine, l'affaiblissement de la vue, la légère trémulence habituelle, les grands accès d'agitation avec mouvements choréiques, etc., etc.

Cet homme fut pris subitement d'une paralysie des muscles extenseurs de la main gauche, paralysie qui ne s'étendait pas au muscle long supinateur, ou du moins l'affectait à peine : quand on faisait fléchir l'avant-bras, on sentait ce muscle se durcir normalement ou à peu près.

A ce point de vue, cette paralysie ne ressemblait pas à celle qu'on nomme généralement rhumatismale, et que M. Panas attribue toujours à la compression du nerf radial. Elle se rapprocherait plutôt de la paralysie saturnine. Mais cet homme n'est pas saturnin, il n'a jamais manié de plomb,

on ne trouve pas, sur ses gencives, de liséré caractéristique.

Après un mois de séjour à l'hôpital, cet homme va beaucoup mieux, grâce à l'emploi de l'électricité, mais il n'est pas complétement guéri. La flexion du poignet et l'extension des doigts ne se font encore que d'une manière très-imparfaite.

Aucune des causes habituelles ne peut être attribuée à cette paralysie qui l'atteignit inopinément. Il était garçon de magasin, et s'occupait à plier des paquets, lorsque, tout à coup, vers quatre heures de l'après-midi, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus relever la main. Il ne se rappelle pas s'être exposé au froid, ou s'être placé dans une position qui permît une compression du nerf radial.

Serait-ce donc une nouvelle espèce de paralysie des extenseurs, se rattachant à l'alcoolisme? Ce fait isolé et incomplet ne peut servir que de pierre d'attente.

Dr Victor Revillout.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (2).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

ANÉVRYSME DE LA FESSE.

I

Grâce à la bonté du Conseil de ce collége, je puis continuer le vaste et important sujet que j'ai commencé il y a deux ans. Comme beaucoup d'autres sujets étendus, il s'est encore accru pendant que mes regards se portaient plus étroitement sur lui. Quand j'ai commencé, je croyais que douze séances seraient amplement suffisantes. J'en aurai consacré dix-huit simplement à la discussion du traitement chirurgical des différents anévrysmes, en excluant autant que possible les questions de diagnostic et de pathologie; cependant j'ai conscience que j'aurai omis ou traité, d'une manière imparfaite, bien des questions du plus haut intérêt pour les chirurgiens praticiens.

Le temps si court dont je dispose, ne me permet pas de faire des sommaires ou des récapitulations, mais il faut que je dise quelques mots pour éclaircir, ce que j'entends faire, le sujet principal des leçons qui vont suivre.

Les questions qui se rapportent au traitement chirurgical des anévrysmes, se lient surtout à la grande découverte de Hunter.

Dans mon premier cours (1872), je traitais des formes d'anévrysme auxquelles, pour la plupart, l'opération d'Hunter est nécessairement inapplicable, ou dans lesquelles elle a toujours échoué; je cherchais à vous faire saisir les raisons qui me font croire que nous ne devons pas considérer ces cas comme incurables, mais que, par l'étude attentive du traitement général et local, une certaine proportion, quoique probablement fort petite, peut être traitée avec succès.

Dans mon second cours (1873), j'ai longuement insisté sur les dangers de l'opération de Hunter et sur ses mauvais résultats quand on l'applique à de grosses artères près de l'aorte thoracique; j'ai également insisté sur l'espoir qu'il y avait de se rendre maître d'anévrysmes comme ceux de la sous-clavière, de l'axillaire et des carotides par la compression ou d'autres méthodes non sanglantes.

Dans le cours de cette année (1874), je parlerai surtout des anévrysmes de la cuisse et de la jambe, et ici, le cas est, je crois, différent. Quand l'opération de Hunter vit le jour pour la première fois, son succès fut si grand et elle faisait entrevoir de si beaux résultats dans des affections jusque-là réputées incurables, qu'il n'est pas étonnant que des chirurgiens aussi accomplis que Lawrence et Guthrie en parlent comme si on n'avait plus rien à espérer de mieux, pour rendre le traitement des anévrysmes théoriquement parfait. Survint alors la réaction qui est inévitable dans les matières d'opinion. Le traitement par la compression, tenté sans beaucoup de succès par Hunter et ses prédécesseurs, fut introduit dans la pratique par les chirurgiens de Dublin. Des anévrysmes de la poplitée furent guéris par la flexion; ces derniers anévrysmes et d'autres furent guéris avec une merveilleuse rapidité par la compression digitale, pendant que d'autres méthodes également inoffensives rendaient aussi des services. De là, quelques chirurgiens semblèrent conclure que, d'une manière ou d'une autre, l'opération de Hunter n'avait rien de sérieux et que c'était, en quelque sorte, une tache pour un chirurgien de la pratiquer. Pendant ce temps-là, d'autres comme M. Syme, convaincus par l'expérience de la fausseté de cette opinion, rejetaient absolument le traitement par la compression. J'espère vous prouver que ces deux manières de voir sont également éloignées de la vérité. L'opération de Hunter, au contraire, s'est montrée fort efficace, entre les mains des chirurgiens des hôpitaux en Angleterre, quand elle était appliquée indistinctement à tous les cas, avant toute espèce de traitement; tandis que la compression, par les méthodes usitées jusqu'ici, appliquée indistinctement à tous les cas, excepté aux plus graves, qui ont toujours été traités par la ligature, n'a pas donné de meilleurs résultats et bien que nous puissions espérer qu'en se perfectionnant, cette méthode deviendra plus efficace, c'est un point qui est encore problématique. Cependant il faut reconnaître qu'il se présente certains cas qui sont guéris si aisément et si rapidement par la compression et surtout avec une innocuité si grande, qu'aucun homme raisonnable ne pourrait lui préférer l'opération de Hunter en pareille occurrence; et la proportion de ces cas me semble considérable.

Il me semble que l'on doit forcément conclure, qu'il faut chercher le progrès du traitement chirurgical de ces anévrysmes, non pas en essayant d'établir une méthode à l'exclusion des autres, mais en s'efforçant de perfectionner autant que possible les méthodes non sanglantes, et en apprenant à discerner les cas qui leur sont le mieux appropriés. Le chirurgien devrait considérer une méthode comme le complément de l'autre. Si, par des considérations établies *à priori*, ou si, par le résultat de tentatives modérées, il est amené à croire que la compression fera plus de mal que de bien, il y a dans l'opération de Hunter une ressource qui a donné dans le passé d'excellents résultats et qui peut vraisemblablement en donner de meilleurs dans l'avenir.

Je consacrerai les autres leçons de ce cours à développer les faits sur lesquels cette manière de voir est basée. En attendant, je parlerai dans cette leçon d'une espèce d'anévrysme dans laquelle il y a de très-sérieuses raisons d'éviter l'opération de Hunter, parce que cette opération y est extrêmement dangereuse et inefficace, tandis que les méthodes non sanglantes offrent de grandes chances de guérison, et que la maladie n'est pas assez urgente ni assez dangereuse pour autoriser à exposer le malade à la mort.

L'anévrysme de la fesse est une maladie rare; il ne s'en est présenté aucun exemple dans nos hôpitaux depuis bien des années, autant que j'ai pu m'en assurer, et peu de nous, je

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 août.

pense, ont eu occasion d'en voir un exemple. Mais cette variété même donne à la maladie un intérêt particulier. Quelques-uns des cas chirurgicaux les plus célèbres ont été des cas d'anévrysme de la fesse; l'un d'eux (celui de Steven, — ligature de l'iliaque interne) a fourni l'une des plus précieuses préparations du Musée de Hunter. Chaque chirurgien instruit doit connaître, par l'expérience des autres, ces formes rares de maladies qui peuvent n'être pas tombées sous son observation personnelle. C'est pourquoi j'espère qu'il ne vous paraîtra pas superflu d'accorder une heure à l'étude des anévrysmes de la fesse, d'autant plus que deux des plus formidables opérations de la chirurgie étaient considérées comme les seuls moyens de traitement, et j'espère pouvoir vous prouver que, dans les circonstances ordinaires, elles sont inutiles.

On trouvera des renseignements sur ce sujet dans les publications anglaises et étrangères suivantes. Le premier cas (traité par l'ancienne opération d'Antyllus) appartient à John Bell, et la représentation graphique qu'il en a fait dans sa *Chirurgie*, est probablement connue de vous tous.

La préparation de Steven, du premier cas dans lequel on lia l'iliaque interne est sur la table, et vous pouvez voir la planche faite d'après la description du professeur Owen dans les *Medico-chirurgical Transactions*. Il y a les deux cas de M. Syme dans sa *Clinique chirurgicale*, et d'autres cas de Schule, Campbell de Montréal, Uhde et autres; l'excellent travail de Bouisson, *Tribut à la chirurgie*; un petit travail par Blasius dans *Deutsche Klinik* (1859); une dissertation de Baum, dont je n'ai pas trouvé d'original, mais dont Gurlt a publié un extrait dans son premier *Year-book;* un mémoire de Servier dans la *Gazette hebdomadaire* de 1869; un traité statistique complet par Fischer dans le XI[e] volume des *Archives* de Langenbeck.

L'artère ordinairement affectée dans l'anévrysme de la fesse est la fessière elle-même, mais il n'est pas rare que ce soit la sciatique (ischiatique). Il est impossible, sans dissection, de savoir si c'est le tronc de l'un ou l'autre de ces vaisseaux ou l'une de leurs branches qui est le siége du mal, car tous deux ne parcourent qu'un court trajet avant de se diviser. Il est également difficile de diagnostiquer l'anévrysme de la fessière de celui de l'ischiatique, comme le montre le cas bien connu de Steven. L'artère honteuse interne, dans son court trajet sur l'épine sciatique, peut être affectée, comme le montre cette intéressante préparation de notre musée. Il y a, enfin, un cas curieux rapporté par le docteur Hilton Fagge (*Guy's Hosp. reports*, 3[rd] ser., vol. X, 1864), dans lequel on trouva un anévrysme de la fesse qui s'était développé sur une artère anormale qu'il appelle « sciatico-poplitée. » (1).

Dans cette rare anomalie, dont le cas de M. Fagge n'est que le quatrième cas connu, l'artère iliaque interne se termine en un vaisseau volumineux, qui suit le trajet du nerf sciatique et devient l'artère poplitée; pendant que la fémorale, qui est d'un petit volume, se termine dans la grande anastomotique.

Fischer rapporte trente-cinq cas d'anévrysmes de la fesse dans son tableau (il y comprend quelques cas de plaies). Si l'on en déduit un cas d'anévrysme par anastomose et le cas cité plus haut de M. Hilton Fagge, il nous reste trente-trois cas; vingt-cinq fois, on supposa que l'affection siégeait sur la fessière ou sur ses branches, six fois sur l'ischiatique, dans les deux autres on ne peut se faire aucune opinion sur le siége probable de la maladie. Ce tableau ne donne qu'imparfaitement la fréquence relative des anévrysmes de l'une ou de l'autre artère, puisque, dans beaucoup de cas, le diagnostic ne fut pas vérifié par l'autopsie; mais il semble certain que la fessière est plus souvent que l'ischiatique le siége d'anévrysme ou de plaie.

(1) Cette anomalie est la même que celle qui a été constatée par Manec; j'ai eu également occasion d'en voir un cas avec mon collègue M. Trastour, pendant que nous étions internes des hôpitaux de Marseille.

VARIÉTÉS

Vie et travaux de Firmin Marbeau, fondateur des Crèches (1).

Par M. Moreau de Jonnès.

II

La crèche s'est toujours faite si modeste que le public n'a peut-être pas une idée assez juste de l'étendue des services qu'elle rend à la société, et qui auraient une bien autre importance, si elle était multipliée sur une plus grande échelle, fonctionnant partout au même titre que les institutions charitables qui ressortissent à l'État.

Qui de nous n'a été saisi d'un vague effroi en étudiant le sombre problème du doublement de la population, tel qu'il est constaté dans les recensements quinquennaux, chez les principaux peuples de l'Europe? Ces documents démontrent que, pour doubler leur population, quarante-deux ans suffisent à la Prusse, cinquante-deux à l'Angleterre, soixante-six à la Russie, mais qu'il faut cent cinquante ans au moins à la France pour arriver au même résultat. Notre pays aurait donc besoin d'un siècle et demi, c'est-à-dire d'une période plus longue des deux tiers pour que sa production humaine égalât celle de ses voisins. Ce calcul confond l'imagination. Comment se fait-il qu'entre nations de même race, vivant sous les mêmes latitudes, dans des conditions sociales analogues, il puisse exister une pareille disproportion? Serait-ce la misère stérilisant les sources de la vie? Mais nous sommes loin à cet égard de l'Irlande, qui, il y a trente ans, pullulait d'habitants mourant de faim! Aucun des pays que nous venons de nommer n'égale le nôtre, sinon en richesse du moins en bien-être; or, c'est précisément cette aisance que l'économie politique accuse du ralentissement dans l'augmentation de la population. Le désir de l'enrichissement, selon elle, motiverait, en général, un retard dans les mariages qui rendrait les unions moins fécondes. En d'autres termes, notre nation serait trop prévoyante pour être prolifique. L'on cite à cet égard la Suisse et la Norwège où, comme en France, la propriété très-divisée assure le plus de bien-être au prolétaire et où la population, en effet, se multiplie le plus lentement, tandis que l'Allemagne où les salaires sont très-bas, où le sol est avare, où la difficulté de vivre jette au dehors, chaque année, une armée d'émigrants, l'Allemagne double sa population en moins de cinquante-quatre ans.

Les Français n'émigrent point, ce qui fait supposer qu'ils se trouvent assez bien chez eux. Toutefois on incline à voir quelque chose de paradoxal dans l'opinion qui consiste à représenter l'aisance comme l'ennemie de la famille, tandis qu'il est notoire que la famille est le plus actif stimulant de la fortune, en vue d'améliorer l'avenir des enfants. Tel qui se serait contenté d'un modeste revenu avec un ou deux enfants veut être riche s'il en a le double. A ce point de vue, l'aisance et la famille concourraient donc à s'accroître l'une l'autre. Néanmoins, il convient de reconnaître, que, dans les deux cas, c'est un agent moral, la prévoyance, qui est le mobile, et que son action ne saurait être calculée avec certitude. On peut donc admettre que les deux influences se neutralisent réciproquement; mais alors la question reste entière et le retard considérable qu'éprouve l'accroissement de notre population demeure toujours sans explication.

Ce retard, on le sait, provient de la faiblesse de l'excédant des naissances sur les décès (2). Or, il a été reconnu que la plus forte mortalité porte en France sur le premier âge. En ce qui concerne

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 août.

(2) En France cet excédant est de 2.55 pour 100; en Angleterre, 3.54; Autriche, 3.87; Belgique, 3.21. Voir les rapports des docteurs Bertillon et Despaulx-Ader, et les travaux de MM. Stuart Mill, Joseph Garnier et Émile de Laveleye.

les enfants naturels, plusieurs États de l'Europe comptent un plus grand nombre de naissances, cependant c'est en France qu'il y a le plus de mort-nés illégitimes. Ce chiffre s'est accru depuis la suppression des tours, qui n'a eu d'autre effet que de multiplier les crimes sans profit pour la morale. Mais il est une autre cause non moins grave par son universalité et sa persistance, que l'on ne saurait trop signaler à l'attention de tous : c'est la mortalité qui frappe les nouveau-nés envoyés en nourrice, et qui s'élève en général à 50 pour 100; elle atteint dans certains départements jusqu'à 60, 76 et même 90 pour 100, c'est à dire qu'il en meurt plus des trois quarts.

En présence d'un tel massacre des innocents, on se demande laquelle est la plus coupable, de l'incurie sauvage des nourrices, qui livrent à la destruction cette précieuse graine humaine, ou de l'insouciance aveugle des parents, qui se soumettent à un usage dont les conséquences sont plus meurtrières que l'invasion d'un typhus. Paris seul fournit chaque année dix-huit à vingt mille enfants que quatorze bureaux de placement expédient en province par leurs agents. Ceux-ci les transportent à des distances souvent considérables pour les livrer à ces paysannes grossières qui font métier de spéculer sur la gêne des parents, et qui leur rendent souvent, après un an ou deux, s'il a échappé à la mort, un être débile, rachitique ou idiot, que sa mère a peine à reconnaitre. Ce n'est pas tout, quand l'enfant est sevré, il passe aux garderies où des femmes, plus pauvres que leurs clients, rassemblent dans des logis malsains quinze ou vingt enfants croupissant dans la saleté, qui y contractent le germe de maladies chroniques dont ils portent toute la vie les stigmates. Et c'est dans ces conditions que des milliers d'individus en France commencent l'existence! Doit-on s'étonner dès lors du petit nombre d'hommes valides et robustes qui peuplent nos villes et nos manufactures et n'aperçoit-on pas là, sinon la raison unique, du moins la cause prédominante en vertu de laquelle l'excédant des naissances dépasse souvent de si peu le chiffre des décès, qu'il suffit d'une épidémie ou d'une guerre pour qu'aussitôt la mort prenne le dessus!

Le projet de loi soumis à l'Assemblée législative en 1874, pour la surveillance des nourrissons, expose, d'après les données de la statistique, que, depuis 1820, cinq millions d'enfants sont morts en nourrice. Ce chiffre paraît excessif, pourtant si l'on réfléchit que cette période de cinquante-quatre ans représente deux générations successives de vingt-cinq ans chacune, qui auraient donné la vie au double au moins d'enfants, on s'aperçoit que ces cinq millions sont bien loin d'exprimer la perte faite par le pays. Lorsqu'on ajoute à ce nombre celui des tristes victimes du vice, de la misère et de la honte qui périssent, chaque année, par le crime ou l'abandon, on demeure consterné de l'effrayant gaspillage qui se fait autour de nous d'êtres humains! Il n'existe pas dans la société un intérêt qui doive primer celui-là, et pourtant l'on a la conscience que le plus grand nombre aurait vécu si, dès leur naissance, ils eussent été recueillis ou surveillés par l'Etat, la Commune ou la charité privée. Les efforts réunis de ces trois forces tutélaires ne seraient pas de trop pour conjurer un mal qui ronge les racines mêmes de la nation et affaiblit sa virilité. Aujourd'hui que les peuples de l'Europe sont à peu près égaux entre eux par l'intelligence, la force et la richesse, la prépondérance appartient, sans conteste, à ceux qui ont le nombre, et qui peuvent dès lors mettre sur pied les armées les plus considérables. Une douloureuse expérience nous a appris que la victoire se range de préférence du côté des gros bataillons. Or, qui peut dire quels changements auraient subi les événements si le déficit énorme que nous signalons dans notre population ne s'était pas réalisé, et si la France, à un moment donné, avait pu compter une armée de plus pour sa défense ?... Qui sait surtout ce que sa gloire y aurait gagné, car, parmi cette multitude vouée aux limbes, il y avait peut-être un Hoche ou un Turenne!

Mais, hâtons-nous de le dire, ce mal, si désastreux qu'il soit, n'est point une des fatalités inexorables auxquelles l'humanité est soumise; c'est au contraire la punition d'une désobéissance à la loi de la nature qui veut que le nouveau-né soit allaité par sa mère, ou que du moins, sans aucun prétexte, il ne soit séparé d'elle. Il n'y a donc ici qu'un désordre social, bien grave sans doute, mais qui peut être réparé. Du moment que l'attention de la charité a été dirigée sur ce point, elle s'est empressée de chercher les moyens de l'atténuer. Des sociétés protectrices de l'enfance se sont créées; elles rivalisent de zèle et sont parvenues, grâce à la surveillance qu'elles exercent sur les nourrices, à réduire considérablement dans plusieurs localités, la mortalité des enfants (1). La Crèche, qu'on nous pardonne cette prédilection, en ne séparant pas le nouveau-né de sa mère, nous semble avoir directement touché la plaie et fourni le moyen le plus efficace de la guérir. Elle fait plus encore : par les rapports discrets et bienveillants qu'elle établit entre les différentes classes, ses bienfaits s'étendent au delà de l'enfant, et elle exerce autour d'elle une action qui, pour être peu apparente, n'en est pas moins salutaire.

La Crèche a déterminé bien des mariages dans des ménages illégitimes. Son exemple améliore l'intérieur du pauvre artisan. Dans ces bouges fétides où l'ouvrière vit enfermée, l'enfant respire un air vicié. Vêtu de haillons, exposé tantôt à l'humidité, tantôt à la chaleur malsaine des poêles, il devient malingre et souffreteux; ses parents, usés eux-mêmes par le travail et une mauvaise nourriture, ne s'aperçoivent pas de son état; mais quand la mère, apportant son enfant à la Crèche, échange ses langes sordides contre du linge propre, lorsque l'enfant baigné, lavé, délivré de la vermine qui le ronge, aspire un air pur, tiédi l'hiver par une température égale, rafraîchi l'été par l'atmosphère des cours et des jardins, alors la pauvre femme, honteuse de sa misère, s'efforce en rentrant de nettoyer sa demeure et de vêtir son petit d'habits plus décents. Quelquefois, dans ces âmes aigries par les privations, l'orgueil se révolte et voudrait repousser un secours, pourtant si délicatement offert; mais dès qu'après quelques mois passés à la Crèche, les parents voient renaître par degrés le petit être maladif qu'ils espéraient à peine conserver, lorsqu'ils voient la santé arrondir ses joues, un sang plus riche colorer ses lèvres blémies, lorsque la gaieté brille pour la première fois dans ses regards et que la vie turbulente éclate dans ses gestes, alors la haine se fond dans ces cœurs blessés, ils comprennent que la société qu'ils accusent peut être une mère aussi tendre et plus sage que la mère véritable! — Et c'est ainsi, qu'on nous permette du moins de l'espérer, qu'entre des classes animées de cette déplorable hostilité qui, par deux fois, en trente ans, a rempli la cité de sang et de ruines, l'enfant devient un puissant moyen de rapprochement et même de réconciliation, car le nourrisson de la Crèche, arrivé à l'âge d'homme, n'oublie pas sa seconde mère.

Ce fut une bien heureuse inspiration qui suggéra à M. Marbeau l'idée de confier exclusivement aux dames le soin et la surveillance des Crèches. Comme son devancier, Vincent de Paul, il savait quels trésors de tendresse renferme le cœur des femmes, et qu'en leur ouvrant une voie utile, leur charité s'y répandrait en flots intarissables. Si la modestie des patronnesses de l'Œuvre ne forçait ma discrétion, que de noms je pourrais citer parmi les plus illustres comme parmi les plus humbles, depuis M[me] Curmer qui installa les premiers berceaux à Chaillot en 1844, depuis sœur Rosalie, surnommée la mère des pauvres, qui consacra sa vie au plus indigent des arrondissements de Paris, celui de la Glacière, dont la population entière accompagna ses obsèques. On n'imagine pas avec quel zèle, quel amour, un grand nombre de dames s'occupent des Crèches; c'est leur pensée unique, leur sollicitude de chaque jour. Il semble que, dans leur âme, la tendresse maternelle, en se confondant avec la charité, ait créé un sentiment nouveau, le plus noble certainement et le plus désintéressé qu'il soit donné à l'humanité de ressentir.

Rien n'est plus simple à coup sûr que l'idée de la Crèche; si simple, qu'il semble que tout le monde aurait pu l'inventer. D'où vient pourtant qu'on ait tant tardé à l'appliquer? Par la même raison qu'il s'est écoulé des siècles avant que Pinel vînt détacher les cadenas et les ceintures de fer qui enchaînaient les folles de la Salpêtrière et les rendaient abruties ou furieuses. C'est que la charité, comme la science, a ses découvertes qu'il n'est donné d'accomplir qu'aux âmes d'élites, chez lesquelles à la claire perception du bieu se joint le don trop rare de l'initiative et la ferme volonté de la réaliser.

(1) Rapport du président de la Société-Mère de Paris.

Certes, la perte d'un homme tel que Firmin Marbeau, qui était l'âme de la Crèche, porte un coup douloureux à cette institution; mais elle ne saurait désormais en être atteinte dans son existence, car elle vit maintenant par elle-même; elle est connue et appréciée du monde entier, et plusieurs pays étrangers ont tenu à honneur de l'adopter. Chez nous, elle a ses racines dans l'âme même de la nation, où la charité est une vertu toujours vivante, mais, il faut bien le dire, cette force de la Crèche est aussi sa faiblesse; elle dépend presque uniquement de la bienfaisance privée, et elle est exposée, par conséquent, aux variations de l'opinion, parfois oublieuse lorsque des intérêts nouveaux viennent captiver son attention. Malgré sa diffusion croissante, la Crèche a attendu vingt-cinq ans avant d'être reconnue établissement d'utilité publique, et il a fallu souvent le crédit personnel de M. Marbeau et sa persévérance pour obtenir les subventions que le gouvernement consentait à lui accorder. Maintenant que son utilité ne saurait être contestée, que nos villes industrielles de province s'empressent de la mettre en pratique, il est temps de généraliser et de régler son action bienfaisante en donnant à cette institution la fixité et la durée.

Ce vœu est celui qu'au matin même de sa mort exprimait l'homme de bien que nous saluons d'un dernier adieu. Il avait eu la consolation de voir l'Assemblée nationale voter en décembre 1874, sur la proposition de M. Théophile Roussel, la loi pour la protection des enfants du premier âge. Il n'était pas encore satisfait. « Cette loi, disait-il, a pour but de protéger les enfants contre la négligence et les méfaits des nourrices, mais elle ne les retient pas dans la famille; le nourrissage fait un grand nombre de victimes qui auraient été épargnées, si elles n'avaient quitté le sein de leurs mères », et il réclamait avec énergie le concours du gouvernement au nom de l'hygiène, de la morale et de la meilleure politique.

Qu'il nous soit permis de nous associer à ce vœu suprême. La société des Crèches, dépositaire fidèle des traditions de son fondateur, a espoir dans le gouvernement qui s'est donné pour mission de combattre l'ignorance et la misère. Une promesse récente, faite dans cette même enceinte, a étendu le rayon de l'instruction primaire en y ajoutant le stimulant de l'obligation légale. La conséquence nécessaire de cette résolution est qu'il faut rendre l'enfant lui-même apte à recevoir l'instruction en s'occupant de régénérer son corps et son esprit, dès les premières heures de son existence.

Il nous faut beaucoup de travailleurs pour les luttes pacifiques de l'art et de l'industrie, il nous faut beaucoup de soldats pour la défense du territoire. La France, nous le répétons, n'en aura jamais trop, et elle fera bien de préférer aux stériles théories de Malthus et de son école, le conseil de la vieille sagesse : « Croissez et multipliez! » Souhaitons donc que la loi édictée en 1874 ne reste pas à l'état de lettre morte; souhaitons que cette vigilance administrative, ces soins minutieux qui président à l'économie de nos budgets puissent s'appliquer à la protection de l'enfance. Là est le vrai trésor! Il est bon d'être riche en produits, il est meilleur d'être riche en producteurs! En obtenant, par une culture attentive, des êtres sains et intelligents, c'est la nation même qu'on refait et qu'on améliore.

C'est donc au nom du salut de l'enfant, si tristement compromis par l'incurie et l'abandon, que les continuatenrs de l'œuvre de M. Marbeau font appel à une législation tutélaire qui accroisse et fortifie la génération future à laquelle le pays devra la réparation du passé.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 102. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 4 SEPTEMBRE 1877. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Prophylaxie de l'érysipèle consécutif aux lésions du sein. II. Hémorrhagies anales.

I. Nous avons, dans le service des femmes, au n° 28, une jeune fille de vingt et un ans, qui est accouchée, il y a deux mois et demi, et qui, après avoir commencé à nourrir, a eu des crevasses au sein, et, à leur suite, une inflammation de la mamelle et une suppuration consécutive.

Je ne m'étendrai pas aujourd'hui sur la description de ces crevasses, que vous connaissez, d'ailleurs, ni sur la forme particulière de ces abcès. J'attirerai seulement votre attention sur les préoccupations que j'ai relativement à la prophylaxie de l'érysipèle, chez les femmes qui ont des abcès de la mamelle, que ceux-ci surviennent après l'accouchement ou qu'ils soient la conséquence d'une lésion traumatique.

La crainte de l'érysipèle, dans ces circonstances, est et doit être, en effet, une préoccupation constante surtout de la part des chirurgiens qui exercent dans les hôpitaux où il y a une accumulation de malades. Car, quelle que soit la théorie, il est certain que dans une certaine mesure l'encombrement contribue au développement de l'érysipèle, maladie qui, de plus, est inconnue par moi et par beaucoup de chirurgiens, comme contagieuse. De là, la nécessité, pour toutes les lésions traumatiques, de se prémunir contre la possibilité de cette complication. Mais il n'est pas de lésion traumatique qui doive inspirer plus de préoccupations à ce sujet que celle de la tête et de la face chez tout le monde, de la région mammaire chez la femme, que la solution de continuité qui devient le point de départ de l'érysipèle du sein, soit d'ailleurs le fait d'une violence extérieure ou qu'il soit survenu spontanément après l'accouchement.

Sans doute, les femmes qui ont un abcès de la mamelle n'ont pas souvent des érysipèles, et ce phénomène est même très-rare à la campagne, mais je n'en reconnais pas moins comme très-utile, de vous donner les préceptes suivants, qui sont d'ailleurs très-simples, et que je vous recommande parce que les moyens les plus simples doivent être d'autant plus employés qu'ils paraissent plus efficaces.

Eh bien, qu'ai-je fait chez cette malade à la consultation. Elle s'est présentée à nous avec une mammite datant de douze à quatorze jours, très-douloureuse, s'accompagnant d'un état fébrile très-marqué et caractérisé par de la chaleur, de la rougeur, un gonflement considérable, et, sous la peau amincie à ce niveau, une proéminence assez prononcée, indiquant la présence du pus. J'ai fait entrer cette femme dans le service, bien déterminé à ne pas intervenir avec le bistouri.

Mais, hier matin, un phénomène nouveau s'était manifesté, et la peau qui recouvrait l'abcès s'était escharifiée dans une grande étendue.

Voici alors ce que j'ai fait. J'ai évité la pression prolongée et j'ai renoncé à faire de grandes explorations. Il m'importait peu, d'ailleurs, de savoir si l'abcès était très-profond ou non. Je me contenterai des données que je possède à ce sujet, à savoir, que les abcès du sein sont des abcès parenchymateux, qu'ils sont constitués, sinon par une loge unique, du moins par une loge principale dans laquelle viennent s'ouvrir deux ou trois trajets rayonnants qui amènent, dans la cavité centrale, le pus provenant d'un certain nombre d'interstices lobulaires, attendu que les abcès de la mamelle sont très-souvent des abcès rayonnés, et, qu'enfin, la guérison survient sans qu'on soit obligé de tourmenter la malade par des pressions plus ou moins douloureuses de la mamelle; qu'enfin il suffit simplement d'ouvrir l'eschare pour donner issue au pus.

J'évite donc ainsi d'ouvrir, par l'instrument tranchant, le réseau vasculaire et sanguin de la peau, parce que je considère cette opération comme une des causes de l'érysipèle du sein, et si, par une raison quelconque, je me crois obligé de donner issue au pus avant d'atteindre l'escharification du tégument, je préfère, plutôt que de me servir du bistouri, pratiquer une ponction que je fais suivre de la compression, et faire ainsi cicatriser, par une sorte de réunion par deuxième intention, les parois opposées du foyer. Ce moyen, que vous me voyez employer depuis quelque temps, m'a quelquefois donné de bons résultats, quoiqu'ils ne soient pas toujours très-satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, chez cette femme, j'ai incisé l'eschare, et je n'ai vu se produire aucun écoulement de sang. D'ailleurs en eût-il été ainsi, celui-ci ne serait pas venu du réseau vasculaire et n'eût tenu qu'à l'incision de quelques lobules de la mamelle.

Mais non-seulement je me garde bien d'ouvrir le réseau vasculaire et sanguin, mais vous avez pu remarquer qu'après avoir incisé l'eschare, je me suis abstenu de pressions exer-

cées sur le sein dans le but de déterminer l'évacuation du pus. Certains chirurgiens recommandent, en effet, cette manœuvre dans ces abcès avec rayonnements multiples, et elle est parfois assez avantageuse. Mais les femmes qui ont accouché récemment et qui présentent ces inflammations de la mamelle qui s'accompagnent de douleurs, de fièvre, sont tellement impressionnables, que la moindre douleur provoquée par le chirurgien, et même la seule crainte de la douleur, déterminent un ébranlement du système nerveux qu'il faut éviter autant que possible. Certes, je ne sais pas dans quelle mesure la crainte, la peur, contribuent au développement de l'érysipèle, mais il est certain qu'elles y contribuent pour une certaine part. Or, moins les malades redoutent la visite du médecin, plus elles ont l'esprit tranquille, mieux elles dorment, mieux elles recouvrent l'appétit et la santé.

Eh bien, c'est pour faire naître chez cette femme cette tranquillité d'esprit, dont j'attends de si bons effets, que je renonce à la toucher, et que pour satisfaire cependant à l'indication d'évacuer le pus, je l'ai engagée à presser son sein elle-même, à enlever, à remettre son cataplasme, en un mot, à renouveler elle-même son pansement.

II. Je ne veux pas terminer cette leçon sans vous dire un mot d'un homme qui est atteint d'une maladie du rectum assez difficile à interpréter, et, par suite, à guérir. Le fond de son affection, le côté principal, c'est un écoulement de sang par le rectum. Cet écoulement sanguin, si je ne considérais que celui qui a lieu à chaque séance, ne serait pas une hémorrhagie, car vous savez qu'on réserve ce nom à tout écoulement de sang assez abondant pour compromettre la santé. Mais ici, nous pouvons nous servir du mot hémorrhagie, parce que voilà un an que, de temps en temps, une, deux et même trois fois par jour, cet homme a de petites pertes de sang, qui, répétées ainsi fréquemment, sont devenues suffisantes pour modifier désavantageusement la santé et constituer une hémorrhagie véritable.

Il est, en effet, très-pâle, ses gencives et ses lèvres sont decolorées; il a des palpitations, une grande faiblesse musculaire, en un mot, tous les signes caractéristiques de l'anémie. Quelquefois même, il éprouve des douleurs frontales, névralgiques, comme les gens qui ont perdu une énorme quantité de sang. Néanmoins, il n'a pas encore une de ces anémies qui paraissent conduire à la tuberculisation, car les poumons sont absolument sains.

Quand on interroge cet homme sur la cause de ces pertes sanguines, il n'hésite pas à l'attribuer à l'existence d'hémorrhoïdes. En effet, il a des hémorrhoïdes externes et même des hémorrhoïdes internes, mais, chose singulière, celles-ci ne se montrent jamais au dehors. Elles ne sortent pas quand il va à la garde-robe, et c'est en vain même que nous avons cherché à les faire saillir en dehors par l'administration de lavements. Néanmoins, nous les avons parfaitement constatées avec le *speculum ani*; celui-ci, en effet, nous a fait voir qu'une partie de la muqueuse était manifestement hémorrhoïdaire, mais qu'elle n'était ni congestionnée, ni excoriée, et, par conséquent, on ne saurait donc admettre, comme évident, que ces hémorrhagies proviennent des hémorrhoïdes internes.

Mais le sang peut venir de trois sources : 1° d'hémorrhoïdes internes, placées très-haut dans le rectum, au-delà des limites accessibles au doigt. C'est un fait excessivement rare; 2° d'un épithélioma, également trop haut placé, pour qu'il puisse être exploré par le doigt; 3° enfin, de quelques ulcérations intestinales, situées dans une partie très-reculée du rectum, dans l'S iliaque, par exemple. A laquelle de ces lésions devons-nous rattacher les écoulements sanguins?

A dire vrai, il ne s'agit pas d'hémorrhoïdes, je ne sais trop quelle cause invoquer, et en attendant que je sois renseigné à ce sujet d'une manière positive, je traite cet homme absolument comme s'il avait une de ces sortes d'hémorrhoïdes internes que l'on peut fixer au dehors, de ces hémorrhoïdes, en un mot, qui peuvent se décongestionner. D'autre part, je le traite également comme s'il avait des ulcérations intestinales. Par conséquent, je lui fais des injections d'eau de Pagliari, je le soumets à l'hydrothérapie, je lui fais prendre du vin de quinquina, des ferrugineux qui ont pour avantage de contribuer à refaire du sang, et peut-être de doubler les tendances aux congestions passives qui peuvent se faire du côté des lésions. Par ces moyens, s'il est atteint de l'une ou de l'autre des deux premières affections que je vous ai citées plus haut, il guérira; si, au contraire, il a un carcinome, le traitement sera malheureusement inutile. Quoi qu'il en soit, ceci n'en est pas moins un fait intéressant parce qu'il vous montre un homme en cours de traitement pour des hémorrhoïdes et des ulcérations du rectum, sans que nous sachions positivement à quelle lésion nous avons affaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

L'éléphantiasis des Arabes.

(Leçon recueillie par M. Magne, interne du service.)

On désigne sous le nom de *pachydermie* ou d'*éléphantiasis des Arabes*, une affection locale caractérisée par l'épaississement et l'altération hypertrophique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané : altération et hypertrophie pouvant atteindre les muscles, les tissus aponévrotiques et fibreux, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les os eux-mêmes; et, opérant une altération de toute la partie malade, telle qu'elle ressemble à la partie similaire de l'éléphant. Cette définition, je le sais, offre prise à la critique: mais, dans les auteurs que vous pourrez consulter, je ne crois pas que vous en trouviez de préférable; aussi, permettez-moi de m'y tenir.

L'éléphantiasis siége, le plus ordinairement, aux membres inférieurs et n'occupe, en général, qu'un seul membre. Dans les membres inférieurs, c'est la jambe qui est le plus fréquemment atteinte; cependant, il n'est pas rare de voir l'affection se propager au pied et à la cuisse; d'autres fois, l'éléphantiasis se trouve sur les parties génitales, occupant chez l'homme le scrotum ou la verge; chez la femme, les grandes lèvres ou le capuchon clitoridien. Hébra cite un cas dans lequel le scrotum pesait (120) cent vingt livres! Quoique le siége d'élection de l'éléphantiasis soit les parties que nous venons d'indiquer, il peut cependant occuper les membres supérieurs ou la face. J'ai vu, pour ma part, une hypertrophie éléphantiasique de la langue.

Il n'y a pas bien longtemps encore, l'on croyait que cette affection n'existait qu'exceptionnellement dans nos pays, et qu'elle ne s'observait guère que sous les tropiques, aux Barbades, en Égypte, sur la côte occidentale d'Afrique, au Brésil; mais actuellement, quoique les cas les plus remarquables et les plus fréquents s'observent, en effet, dans ces régions, ou chez des personnes qui les ont habitées pendant un temps plus ou moins long, ce serait cependant une erreur de croire que cette affection ne puisse se produire en Europe. Il existe, en effet, et encore assez souvent, des cas incontestables d'élé-

phantiasis indigène, d'*elephantiasis nostras*, et vous pouvez tous être appelés à en soigner, je n'ose dire, à en guérir.

Les symptômes de l'éléphantiasis sont très-variables : quelquefois, la peau peut paraître intacte et n'offrir aucune modification dans son aspect extérieur; d'autres fois, elle forme des lobes, le tissu cellulaire sous-cutané paraît segmenté par des brides profondes, qui circonscrivent des tumeurs plus ou moins considérables et de formes irrégulières (*éléphantiasis lobaire*). D'autres fois, la peau est altérée dans sa coloration, elle offre une teinte rosée congestive, d'intensité variable; ou bien la sécrétion du corps pigmentaire subit une véritable exagération, et alors elle devient noirâtre (*elephantiasis nigricans*). Indépendamment du travail d'hypertrophie qui envahit tous les éléments de la peau, certaines de ses parties constituantes peuvent s'hypertrophier spécialement. Ainsi, il n'est pas rare de voir les papilles considérablement augmentées de volume, former, à la surface cutanée, des saillies irrégulières (*elephantiasis papillaris*). Souvent ces papilles hypertrophiées prennent l'aspect de verrues (*elephantiasis verrucosa*). Lorsqu'elles sont séparées par des sillons sinueux, par des crevasses, par des circonvolutions profondément creusées; c'est alors l'*elephantiasis serpentina*. Les papilles hypertrophiées sont quelquefois dépourvues de leur épiderme; elles offrent alors une coloration rouge, elles sont analogues à des framboises et constituent l'*elephantiasis framboësioïdes*. D'autres fois, elles sont recouvertes et comme coiffées d'une sécrétion épidermique, hypertrophiée elle-même et terminée en pointes cornées (*elephantiasis cornea*).

Du fond des sillons qui circonscrivent ces tumeurs papillaires, il peut s'écouler, en assez grande abondance, un liquide séro-gommeux, analogue à la lymphe. Nous verrons plus loin quelle est l'origine de cette *lymphorrhée*. Si, dans quelques cas, la peau est lisse et unie (*elephantiasis lævis*); si elle est dénudée de ses poils (*elephantiasis glabra*). Dans d'autres cas, on la trouve parsemée de saillies, de nodosités siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et la soulevant; ces tubercules, qui ressemblent beaucoup à ceux de l'érythème noueux, sont formés par des hypertrophies partielles du tissu cellulaire, et constituent l'*éléphantiasis tuberosa ou tuberculosa*.

Mais ce qui frappe surtout lorsqu'on se trouve en face d'un cas d'éléphantiasis, c'est l'augmentation de volume du membre malade, augmentation telle que les saillies et les dépressions naturelles de ce membre sont complétement effacées. Lorsque le membre est atteint dans sa totalité, sa déformation est complète; le pied, la jambe et la cuisse ne font qu'une masse cylindrique, qu'un poteau informe et d'un aspect véritablement monstrueux et repoussant.

C'est à tort que l'on a prétendu que l'éléphantiasis n'occasionne aucune douleur. Lorsque les malades sont en repos, la jambe étendue et élevée, ils n'éprouvent, en effet, qu'une sensation de tension assez supportable. Mais la marche, la position verticale même, si peu qu'elle soit prolongée, causent des douleurs, souvent intenses, auxquelles il faut ajouter l'incommodité et la gêne excessives qui résultent du volume et du poids du membre.

Si nous pénétrons plus avant dans l'étude anatomo-pathologique de l'éléphantiasis, nous trouvons que le *tissu cellulaire sous-cutané* nous offre une épaisseur hypertrophique considérable; il est transformé en une masse compacte d'une consistance fibreuse et d'une dureté presque ligneuse; de plus, il adhère d'une façon intime à la peau et aux tissus sous-jacents, aucun glissement de ces organes les uns sur les autres, n'est plus possible. Aussi, lorsqu'on palpe un membre éléphantiasique, on sent que la peau a perdu toute sa souplesse et l'on n'a plus que la sensation d'une masse dure et homogène (*éléphantiasis squirrheux ou ligneux*).

Les muscles sont quelquefois le siége d'une dégénérescence graisseuse, qui leur donne un aspect jaune pâle; d'autres fois, ils sont transformés en une masse gélatineuse, qu'il est difficile de distinguer du tissu cellulaire, devenu gélatineux lui-même; toute la masse éléphantiasique prend alors une consistance molle (*elephantiasis mollis ou gélatineux*). Les vaisseaux, tant lymphatiques que sanguins, sont hypertrophiés, leurs parois sont épaisses et leur calibre est augmenté; aussi, presque toutes les veines sont-elles variqueuses. Mais les lymphatiques offrent une disposition beaucoup plus importante à étudier; ils sont d'abord dilatés dans leur ensemble, et, de plus, ils offrent sur leur trajet, de distance en distance, de véritables réservoirs, qui contiennent une assez grande quantité de lymphe; ces réservoirs peuvent se rompre, soit spontanément, soit sous l'influence du moindre traumatisme, et alors, la lymphe, s'épanchant au dehors, s'écoule par les fissures qui existent à la surface de la peau; c'est là l'origine de cette *lymphorrhée* dont nous avons déjà parlé. Les os eux-mêmes sont, ou hypertrophiés dans leur totalité et transformés en un cylindre informe; quelquefois, le tibia et le péroné sont réunis, soudés en une seule et même masse osseuse; ou bien ils sont hypertrophiés par places et sur quelques-uns de leurs points seulement, et alors, ces hypertrophies constituent de véritables exostoses, qui peuvent occasionner des douleurs très-vives par la compression qu'elles exercent sur les nerfs de leur voisinage.

L'évolution de l'éléphantiasis est lente; c'est une maladie qui procède par saccades successives; sa marche rappelle assez bien celle du psoriasis. Pendant trois, quatre ou cinq ans, les malades voient leur membre être le siége d'un gonflement qui, après une durée variable, peut diminuer, disparaître, mais jamais complétement. De nouvelles poussées, de nouveaux gonflements se produisent à intervalles de moins en moins éloignés, et alors l'éléphantiasis subsiste d'une façon permanente, et son accroissement ne s'arrête plus.

La durée de l'éléphantiasis est indéfinie, et si rien ne vient arrêter la marche de cette affection, l'hypertrophie ira toujours en augmentant. Au début, la santé est conservée; c'est, en effet, une maladie locale, n'ayant aucun retentissement sur les diverses fonctions. Mais, lorsque le poids du membre est assez considérable pour retenir les malades dans l'immobilité; lorsque les douleurs sont assez vives pour enlever le sommeil, il n'en est plus ainsi, et le malade tombe dans un état cachectique dont la terminaison fatale est la mort.

A quelles causes devons-nous rattacher la production de l'éléphantiasis? Ces causes sont multiples et peuvent être rangées sous deux chefs différents; c'est d'abord tout ce qui peut apporter une gêne à la circulation, soit sanguine, soit lymphatique; ce sont ensuite toutes les inflammations répétées, ou de longue durée de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

1°) Parmi les causes qui rentrent dans la première catégorie, nous trouvons : 1° les tumeurs de quelque nature qu'elles soient, qui, comprimant les vaisseaux, entravent d'une façon permanente ou passagère la circulation du sang ou de la lymphe; 2° les fractures des os, lorsqu'elles ont été mal soignées, donnent souvent lieu à des cals vicieux, qui peuvent avoir, sur la circulation, la même influence fâcheuse; 3° l'application trop longtemps continuée de bandages compressifs,

mal exécutés ou trop serrés, agit de même; 4° vous savez tous combien les varices apportent de gêne à la circulation en retour du sang, aussi ne devez-vous pas vous étonner si je vous dis que l'éléphantiasis peut en être la conséquence.

2°) L'érysipèle et l'eczéma ne se limitent pas toujours au derme; ils peuvent, s'étendant au tissu sous-jacent, devenir une cause d'éléphantiasis, surtout lorsqu'ils se répètent et qu'ils existent à l'état chronique. Telles sont les causes les plus fréquentes de l'éléphantiasis.

Un mot, maintenant, sur le mode d'action de ces causes : lorsque la circulation est gênée, il se produit de l'œdème; cet œdème est la conséquence de l'épanchement, en dehors des vaisseaux, d'un liquide qui devait rester enfermé dans ces vaisseaux. Sous l'influence de poussées inflammatoires répétées ou d'une inflammation chronique permanente, ce liquide s'épaissit, se charge d'éléments cellulaires qui s'agglomèrent, s'organisent et constituent un néoplasme, un tissu nouveau. Ce tissu nouveau s'applique sur les parties constituantes d'un membre, aponévroses, os, il fait corps avec tous ces organes, il les épaissit, les dénature, les hypertrophie, et, permettez-moi ce mot, les *éléphantiasise*.

L'éléphantiasis des Arabes est, en général, une affection facile à reconnaître. Les auteurs grecs, Galien, Lucrèce, Arétée, ont décrit, sous le nom d'éléphantiasis, une affection toute différente, qui n'offre aucune analogie avec ceux que nous étudions. C'est, en effet, une maladie véritablement constitutionnelle, caractérisée par la production de tubercules ayant une grande tendance à l'ulcération, se développant partout, non-seulement dans l'épaisseur des téguments, mais encore dans les viscères, tel est l'*éléphantiasis des Grecs*, ainsi appelé parce qu'il a été décrit par les auteurs grecs ; c'est, en réalité, la lèpre de l'Orient. L'affection qui nous occupe est, au contraire, une affection essentiellement locale et hypertrophique; on la désigne sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*, parce qu'elle a été décrite par les auteurs arabes, Janus Damascenus, Albucasis, Avicennes, Razès.

La *sclérodermie* n'offre, avec l'éléphantiasis, aucun point de ressemblance. Dans la sclérodermie, la peau est comme momifiée, comme pétrifiée; revenue sur elle-même, elle étreint les parties sous-jacentes, elle les comprime, les immobilise, les étrangle; elle affecte le plus souvent les membres supérieurs et la face. Lorsqu'elle existe aux doigts, elle les transforme en espèces de fuseaux durs, desséchés, froids, effilés et pointus. Lorsqu'elle existe à la face, elle lui ôte son expression, elle en fait une figure immobile et de marbre. Par suite de la compression qu'ils subissent, les tissus profonds s'atrophient; et c'est avec raison que M. Maurice Raynaud considère la sclérodermie comme une véritable asphyxie locale.

Vous voyez qu'il n'existe absolument aucune ressemblance entre la sclérodermie et l'éléphantiasis.

Le pronostic de l'éléphantiasis des Arabes est grave. L'éléphantiasis constitue une infirmité toujours sérieuse, prive le malade d'un de ses membres et peut même amener la mort, en occasionnant la cachexie dont nous avons parlé.

Quels sont les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition pour combattre une affection dont vous connaissez la marche graduellement progressive? J'ai le regret de vous dire que, jusqu'à aujourd'hui, nous sommes à peu près désarmés, au moins lorsque la maladie est arrivée à un développement considérable. Les chirurgiens ont proposé l'amputation, la ligature du membre malade. L'amputation de la cuisse est une opération trop sérieuse; et, vous ne seriez en droit de la tenter que lorsque la maladie serait arrivée à son plus haut point de gravité; et encore, n'êtes-vous pas à l'abri des récidives. Quoique l'éléphantiasis, en effet, soit une affection locale, nous n'en sommes pas moins obligés d'admettre, chez les individus qui en sont atteints, une certaine prédisposition, contre laquelle nous ne pouvons rien. La ligature de l'artère fémorale est loin d'être aussi une opération insignifiante. Tentée, pour la première fois, par le docteur Carnochan (de New York), pour un cas d'éléphantiasis, cette ligature a été faite fréquemment depuis, et les résultats qu'ont obtenus les différents chirurgiens qui ont eu recours à cette méthode sont loin d'être satisfaisants. La plupart des malades, en effet, ont succombé, soit à des hémorrhagies, soit à la gangrène, soit enfin à l'infection purulente.

Quant à nous, guidé par l'étiologie, nous avons employé, dans un cas très-grave, et nous employons quand l'occasion s'en présente, un mode de traitement qui nous a donné un résultat presque merveilleux. Il s'agissait d'une femme venant du Brésil et chez laquelle les deux jambes offraient un développement hypertrophique considérable. Malheureusement, sans nous prévenir, et par un coup de tête, la malade a quitté l'hôpital, et, depuis, il nous a été impossible de la retrouver. Aussi, à côté de ce moule, qui vous représente les jambes de la malade, lorsqu'elle est entrée dans mes salles, je ne puis vous montrer celui que j'avais l'intention de faire faire après la guérison.

L'éléphantiasis, avons-nous dit, est une hypertrophie consécutive à des œdèmes et à des inflammations répétées. Aussi, l'indication principale consiste dans la compression méthodiquement graduée du membre et dans l'emploi de moyens propres à modifier la vitalité des parties malades.

La compression aide non-seulement à la résorption des liquides épanchés à l'intérieur des tissus, mais aussi, elle favorise la circulation. Elle doit être pratiquée au moyen de bandes de caoutchouc appliquées sur une couche épaisse de ouate, dont on enveloppe le membre, afin de rendre la compression égale, uniforme et supportable. Le bandage compressif doit être renouvelé chaque jour, et on profite de son renouvellement pour baigner la partie malade, pour la soumettre à l'action de douches de vapeur, de massages, en un mot, de moyens propres à favoriser la résolution de l'hypertrophie, et à modifier une vitalité morbide. Il est inutile d'ajouter que le malade doit garder la position horizontale, et même que le membre hypertrophié doit être tenu dans une situation élevée, propre à favoriser aussi la résolution et le dégonflement.

Après deux mois de ce traitement, la malade dont je vous ai parlé était presque guérie, et ses jambes étaient revenues à des proportions presque normales.

Lorsque les hasards de la clientèle vous mettront en présence de l'éléphantiasis des Arabes, je ne saurais que vous recommander d'imiter ma conduite, c'est la seule logique, la seule qui vous donne chance d'une guérison sans entraîner pour le malade chances de mort.

DE L'ANÉMIE CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur Bourguet (de Graissessac).

II

Toutes les mines, toutes les catégories d'ouvriers qui les exploitent sont susceptibles de fournir des anémiques. C'est en m'appuyant sur certaines particularités inhérentes aux

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août.

unes ou aux autres, qu'il me sera possible de déduire quelques données étiologiques qui pourront appuyer mes affirmations.

En ce qui concerne les ouvriers, ce sont surtout les piqueurs (ouvriers à la taille) et les rouleurs, qui sont tributaires de l'anémie. Les premiers travaillent dans les endroits où l'aération se fait le plus mal, les seconds, chose à noter, séjournent longtemps dans les galeries et, en particulier, dans le voisinage du front de taille où ils ont à charger leurs bennes avant de les rouler au sommet des plans.

Les boiseurs, surtout ceux qui ont à réparer les galeries principales, échappent le plus communément au mal, les autres sont peu atteints aussi parce que leur séjour dans la mine n'est jamais très-long et qu'ils ont à opérer le transport du bois, ce qui les oblige à s'éloigner de temps en temps du chantier.

Les charretiers et les cantonniers sont dans des galeries assez vastes et assez bien aérées, où, sauf de rares exceptions, ils ne deviennent pas anémiques.

En ce qui concerne les mines en général, leur premier et principal danger, au point de vue de la production de l'anémie, est la mauvaise qualité de leur atmosphère qui renferme très-souvent un excès d'acide carbonique, parfois de l'oxyde de carbone, de l'hydrogène proto-carboné et bicarboné, de l'acide sulfhydrique et les produits gazeux qui résultent de l'emploi de la poudre ou de la dynamite. Quelques-unes ont, en outre, une température assez élevée; la proportion d'anémiques qu'elles fournissent est plus considérable. Même remarque pour les mines à grisou qui donnent un notable contingent d'anémiques, surtout si elles présentent, ce qu'on voit assez souvent, le double inconvénient de la chaleur et du grisou. Ce n'est pas que j'accuse le grisou spécialement, mais sa présence indique d'abord une mauvaise aération qu'il aggrave en occupant une place où l'oxygène fait nécessairement défaut. Quant au rôle de la chaleur, il paraît consister dans une modification du type respiratoire qui, en ralentissant les respirations, diminue la quantité d'acide carbonique expiré, tandis que, par la fatigue musculaire plus grande résultant de cette température élevée, la production de ce gaz est augmentée. De là, une accumulation qui porte une gêne considérable à l'échange des gaz entre le sang et les tissus.

Cette production d'acide carbonique, augmente nécessairement la quantité de ce gaz que l'on observe dans presque toutes les mines, où les ouvriers le désignent sous le nom de touffe, force, mauvais air. A certaines époques, ainsi que je le dirai plus loin, son abondance est considérable et les cas d'anémie sont alors plus fréquents. Cet excès d'acide carbonique suppose naturellement un manque d'oxygène qu'on a quelque raison de considérer comme une des plus puissantes causes de l'anémie des mineurs. L'observation suivante vient en aide à cette supposition.

Je tiens de mon savant ami, l'ingénieur J. Guilhaumat, qu'à la Grand-Croix (Loire), au puits Saint-Louis, il existe une galerie dans laquelle tous les ouvriers devenaient rapidement anémiques, malgré sa bonne ventilation. Cette galerie était percée dans une couche très-poreuse, ne donnant guère que du menu. Mon ami attribuait la production de l'anémie au défaut d'ozone, qui est un agent d'oxydation par excellence, et qui, dans son hypothèse, aurait été absorbé par ce charbon poreux et les pyrites que renfermait la galerie. Je veux bien admettre cette explication, tout en faisant observer que l'ozone n'est autre chose que de l'oxygène à l'état naissant et qu'il importe peu de savoir si c'est dans un état ou dans l'autre que ce gaz est absorbé; le fait capital c'est qu'il le soit, et à ce point de vue, l'observation méritait d'être signalée. Elle est d'autant plus importante, que peut-être l'épidémie d'Anzin a été due à une cause toute pareille. La galerie de la mine où la maladie sévit, mal aérée au début le fut mieux plus tard et cependant les phénomènes primitivement observés ne disparurent pas.

Quelle est l'influence exacte de l'absence de lumière sur la production de l'anémie? Il serait difficile de la préciser et, dans l'état actuel de la science, on ne peut la mesurer exactement. Je la crois moins importante que celle des causes ci-dessus mentionnées. Très-réelle cependant, admise par tous les auteurs, elle agit d'une façon que résume fort bien le passage suivant : « Il reste beaucoup à apprendre sur l'influence intime de la lumière, dans la série des actes qui concourent à la formation et à la nutrition de l'organisme, mais la nier est impossible, et, d'après l'ensemble des faits qui s'y rapportent, elle se caractérise par une stimulation du système nerveux et par des modifications chimiques dont les phénomènes daguerriens sont comme un reflet dans un autre ordre de combinaisons : où la lumière manque, toutes les causes débilitantes acquièrent plus d'énergie et amènent plus rapidement cette altération du sang qui est propre aux diverses espèces d'anémies; partout où elle abonde, elle ajoute à l'effet des causes d'excitation ambiante ou intrinsèque. » (1)

Si je ne craignais d'augmenter outre mesure l'étendue de mon travail, et de m'écarter un peu trop de mon sujet, j'accorderais volontiers une mention plus étendue au rôle de cet agent. On pourra, du reste, consulter à ce sujet ma thèse inaugurale où je les apprécie assez longuement. (2)

Signalons en même temps l'influence des diverses sortes de travail. Les piqueurs et les rouleurs sont appelés à développer quelquefois des efforts musculaires exagérés. Les premiers, dans certaines circonstances, travaillent dans des positions très-pénibles qui causent une grande fatigue et troublent profondément l'hématose. Ils peuvent, pour obtenir un gain plus considérable quand ils travaillent à forfait, prolonger outre mesure la durée de leur séjour dans la mine.

Les seconds, s'ils sont jeunes et peu vigoureux, s'épuisent à charger leurs bennes, à les mettre en mouvement sur des rails obstrués par des débris de charbon, où à les replacer en les soulevant, quand, ce qui est assez fréquent, elles déraillent.

Les boiseurs, au contraire, ne font de grands efforts que très-rarement. Façonner un bois, creuser un trou pour le fixer, ne sont pas, en somme, des choses très-pénibles; exceptionnellement, pour un élargissage, pour traverser un éboulement, ils peuvent se fatiguer un peu plus, mais tel n'est pas le cas ordinaire.

Les cantonniers, les charretiers n'ont pas à exercer d'efforts particuliers; tout au plus, ces derniers ont-ils quelquefois occasion, comme les rouleurs, de remettre sur la voie une benne déraillée.

Ajoutons enfin le travail à une lumière artificielle et insuffisante, dans un air vicié, faisons remarquer que souvent le mineur est fumeur et buveur et nous aurons, réunies, toutes les causes que depuis longtemps on invoque dans l'étiologie de l'anémie. Les exhalaisons développées par le charbon, que le professeur Fonssagrives signale comme cause puissante d'anémie, ne sont, à mon point de vue, qu'une production de

(1) Michel Lévy, t. I, p. 373.
(2) Thèses de Montpellier, 1864; n° 97. *Essai sur l'hygiène des ouvriers houilleurs.*

gaz peu oxygénés, dont j'ai constaté la fréquence dans l'atmosphère des mines.

Les variations de la pression barométrique ne sont pas assez considérables pour qu'on en tienne compte.

REVUE DE LA PRESSE

Du phimosis symptomatique du diabète sucré. — Un des principaux symptômes du diabète sucré est, comme on le sait, la glycosurie, et parmi les phénomènes secondaires que celle-ci fait naître, il en est un qui passe le plus souvent inaperçu, à titre de simple épiphénomène, sans être révélé dans sa cause originelle, comme on l'a fait pour le furoncle et les anthrax diabétiques. Nous voulons parler du phimosis qui survient quelquefois dans le cours de cette affection. En voici une observation intéressante publiée par M. le docteur Niepce.

Le malade dont il s'agit exerce la profession de capitaine au long cours. Il est né de parents herpétiques, mais a toujours joui d'une bonne santé. Pendant un séjour à Uriage, où il avait déjà suivi un traitement l'année précédente pour une syphilis secondaire, il s'aperçoit, après son cinquième bain, que sa verge présente un état particulier. Elle est, en effet, considérablement tuméfiée et rouge; et le prépuce qui, bien que très-long, pouvait d'ordinaire être facilement réduit, ne permet plus de découvrir le gland. Tous ces accidents sont survenus avec une grande rapidité. La veille encore, il n'existait aucun symptôme d'inflammation; le malade n'avait observé aucune lésion, il ne s'était livré à aucun rapport sexuel qui pût les expliquer. Enfin, le soir même, la fièvre survient et une sérosité sanguinolente s'écoule autour du gland.

Le jour suivant, l'état fébrile continue. L'écoulement de sérosité entraîne des débris de tissu mortifié, d'aspect noirâtre, d'une odeur fétide de gangrène. L'inflammation du gland est plus vive; et, malgré des symptômes d'étranglement, le malade refuse l'opération du débridement. Ce n'est que le 12 août, sept jours après le début, que la fièvre diminue et que l'œdème du prépuce devient moins considérable. L'état local continue à s'améliorer jusqu'au 17, sans qu'on puisse cependant réussir à réduire le phimosis. Mais, à ce moment, un anthrax d'un volume moyen apparaît à la fesse droite. Enfin, le 19 août, la sécrétion balano-préputiale est à peu près tarie; il n'est pas encore possible de réduire le prépuce; mais l'anthrax a été ouvert et la plaie marche à la cicatrisation, et le malade a repris ses bains. Il quitte Uriage le 5 septembre.

Un an après, M. Niepce revoit son malade dont il songe à examiner les urines. Sur 1,035 grammes elles contiennent 4,15 de sucre. La question était tranchée. Le malade n'avait, la veille de son accident, ni *herpes præputialis*, ni plaque muqueuse, ni chancre d'aucune espèce auxquels on pût rattacher l'apparition rapide du phimosis. Il avait même des habitudes de propreté qui ne permettaient pas de songer à l'accumulation de smegma ou de tout autre produit semblable sécrété par les glandes dans le repli balano-préputial. Il était donc évident que les champignons qui ont été signalés dans l'urine diabétique, au collier du gland, étaient la seule cause du phimosis.

M. Niepce recommande donc d'avoir soin, chez les diabétiques, surtout quand l'état de leurs organes génito-urinaires les prédisposent au phimosis, d'empêcher, par des injections alcalines, par des soins de toute sorte, le séjour de l'urine sous le prépuce. Si l'on est appelé trop tard et que le phimosis ait déjà apparu, il faudra recourir aux antiphlogistiques les plus puissants, aux injections phéniquées au 200e, aux bains alcalins, au débridement et même à la circoncision. Le seul écueil qui s'offre à l'intervention chirurgicale dans ce cas, serait l'apparition de la gangrène qui survient si facilement dans le diabète à la suite des opérations, mais cette complication n'est pas constante.

Enfin, si un phimosis apparaît brusquement et spontanément, sans cause appréciable, on devra faire l'analyse des urines en y joignant l'examen au microscope de la sécrétion fournie par la balano-posthite parasitaire. (*Lyon méd.*)

Kyste de la cloison recto-vaginale ayant son point de départ dans un follicule clos des parois du vagin. — On a rarement occasion d'observer des kystes qui aient leur point de départ dans un des follicules clos dont Cruveilhier et M. Richet ont démontré l'existence dans les parois du vagin. Le fait, d'ailleurs, a été nié par la plupart des auteurs, et Courty, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, ne reconnaît que les kystes qui proviennent du développement de bourses séreuses, ou bien ceux dont le siége primitif est dans le tissu cellulaire périvaginal. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Chénieux, semblerait démontrer que les follicules clos peuvent réellement devenir le siége d'un travail pathologique, aboutissant à la production d'un kyste véritable.

Dans le courant de septembre 1875, M. Chénieux reçoit en consultation Mme X..., âgée de vingt-huit ans; elle se plaint d'éprouver une sensation de plénitude et de pesanteur du côté des organes génitaux, accompagnée parfois de ténesme rectal. Le doigt introduit dans le vagin permet de constater une tumeur mollasse, fluctuante, sur la partie moyenne de la cloison recto-vaginale, à égale distance de la fourchette et du cul-de-sac postérieur. La saillie qu'elle constitue est dépressible, de la grosseur d'une noix, parfaitement lisse et ne gène en rien l'exploration des culs-de-sac vaginaux et du col utérin, pendant laquelle elle semble se loger dans le rectum. Au repos, la tumeur n'est pas perceptible à l'extérieur, mais si on recommande à la malade de faire quelque effort, on la voit apparaître entre la petite lèvre, sous forme d'une saillie globuleuse.

Le toucher rectal démontre qu'il ne s'agit nullement d'une hernie de l'intestin; il ne peut pas être question, non plus, d'un épanchement sanguin, on a évidemment affaire à un kyste.

Le moyen auquel M. Chénieux s'arrête pour débarrasser la malade de sa tumeur, consiste à enlever la paroi antérieure du kyste. Il s'en écoule un liquide filant, comparable à celui de la grenouillette. La paroi postérieure de la tumeur est cautérisée avec le nitrate d'argent.

La paroi antérieure du kyste, examinée dans diverses préparations par M. le docteur Lemaître, établit, d'une façon évidente, que la tumeur a pris naissance dans un follicule clos du vagin. (*Journ. de la Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne.*)

Paralysie des nerfs du plexus brachial résultant de l'usage de béquilles. — On ne connaît guère, dans la science, qu'une douzaine de cas de paralysie du plexus brachial, survenant à la suite de l'usage de béquilles. La plupart des auteurs n'en font d'ailleurs pas mention. Voillemier (*Dict. encyclop. des scienc. méd.*), Demarquay (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*), gardent le silence sur cet accident pathologique dont l'existence est parfaitement démontrée aujourd'hui. D'après M. Laféron, qui a soutenu sa thèse sur ce sujet, en 1868, la paralysie serait due, surtout, à la compression du radial sur un trajet de plusieurs centimètres entre les deux plans résistants que représentent, d'une part, la face externe de la béquille, de l'autre, la face interne de l'humérus. Les autres troncs du plexus échapperaient le plus souvent à la compression en fuyant avec les muscles coraco-brachial et biceps.

Voici, en quelques mots, un cas de ce genre observé par M. le docteur Mauriac.

A la suite d'une fracture du fémur, M. B... commence à marcher à l'aide de béquilles. Au bout de quinze jours, le malade éprouve de l'engourdissement dans le doigt, principalement dans l'annulaire et le médius de la main droite. Le petit doigt est le siége de fourmillements désagréables. Bientôt le poignet ne peut plus être redressé. Deux ou trois jours après, les mêmes phénomènes se produisent du côté gauche.

Au moment où M. Mauriac est appelé, la faiblesse du poignet est telle, que le malade ne peut ni écrire, ni saisir aucun objet. Si on lui fait étendre les avant-bras dans la pronation, les poignets retombent et ne peuvent être maintenus dans la direction des avant-bras. Il en est de même des doigts qui, fléchis dans la main, sont difficilement étendus. Ces phénomènes prouvent que les muscles extenseurs du poignet, innervés par le radial, sont paralysés.

Les mouvements de latéralité de la main sont très-faibles, le pouce est difficilement opposé aux autres doigts et ses divers mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction très-affaiblis. Les masses musculaires des avant-bras ne sont pas atrophiées, mais elles présentent une flaccidité anormale.

Les muscles du bras, sauf le triceps, paraissent avoir conservé leur contractilité à peu près intacte. Les avant-bras peuvent être fléchis sur le bras. Le mouvement de supination se fait par le biceps.

Dans les régions correspondant aux muscles paralysés, la sensibilité tactile est conservée, mais la sensibilité de la douleur est notablement affaiblie.

La cause de cet accident doit évidemment, d'après M. Mauriac, être rapportée à l'usage des béquilles. Celles, dont se servait M. B..., étaient en bois, à une seule branche et à traverse rectiligne, c'est-à-dire éminemment propres à la compression des nerfs dans le creux axillaire. Dans le cas actuel, la paralysie semble avoir porté sur tous les muscles innervés par le radial. Quant à la faiblesse des fléchisseurs, tant que de l'avant-bras et de la main, qui semble indiquer qu'il y a eu aussi compression du médian et du musculo-cutané, si l'on en croit Duchenne (de Boulogne), elle n'est qu'apparente. Elle est due au raccourcissement dans lequel se trouvent ces muscles par suite de la flexion du poignet consécutive à la paralysie des extenseurs.

Le cubital a été certainement comprimé. L'impossibilité de la flexion du pouce et les fourmillements du petit doigt le prouvent.

Tous ces phénomènes de paralysie ont disparu rapidement sous l'influence de la suppression des béquilles, de cinq séances de faradisation de dix minutes chacune, et, enfin, de frictions légères faites matin et soir avec un liniment ammoniacal camphré. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Rétrécissement mitral pur chez la femme; aphasie; hémiplégie droite. — De tous les travaux, on peut conclure, dit M. Falret (*Dict. encyc. des scienc. méd.*), qu'il existe un rapport habituel entre les affections du cœur, l'oblitération de l'artère sylvienne, le ramollissement du cerveau et l'aphasie. Sancereaux indique l'existence d'une affection concomitante du cœur et surtout d'un rétrécissement mitral.

En compulsant ses observations de rétrécissement mitral pur, M. Duroziez dit avoir été frappé de l'existence, chez la femme seule, du rétrécissement mitral pur, uni à l'aphasie et à l'hémiplégie droite.

Le rétrécissement mitral pur, c'est-à-dire celui qui n'est accompagné ni d'insuffisance mitrale, ni de lésion aortique, ni d'insuffisance de la tricuspide; dans lequel on n'entend aucun souffle en jet de vapeur, ni à gauche, ni à droite; ce rétrécissement mitral pur, disons-nous, avec ou sans aphasie, se rencontrerait plus souvent chez la femme que chez l'homme; dans ses notes, M. Duroziez trouverait 43 cas d'un côté et 16 de l'autre.

Peut-être, dit ce médecin, cette coïncidence tient elle à ce que le rétrécissement se compliquerait plus vite et plus facilement chez l'hommme que chez la femme. Peut être la mitrale se prête-t-elle mieux chez celle-ci que chez celui-là, à l'organisation du rétrécissement pur.

Quoi qu'il en soit, parmi ces 43 femmes atteintes de rétrécissement mitral pur, 11 auraient eu de l'aphasie avec hémiplégie droite, et 4 des hémiplégies sans aphasie. Les hommes n'offriraient aucun cas.

Sans chercher à expliquer la fréquence du rapport qu'il signale, M. Duroziez pense que, chez la femme atteinte de rétrécissement mitral, les caillots se forment plus facilement dans l'auricule gauche, que chez l'homme; que la troisième circonvolution gauche est peut-être un peu plus délicate et qu'enfin, la dissociation entre les différents actes qui produisent la parole, se fait peut-être plus facilement chez la femme que chez l'homme. — (*Union méd.*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Les deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais) se trouveront vacantes à partir du 1er janvier 1878.

L'administration croit devoir porter à la connaissance de MM. les étudiants en médecine que, dans le cas où ces deux places ne seraient pas demandées soit par des internes titulaires ou provisoires en fonctions, soit par des internes titulaires ou provisoires à nommer à la suite du prochain concours, elle ouvrira, dans les premiers jours de l'année prochaine, un concours spécial pour la nomination aux deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Seront admis à prendre part à ce concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris; les élèves en médecine de troisième année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris.

Un avis ultérieur fera connaître l'époque du concours, ainsi que les épreuves auxquelles seront soumis les candidats.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 103. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 6 SEPTEMBRE 1877. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine suit l'exemple de l'Institut en ne prenant pas de vacances. Mais le nombre des siéges vides dans les mois d'août et de septembre va en s'accroissant chaque année, et déjà, c'est à force de bonne volonté, sous un président plein de zèle, que le peu de membres présents arrive à tenir encore séance. Le moindre incident prend ainsi des proportions inusitées, et il s'élève des discussions inattendues sur des sujets imparfaitement connus de ceux mêmes qui les abordent.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

Des manifestations cutanées de la syphilis héréditaire : les syphilides papuleuse et ulcéreuse.

Nous avons étudié, dans notre dernière réunion, la roséole syphilitique des nouveau-nés, ou mieux, comme je vous ai proposé de l'appeler, la syphilide érythémateuse. Je vais aborder aujourd'hui l'histoire de la syphilide papuleuse.

Au point de vue de sa coloration, de sa forme, de sa marche, cette nouvelle manifestaion cutanée de la syphilis héréditaire ressemble exactement à la syphilide érythémateuse. Elles ne diffèrent l'une de l'autre que par une simple question de quantité : il y a dans la syphilide papuleuse plus de peau malade, voilà tout; et vous verrez que ce que la vue et le toucher nous font connaître au premier abord, l'anatomie pathologique nous le confirmera plus tard.

Cette affection peut se présenter sous des aspects qui ne sont pas toujours les mêmes, avec une physionomie différente, suivant les régions sur lesquelles elle apparaît. Cependant, il y a quelques particularités qui font que ces papules ont un caractère typique que je vais vous indiquer, en insistant également sur les différences de forme et de couleur qu'elles peuvent revêtir dans certaines circonstances.

La syphilide papuleuse typique, est la manifestation cutanée par excellence de la syphilis héréditaire, c'est elle que l'on observe le plus communément; c'est avec elle que vous aurez à compter dans le plus grand nombre des cas. Elle est constituée par des plaques circulaires, ovalaires quelquefois et formant, en général, à la surface du derme, une saillie uniforme. Cette saillie est variable : dans le plus grand nombre des cas elle s'élève de 1 demi à un millimètre au dessus de la peau; quelquefois cependant elle atteint 1 millimètre et demi.

Ces plaques ne sont pas toujours uniformément planes : quelquefois, en effet, il existe à leur périphérie une sorte de bourrelet qui leur donne un relief plus marqué. Ce bourrelet a quelquefois 1, 2, 3 millimètres de largeur. Dans ces cas, le centre de la plaque se trouve déprimé.

La coloration de ces taches saillantes varie, du rose violet à la teinte hortensia et saumon; et du gris terne et mat au rouge cuivré. Ces différences de coloration tiennent, entre autres causes, au siége variable dans lequel on les observe. C'est ainsi que, sur les parties déclives qui présentent une congestion habituelle, on remarque cette teinte hortensia que je viens de vous signaler, tandis que sur le tronc et la face, c'est la coloration abricot ou saumon qui prédomine.

Quand, au-dessous de ces plaques, il s'est formé un petit épanchement de liquide, elles se recouvrent de croûtes qui, après avoir persisté pendant quelque temps, finissent par s'en aller en écailles très-fines : c'est alors que l'on observe cette nuance cuivrée dont je vous ai parlé précédemment. C'est dans ce cas encore que l'on voit apparaître, à la périphérie de la plaque, une sorte de collerette épidermique tout-à-fait caractéristique.

D'autres fois, quand l'éruption est confluente, plusieurs plaques élémentaires se réunissent en une seule, on a alors une lésion cutanée beaucoup plus considérable, et qui, au lieu d'être arrondie ou ovalaire, est circonscrite à ses bords par une série d'arcs-de-cercle, qui lui donnent une apparence festonnée.

Les siéges de prédilection de la syphilide papuleuse sont, d'abord la face; aux membres inférieurs : les fesses, la partie postérieure et interne des cuisses, les genoux, la partie postérieure des jambes; aux membres supérieurs : l'avant-bras, et plus rarement, les mains; en un mot, toutes les parties qui sont exposées à une cause d'irritation quelconque, telle que l'air pour la face et les mains; le contact des langes, des urines pour les autres parties du corps.

La syphilide papuleuse s'observe également dans les plis génito-cruraux, au scrotum chez les garçons, sur les grandes lèvres, pour les petites filles. Mais, dans certains cas, elle subit en ces points une modification importante. Ce ne sont plus, en effet, de simples plaques, mais des tubercules saillants,

de véritables plaques muqueuses du volume d'une lentille et ayant jusqu'à trois et quatre millimètres de hauteur. En même temps, elles sont moins étendues et perdent en surface ce qu'elles gagnent en saillie.

L'âge peut également imprimer des modifications plus ou moins importantes à la syphilide papuleuse, de même d'ailleurs qu'aux autres modifications cutanées de la syphilis. De même, en effet, que plus l'enfant s'éloigne du moment de la naissance, plus on voit ces formes primitives que je vous ai précédemment décrites : le pemphigus, la roséole syphilitique, etc., s'atténuer de plus en plus; de même pour la syphilide papuleuse, il arrive un moment, vers l'âge de six, huit, dix, douze ans, où l'on ne trouve plus sur la peau, particulièrement sur les membres, au pourtour de l'anus, sur les fesses, le scrotum, les grandes lèvres, etc., que des tubercules durs, violacés, plus ou moins excoriés à leur sommet.

Des modifications semblables se retrouvent à la face, au pourtour des orifices naturels. C'est là, en effet, que se montre d'abord la syphilide papuleuse, et c'est là que, quand elle apparaît, l'éruption est le plus considérable. C'est surtout au menton, dans ce petit espace triangulaire qui est immédiatement situé au-dessous de la partie moyenne de la lèvre inférieure qu'elle se présente avec ses caractères typiques. Cependant, il n'est pas rare non plus qu'en ce point les plaques de la syphilide papuleuse fassent place à de petits tubercules plats, indurés, ayant une véritable apparence lichénoïde.

Quelquefois, plusieurs de ces tubercules se fondent en un seul, et de leur réunion résulte une lésion plus ou moins étendue, parfaitement inégale, au niveau de laquelle la peau se recouvre d'une croûte noirâtre, rugueuse qui ressemble beaucoup à une éruption de lichen. La même transformation se rencontre également sur l'espace inter-sourcilier, sur les sourcils eux-mêmes; quelquefois derrière les oreilles, et jusque sur le cuir chevelu.

Après avoir parlé de cette syphilide saillante, qui fait suite à la roséole, je dois également vous entretenir en quelques mots de la syphilide ulcéreuse : car celle-ci encore, ainsi que vous allez le voir, n'est qu'une variété des deux précédentes.

Ces ulcérations ont des siéges invariables : vous ne les verrez jamais se développer sur les membres supérieurs; toujours, au contraire, aux membres inférieurs, le plus souvent sur les cuisses et les fesses, et dans quelques cas très-rares sur les jambes, au niveau des mollets.

Elles ne présentent, au premier abord, rien de bien régulier : mais ce qui les caractérise surtout c'est qu'elles ressemblent exactement à ces sillons, que creusent les vers dans certaines étoffes. Les bords de ces ulcérations sont, en effet, taillés à pic; le fond présente quelquefois une coloration un peu grisâtre, mais le plus habituellement il a cette teinte abricot, saumon, dont je vous ai déjà parlé.

Mais telles ne sont point les seules régions sur lesquelles la syphilide ulcéreuse puisse se montrer : on l'observe également à la face, et, beaucoup plus rarement il est vrai, au cuir chevelu. En ces points, elle acquiert des dimensions considérables, et quand ces parties viennent à se recouvrir de croûtes, celles-ci sont énormes, mélicériques, analogues à celles de l'impétigo ou du rupia quand il est en plein suintement. Il est deux sortes de manifestations cutanées qui peuvent, dans certains cas, être confondues avec la syphilide ulcéreuse. Ce sont les ulcérations qui surviennent chez certains enfants à une période assez avancée de l'athrepsie et les lésions analogues qui apparaîtraient quelquefois sous l'influence d'autres affections, telles par exemple que le pemphigus simple des nouveau-nés. Mais ces dernières sont tellement rares que l'on peut justement en douter et se demander si réellement elles existent. Le plus souvent, en effet, quand on croît avoir affaire au pemphigus simple à variété ulcéreuse, il s'agit en réalité du pemphigus syphilitique. Aussi laisserons-nous de côté cette éruption pour nous occuper uniquement des ulcérations auxquelles l'athrepsie peut donner lieu.

Les lésions qui se développent sous l'influence de cet état général ont pour siége, en effet, le voisinage des malléoles, la partie interne du pied et quelquefois le talon. Quant aux ulcérations qui se développent dans cette dernière région du pied, elles ne sauraient donner lieu à aucune erreur de diagnostic, attendu qu'elles ne sont nullement de nature syphilitique, à moins toutefois qu'elles soient dues au pemphigus. Elles se présentent alors avec des caractères tellement tranchés qu'il est impossible de les méconnaître.

Restent donc les cas dans lesquels les ulcérations siégent à la surface du pied. Elles coïncident alors avec la présence dans la bouche de végétations plus ou moins abondantes de muguet et avec d'autres lésions propres à l'athrepsie. D'ailleurs quand elles se développent sous l'influence de cette maladie, les ulcérations sont généralement dues à des eschares; elles sont très-profondes et leur fond a une coloration noire qui résulte de la présence de quelques caillots sanguins : aussi suffit-il de les laver pour voir apparaître immédiatement une coloration rosée qui, dans quelques cas, peut aller jusqu'au rouge vif.

Quelques auteurs ont également décrit, dans l'érythème des nouveau-nés, l'existence d'ulcérations propres à cette éruption. Pour ma part, je n'en ai jamais observé d'exemple. J'ai vu beaucoup de cas d'érythème érodant, mais je n'ai jamais noté de véritables ulcérations, telles qu'on les rencontre dans la syphilide ulcéreuse; toutes les fois, d'ailleurs, que j'ai interrogé les os, les viscères, je n'y ai jamais trouvé la moindre trace de syphilis.

PHYSIOLOGIE

QUELQUES MOTS SUR LA FONCTION-LANGAGE (1)

Par M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'institut des Sourds-Muets.

La fonction-langage a une importance si grande au point de vue de la connaissance des fonctions cérébrales, qu'il nous a paru utile de résumer en peu de mots son historique, tout en indiquant la voie qui nous a conduit à dissiper en partie les nuages dont cette question était entourée.

Dans le courant du dix-huitième siècle, Gesner avait entrevu la relation qui existe entre les troubles de la parole et la lésion des lobes antérieurs du cerveau. C'est dans ce même point que Gall plaça l'organe du langage articulé. Le docteur Dax, vers la même époque, faisait la singulière remarque que les troubles de la parole coïncident presque toujours avec la lésion du lobe antérieur du côté gauche.

Ces faits, constituant plutôt des curiosités que des notions scientifiques réellement acquises, avaient besoin d'être soumis à l'épreuve de l'observation et de l'expérience. M. Bouillaud, dont le nom représente une grande époque médicale, se chargea de ce soin, et appuyé sur un nombre considérable

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 3 septembre 1877.

d'observations, il pouvait affirmer, dès l'année 1825, dans un mémoire resté célèbre, que la faculté du langage articulé a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau.

En général, les observations recueillies depuis cette époque ont donné raison à M. Bouillaud ; mais il y a eu des observations contradictoires, démontrant qu'un des lobes antérieurs peut être lésé en un point de son étendue, sans qu'il y ait perte ou trouble de la parole.

Cependant ces faits ne prouvent nullement que M. Bouillaud ait eu tort de placer la faculté du langage dans les lobes antérieurs ; ils ne prouvent qu'une chose, c'est que le champ de cette localisation était trop vaste et que l'illustre professeur ne l'avait pas enfermé dans des limites suffisamment précises.

Un nouveau progrès était nécessaire, et c'est M. Broca qui eut la gloire de l'accomplir. Ce dernier ayant constaté que les lésions qui correspondent aux troubles de la parole se trouvent limitées à la troisième circonvolution des lobes antérieurs, en conclut que l'organe de la parole a son siége dans cette partie limitée et non dans la masse des lobes antérieurs considérés dans leur ensemble, comme l'avait professé jusque-là M. Bouillaud. M. Broca circonscrivait encore le problème en affirmant, d'après un certain nombre d'observations, que l'organe de la parole se trouve exclusivement dans le côté gauche du cerveau.

La plupart des nécropsies donnèrent gain de cause à cette manière de voir, et bientôt la majorité des médecins se rallia à la doctrine de M. Broca.

M. Bouillaud lui-même, dans une séance de l'Académie de médecine, rendait hommage à M. Broca dans ces termes : « Et certes, si cette heureuse idee (la localisation à gauche), dont M. Broca a droit d'être fier, m'eût été réservée, je n'avais qu'à choisir parmi les nombreuses observations déjà recueillies par moi avant l'époque où M. Broca la conçut, pour y trouver la confirmation de sa vérité. » (1).

La question en était là, lorsque je fus conduit par l'analyse physiologique à déterminer les divers éléments qui constituent la fonction-langage et à interpréter d'une façon toute différente les faits positifs sur lesquels on s'appuyait pour localiser le langage dans le côté gauche du cerveau au détriment du côté droit. Dans un mémoire que j'ai lu dernièrement devant l'Académie de médecine et que je ne puis publier encore puisqu'il est entre les mains d'une commission qui a été chargée de l'examiner, je crois avoir démontré par tous les moyens dont la physiologie dispose, les points suivants :

1° Le langage, analogue à toute activité cérébrale, est constitué par trois phénomènes essentiels : par un phénomène de sensibilité (le mot entendu), par un phénomène de mémoire (le mot appris et retenu), un phénomène excito-moteur (le mot exécuté par l'appareil vocal).

2° De ces trois phénomènes, ceux de sensibilité et de mémoire, peuvent seuls se suppléer dans les deux hémisphères. En d'autres termes, le mot peut être entendu et retenu dans la mémoire, bien que l'un des deux hémisphères soit lésé et cela tient à ce que le mot entendu et le souvenir du mot sont deux phénomènes complets et identiques dans l'hémisphère droit et dans l'hémisphère gauche. Au contraire, le phénomène excito-moteur ne jouit, en aucun cas, des bénéfices de la suppléance. L'organe vocal, constitué par le larynx et les diverses parties de la face, est composé de deux moitiés symétriques dont le mouvement, par conséquent, est sous la dépendance des deux hémisphères, l'hémisphère droit provoquant le mouvement de la moitié gauche et l'hémisphère gauche provoquant le mouvement de la moitié droite. Il suit de là que, dans la parole, l'action de l'hémisphère droit ne pourra pas être suppléée par l'action de l'hémisphère gauche, et comme, d'un autre côté, il n'est pas possible de prononcer un mot avec un seul ruban et une seule moitié de l'appareil vocal, il en résultera ce fait nécessaire que l'exécution de la parole sera impossible toutes les fois qu'une lésion aura atteint les parties qui président au phénomène excito-moteur, dans un des deux hémisphères. Malgré cette impossibilité, le souvenir du mot pourra ne pas être aboli, et cela grâce à la suppléance possible de ce phénomène dans les deux hémisphères. C'est ce qui arrive, d'ailleurs, chez la plupart des malades atteints d'aphasie. Très-souvent, chez ces derniers, le souvenir du mot persiste parce que, à ce point de vue, le côté droit peut suppléer le côté gauche, tandis que l'exécution verbale est empêchée parce que, dans cette exécution, l'action des deux hémisphères est absolument indispensable.

Les deux points que nous venons de mettre en lumière, ne nous permettent pas d'accepter la localisation exclusive de la parole dans le côté gauche. Nous reconnaissons avec MM. Broca et Bouillaud, que, chez les aphasiques, on trouve la lésion à gauche quatre-vingt-dix fois sur cent ; mais cela prouve tout simplement que le côté gauche est plus souvent lésé que le côté droit — ce qu'expliquent, d'ailleurs, certaines conditions anatomiques — en aucune façon, ce fait incontestable, ne prouve que le côté gauche soit le siége exclusif de la parole. Nous concluons, au contraire des mêmes faits, en les interprétant d'après les données de l'analyse physiologique, que les deux hémisphères jouent un rôle indispensable dans l'exécution de la parole.

Dans une communication récente, à l'Institut, M. Bouillaud a surtout parlé de ses travaux antérieurs dans lesquels il localise la parole dans les lobes antérieurs pris en masse ; mais, dans cette circonstance, il ne s'est pas formellement rallié à la doctrine de M. Broca, comme il l'avait fait devant l'Académie de médecine.

Si cette façon d'agir a été intentionnelle, nous pourrions peut-être l'attribuer à l'influence que notre lecture à l'Académie de médecine a exercé sur l'esprit de l'éminent professeur et nous considèrerions ce fait comme la récompense la plus flatteuse de nos efforts.

(1) Séance de l'Académie de médecine du 5 mai 1877.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1876, dans les départements du Var, des Basses-Pyrénées, de la Somme, de la Gironde, de l'Aveyron, des Vosges, de la Meuse, des Côtes-du-Nord, de l'Oise ;

2° Le compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de la Fère (Aisne) ;

3° Le compte rendu d'une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Dalou (Ariège). (Comm. des épidémies.)

4° Les rapports généraux de MM. les inspecteurs des eaux de Saint-Laurent de Carcanières, pour l'année 1875. (Comm. des eaux minérales).

M. Dechambre fait une communication relative à une réclamation de M. le docteur Fock, au sujet d'un ouvrage intitulé : *Symétrie des proportions du beau.*

LECTURE

M. J. Guérin lit une note dans laquelle, tout en applaudissant aux succès obtenus par le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte, il croit que tout esprit prudent doit faire des réserves à l'endroit de l'action générale du remède sur l'économie, et particulièrement de son action sur le cerveau et secondairement sur le poumon et le cœur. Cette communication, ajoute M. Guérin, m'engage à soumettre à l'Académie deux ordres de moyens qui jouissent de la propriété de calmer les accidents les plus immédiats du rhumatisme articulaire et de la goutte.

J'ai fait connaître, il y a une vingtaine d'années, dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de Belgique, la méthode *stibiodermique*, comme moyen de conjurer, presque à coup sûr, les premiers accidents de la coxalgie aiguë. Encouragé par les succès de cette méthode, qui consiste dans l'emploi d'onctions répétées avec une pommade renfermant une partie de tartre stibié sur deux parties d'axonge, je l'ai employé contre les douleurs articulaires du rhumatisme articulaire aigu. Voici bientôt quinze années que je pratique ces onctions sur toutes les articulations atteintes. Après trois ou quatre applications, répétées dans les vingt-quatre heures. j'obtiens toujours une diminution notable des douleurs, si ce n'est leur disparition complète : ce dernier résultat est le plus fréquent, On remarquera qu'il ne s'agit pas d'une révulsion produite par l'éruption pustuleuse : cette éruption n'a jamais lieu immédiatement; presque toujours elle n'apparaît que si on répète les onctions plus de trois à quatre fois, et elle ne se manifeste ordinairement qu'après la cessation des douleurs articulaires. Celles-ci cèdent donc en vertu d'une action dynamique du remède, et non sous l'influence d'une révulsion quelconque; c'est, d'ailleurs, le caractère essentiel de la méthode, ainsi que je l'ai indiqué dans mon premier travail sur le traitement de la coxalgie aiguë.

Je ne reproduirai pas ici les considérations auxquelles j'ai été conduit pour rattacher cette méthode extérieure à la même méthode administrée à l'intérieur contre le rhumatisme articulaire. Toujours est-il que, sur plus de cent cas, je n'ai pas rencontré un insuccès absolu. Je fais, d'ailleurs, concourir au traitement de la maladie, dont les onctions stibiées ne sont qu'un auxiliaire, l'usage de purgatifs salins répétés et des opiacés à l'intérieur.

J'obtiens les mêmes résultats contre l'accès de goutte, lorsqu'il ne fait que préluder à une localisation définitive. Trois ou quatre onctions, avec gros comme une noisette de pommade, sur l'articulation menacée, suffisent très-souvent pour faire avorter l'accès.

Mais lorsque celui-ci est parvenu à la période d'état : gonflement, rougeur, chaleur, douleur, j'ai recours à un autre moyen sur lequel j'ai déjà eu l'occasion d'attirer l'attention, et qui consiste dans l'emploi d'un vésicatoire volant placé au centre même de la tuméfaction. Il y a une quarantaine d'années que j'ai recours à cette méthode abortive de la goutte, et je ne crois pas avoir vu un seul accès durer plus de quelques jours. Le docteur Verdreau, qui tenait autrefois une maison de santé à Chaillot, était sujet à des accès de goutte qui duraient habituellement six semaines ou deux mois; il m'a répété, à bien des reprises, qu'au moyen du vésicatoire placé au centre de la tuméfaction goutteuse, les accès ne duraient guère que de trois à quatre jours. J'ai eu maintes fois l'occasion d'observer le même résultat.

Il arrive fréquemment que le vésicatoire, laissé en place, même pendant vingt-quatre heures, ne produit aucune ampoule : l'épiderme est simplement épaissi et blanchi, néanmoins toute douleur et tout gonflement inflammatoire ont disparu.

Je n'insisterai pas sur le caractère physiologique de cette méthode, je me borne à son effet pratique, remettant à un autre moment de rattacher ces faits à la méthode plus générale que j'ai indiquée à l'occasion du traitement abortif de l'anthrax par l'application du vésicatoire.

PRÉSENTATIONS

M. Tarnier, en son nom propre et au nom de M. Ribemont, interne à la Maternité, met sous les yeux de l'Académie un nouveau tube laryngien qui présente, sur les différents tubes employés jusqu'ici, de très-grands avantages. Le premier de ces avantages est de pouvoir être introduit beaucoup plus facilement et cela grâce à une courbure particulière que présente l'instrument, et qui diffère complétement de celle des tubes laryngiens de Chaussier et de M. Depaul. Voici comment M. Ribemont a été conduit à donner cette courbure à son instrument : s'étant livré à une série d'études anatomiques sur les nouveau-nés, il a pu, en faisant des coupes médianes et verticales d'un certain nombre de fœtus, déterminer exactement la courbure de toute la partie comprise entre la langue et la voûte palatine, et reproduire très-exactement cette courbure sur l'instrument. Ainsi calquée sur les dispositions mêmes de cette région chez le nouveau-né, elle permet d'introduire l'instrument d'emblée dans l'ouverture laryngienne. L'ancien tube laryngien de Chaussier présentait une extrémité mousse avec deux yeux sur les côtés, comme les sondes uréthrales. M. Depaul a modifié cette disposition et l'a remplacée par une ouverture terminale.

Cette modification, suivant M. Tarnier, rend l'introduction de l'instrument dans le larynx beaucoup plus difficile; en effet, les bords de cette ouverture peuvent accrocher les parties molles qui, dès lors, en se gonflant ou en se plissant, viennent encore ajouter aux difficultés de l'introduction. Il en serait de même d'une sonde uréthrale qui serait coupée en son milieu, son introduction, dans la vessie, serait beaucoup plus difficile et plus douloureuse. L'extrémité du tube de M. Ribemont est mousse, arrondie, légèrement aplatie sur les bords et ne présente pas, par conséquent, l'inconvénient que vient de signaler M. Tarnier dans le tube de M. Depaul, son introduction se fait plus facilement.

Le second avantage que présente l'instrument de M. Ribemont est le suivant. Dans l'insufflation faite avec le tube de M. Depaul, l'air reflue sur les côtés du tube, et l'on est obligé pour empêcher cela de fermer le nez et la bouche, afin que tout l'air insufflé pénètre dans la trachée et les bronches; c'est donc là une manœuvre complexe et délicate qui complique singulièrement le manuel opératoire. Enfin il y a un autre inconvénient; c'est que souvent on introduit le tube dans l'œsophage et on insuffle de l'air dans l'estomac et les intestins, et, par suite, le diaphragme est soulevé ce qui ajoute encore aux dangers de l'asphyxie. La forme conique que présente le tube de M. Ribemont, à son extrémité, a pour effet d'oblitérer complètement l'orifice laryngien et d'empêcher, par conséquent, le reflux de l'air sur les côtés de l'instrument. En outre, il n'est plus nécessaire de fermer la bouche et le nez, car tout l'air insufflé pénètre bien dans les poumons. Enfin le troisième avantage de cet instrument c'est que l'on est aussitôt averti si le tube est introduit dans le larynx ou dans l'œsophage et qu'on n'est plus exposé à commettre l'erreur d'insuffler dans les poumons. A cette occasion M. Tarnier rappelle qu'un médecin de Vienne qui avait ainsi introduit le tube laryngien dans l'œsophage continua à insuffler de l'air dans l'estomac et dans les intestins au point que cet air resortit par l'anus.

En résumé, le tube de M. Ribemont présente sur les autres tubes les trois avantages suivants : 1° Sa courbure et son extrémité rendent son introduction beaucoup plus facile; 2° Sa forme conique a pour effet de remplir la cavité du larynx et d'éviter par conséquent cette manœuvre qui consiste à fermer la bouche et le nez; 3° Enfin sa disposition est telle qu'on est aussitôt prévenu s'il est bien introduit dans le larynx et non dans l'œsophage.

M. Depaul ne peut avoir une opinion définitive sur cet instrument qu'il n'a pas expérimenté et qu'il ne connaît que par la description qu'en vient de faire M. Tarnier; mais il fera connaître l'impression que lui a laissée cette description. Tout d'abord, il fait observer que M. Tarnier a cédé un peu trop facilement à cette tendance qu'ont les novateurs de faire une critique exagérée de ce qui est ancien et un éloge, non moins exagéré, de ce qui vient d'apparaître. En effet, l'éloge qu'il vient de faire de ce nouveau tube laryngien lui paraît tout à fait exagéré. Il a fait ressortir les avantages de sa courbure, mais cette courbure est, à très-peu de chose près, celle du tube de Chaussier : en outre, M. Tarnier a dit que cette courbure avait été prise sur des coupes de fœtus; mais comment, sur ces coupes, se trouvait la langue, était-elle relevée, ou abaissée? La bouche était-elle ouverte ou fermée? quelle inclinaison avait la

tête sur le tronc? toutes ces différentes positions amènent autant de modifications dans la courbure des voies aériennes.

M. Depaul ne comprend donc pas les avantages de cette courbure si fortement appréciée par M. Tarnier, il se réserve d'ailleurs de l'examiner et de l'étudier. Quant à l'extrémité conique à laquelle également M. Tarnier paraît attacher une grande importance, elle est absolument semblable à celle du tube de M. Chaussier. Il n'y a donc là rien de nouveau. M. Tarnier a reproché au tube de M. Depaul d'écorcher par les bords de son extrémité les parties molles; M. Depaul a fait un très-grand nombre d'autopsies d'enfants qu'il avait insufflés à l'aide de son tube, et jamais il n'a pu constater sur la muqueuse du larynx la moindre lésion produite par cet instrument. Quant au manuel opératoire, M. Depaul déclare que celui qu'il pratique et enseigne depuis nombre d'années, lui a toujours permis d'arriver directement dans le larynx. Dans l'instrument qu'il vient de présenter, M. Tarnier apprécie beaucoup sa forme, qui permet, une fois qu'il est introduit, de boucher complétement l'ouverture laryngienne. Suivant M. Depaul, c'est là non pas un avantage, mais, au contraire, un grave inconvénient, attendu que cette extrémité touchant partout la membrane muqueuse peut déterminer des désordres plus ou moins graves.

M. Tarnier, ajoute M. Depaul, a complétement exagéré les précautions à prendre pour empêcher l'air de refluer par le nez et par la bouche. Pour quiconque a un peu l'habitude de cette opération, il n'est nullement nécessaire de recourir à ces précautions. En résumé, M. Tarnier a beaucoup exagéré les avantages de l'instrument qu'il a presenté, ainsi que les inconvénients du tube de Chaussier.

M. TARNIER a fortement critiqué l'instrument de Chaussier et de M. Depaul et peut-être vanté outre mesure celui de M. Ribemont, parce qu'il sait bien que rien n'est plus difficile que de déraciner des idées reçues et de faire adopter des idées nouvelles. Or, il trouve à l'instrument de M. Ribemont des avantages incontestables sur ceux de Chaussier et de M. Depaul, et il est persuadé qu'il est appelé à rendre de grands services.

M. Tarnier rappelle de nouveau quels sont ces avantages. M. Depaul déclare qu'avec son procédé il est sûr d'arriver toujours directement dans le larynx; M. Tarnier a l'habitude de s'incliner devant la grande expérience de M. Depaul, mais il déclare, quant à lui, qu'il ne pratique pas une seule insufflation sans hésiter pour savoir s'il a introduit l'instrument dans le larynx ou dans l'œsophage. Or si M. Tarnier, qui a fait des centaines d'insufflations, s'égare ainsi une fois sur deux dans l'œsophage, avec le procédé classique, combien de fois cette erreur sera-t-elle commise par des médecins moins expérimentés? En outre, avec le tube de Chaussier, M. Tarnier met M. Depaul au défi de pratiquer l'insufflation sans que l'air reflue par la bouche et par le nez, s'il ne prend pas la précaution de fermer ces deux orifices. En effet, l'air circule librement et ne trouve aucun obstacle pour refluer par la bouche et le nez largement ouverts, tandis que, dans les poumons, il a à combattre l'élasticité des vésicules pulmonaires. Or, il est incontestable que le tube de M. Ribemont possède, sur ceux de M. Chaussier et de M. Depaul, l'avantage de s'opposer à ce reflux de l'air, et ses autres avantages ne sont pas moins incontestables.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

M. BOUCHARDAT tient à justifier l'expression de *prématurées* dont il s'est servi pour caractériser les conclusions que M. J. Guérin déduit de ses expériences. Il croit même que cette expression pourrait être appliquée au discours de MM. Guéneau de Mussy et Jaccoud, sur l'influence des matières animales en putréfaction sur la genèse de la fièvre typhoïde. Les résultats de leur sévère observation personnelle auraient, bien mieux que leurs nombreuses citations empruntées à des savants étrangers, singulièrement affermi ses convictions encore chancelantes, voici pourquoi : supposons, dit M. Bouchardat, que la transmission par contagion miasmatique de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, ne soit pas aussi généralement admise qu'elle l'est; quand on verrait éclater une de ces maladies, dans un village, sans qu'on puisse suivre la filiation de la transmission contagieuse, on ne manquerait pas, si les eaux potables contenaient des matières animales, si on vivait dans le voisinage d'un cimetière, d'un égout, d'une voirie, d'invoquer ces causes comme ayant provoqué l'évolution spontanée de ces maladies. Or, il y a vingt-cinq ans que M. Bouchardat se séparait de ses maîtres, en professant la transmission par contagion de la fièvre typhoïde. Les faits démontrant cette transmission par contagion s'accumulent d'année en année.

Si cette discussion n'était pas aussi prématurée, M. Bouchardat aurait espéré y voir prendre part M. Pasteur, mais cet éminent collègue ne s'aventure pas sur un terrain si peu solide. Il ne restera donc, suivant lui, de cette discussion, que le souvenir d'un brillant tournoi d'éloquence. Cette grande question de la fièvre typhoïde, ajoute M. Bouchardat, a été définitivement éclairée par les immortels travaux de nos anciens collègues. Petit et Serres ont pressenti l'unicité de la fièvre typhoïde qu'ont définitivement établie les recherches de Chomel et Louis. C'est Bretonneau qui a si heureusement rapproché la fièvre typhoïde des fièvres éruptives.

Quant aux expériences de M. J. Guérin et aux conclusions qu'il en a tirées, M. Bouchardat fait observer que lorsqu'il s'agit des maladies de l'homme, le lapin est, suivant les conditions, un réactif trop ou trop peu sensible. Il a nourri un lapin pendant un mois en lui donnant chaque jour un kilogramme de feuilles de belladone; d'autre part, plusieurs collègues, répétant les expériences de M. Villemin, ont trouvé que le lapin ressentait trop facilement l'influence des injections de matières tuberculeuses.

M. JULES GUÉRIN fait d'abord observer qu'il n'a lu que la première partie de son travail; il regrette, en outre, que M. Bouchardat, qui a si bien lu les anciens auteurs, n'ait pas lu avec plus d'attention cette première partie de son travail. Voici, en effet, ce qu'il y a cherché à démontrer : les matières fécales des typhoïsants possèdent des propriétés septiques que n'ont pas les matières fécales ordinaires ou d'autres matières putrides. Or, les expérimentateurs qui ont précédé M. Guérin ont pris des matières putrides quelconques, et les ont injectées dans les vaisseaux de lapins et de chiens; M. Guérin n'a pris que des matières fécales de typhoïsants et les a injectées sous la peau de ces animaux, il a obtenu les résultats qu'il a fait connaître, c'est-à-dire la mort en quelques heures; il a pris ensuite des matières fécales ordinaires, et les a de même introduites sous la peau de lapins ou de chiens et n'a, cette fois, obtenu aucun résultat; il est donc autorisé à affirmer que les matières fécales des typhoïsants possèdent certaines propriétés toxiques que n'ont pas les matières fécales de sujets quelconques. C'est là un premier point parfaitement établi qu'a démontré M. Guérin, il n'a point cherché à donner la fièvre typhoïde à des lapins, il a seulement voulu établir ce fait. En outre, les altérations déterminées par le séjour de ces matières septiques dans un point limité de l'intestin, dans la partie inférieure de l'intestin grèle, s'accompagnent de tous les phénomènes généraux si bien reconnus et décrits par nos maîtres; tel est le second point qui doit faire l'objet de la seconde partie du travail de M. Jules Guérin et dont il n'a pas encore parlé.

M. BOUCHARDAT reconnaît que les expériences entreprises par M. Guérin présentent un réel intérêt, et il est complétement d'accord avec lui s'il reconnaît que ce n'est pas la fièvre typhoïde qu'il donne à ses lapins. Il n'y a, en effet, suivant M. Bouchardat, aucun rapport à établir entre les phénomènes très-réels, très-importants, démontrés par les expériences de M. Guérin et la production de toutes pièces de la fièvre typhoïde.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Réorganisation de la statistique sanitaire de la ville de Paris.

Dans sa séance du 11 décembre dernier, le Conseil municipal de Paris avait renvoyé à sa deuxième commission la proposition suivante :

« Le Conseil municipal de Paris,

Considérant que, dans l'intérêt de la santé publique et de la science, il y a lieu de mettre la statistique médicale, à Paris, au niveau de celle des pays étrangers, notamment de la Belgique ;

Invite M. le préfet de la Seine à faire étudier, à bref délai, l'organisation d'un bureau de statistique analogue à celui de Bruxelles;

Et arrête qu'une somme de 50,000 francs sera inscrite en prévision au budget de 1877, pour solder les dépenses relatives au personnel et aux imprimés de ce nouveau service.

Ont signé tous les médecins du Conseil. »

Cette proposition a conduit à examiner dans tous ses détails le fonctionnement de la statistique parisienne et à rechercher par la comparaison avec les pays étrangers, s'il y a lieu, d'y apporter des modifications, et, dans ce cas, quelle doit en être la nature.

La commission a été aidée dans sa tâche par les conseils des signataires de la proposition, des envoyés au congrès de statistique de Bruxelles, MM. les docteurs Proust et du Mesnil, de MM. les professeurs Broca et Bertillon, de MM. les docteurs Laussedat, Liouville, Cornil, Vacher, membres de la Chambre des députés, et de M. le docteur Fauvel, inspecteur général des services sanitaires.

Elle a aussi puisé largement tant dans les ouvrages spéciaux que dans les nombreux et intéressants documents qui nous ont été confiés avec courtoisie par le savant directeur du bureau de santé de Bruxelles, M. le docteur Janssens.

Nous venons de parcourir le très-intéressant rapport que le secrétaire de la commission, M. Lamouroux vient de publier, et nos lecteurs en liront avec intérêt le résumé et les conclusions :

Pour nous résumer en quelques mots, dit M. Lamouroux, nous rappellerons que notre travail est, en quelque sorte, divisé en trois parties.

Dans la première, nous nous efforçons de faire ressortir l'importance de la démographie, tant au point de vue législatif qu'au point de vue administratif. Nous la voyons s'introduisant avec Villermé dans les ateliers, les manufactures, les prisons, et faisant la lumière sur les terribles résultats pour l'enfance, de l'ignorance, du travail hâtif et forcé, puis remontant aux sources mêmes de la vie, nous découvrant, par la plume du docteur Bertillon, la mortalité extraordinaire des petits Parisiens, masquée, en partie, par leur envoi en nourrice dans les départements voisins. C'est encore la statistique qui avertit l'administration de l'apparition, de la marche et de la route suivie par les épidémies, et l'éclaire sur la nature des moyens à employer pour les limiter ou les détruire.

Pour arriver à ce résultat, nous avons insisté sur l'utilité des graphiques employés actuellement en Belgique, en Suède et en Allemagne, et dont on s'était déjà servi en France lors du dernier choléra.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des documents qui servent à établir la statistique parisienne :

1° Le recensement que nous voudrions voir figurer dans nos bulletins statistiques, relativement surtout aux diverses professions dont nous regrettons en France la mauvaise nomenclature ;

2° Les bulletins de naissance où nous remarquons l'absence de renseignements sur l'âge du père et de la mère, l'existence des jumeaux, des difformités congéniales, des produits monstrueux, etc.

3° Les bulletins de décès qui présentent plusieurs lacunes regrettables, telles que : l'absence de la profession, du degré d'aisance du décédé, etc.

Nous réclamons énergiquement, à ce sujet, le diagnostic du médecin traitant, formulé dans un certificat analogue à celui qui est délivré en Belgique et en Angleterre.

Il y aurait grand intérêt à ne pas se borner, comme aujourd'hui, aux renseignements vagues fournis par la famille, ou par les dernières ordonnances.

La nomenclature des causes de décès nous paraît aussi incomplète : certaines maladies, malgré leur importance, ne sont même pas indiquées ; nous citerons : la grippe, les fièvres paludéennes, etc.

4° Le bulletin de statistique municipale dont les renseignements sont insuffisants et qu'il serait bien urgent de compléter par l'adjonction des graphiques, ainsi que cela se fait en Belgique, en Suède et en Allemagne, etc.

5° Le bulletin hebdomadaire : les quelques indications fournies par la Préfecture sont, de l'aveu de tous les praticiens, tout à fait incomplètes.

Après une étude de trente-cinq bulletins, qui nous sont fournis par la plupart des grandes cités de l'Europe et de l'Amérique, nous vous proposons un modèle de bulletin hebdomadaire, dans lequel nous avons fait entrer un élément nouveau ; c'est une carte de morbidité qui indiquerait non pas les décès, mais les principales maladies régnantes et leur intensité.

Enfin, dans une troisième partie, nous demandons que tous les renseignements statistiques soient centralisés dans un véritable bureau, sous une haute direction scientifique. Il ne s'agit pas, en effet, comme on l'avait pensé d'abord, d'enregistrer purement et simplement des documents épars, sans en contrôler la véritable valeur et sans en tirer toutes les conséquences ; il faut, au contraire, que les praticiens et l'Administration elle-même en retirent de précieux enseignements ; et, pour cela, nous voudrions voir à la tête du service, comme nous le disons dans notre travail, un médecin d'une compétence spéciale qui ait autorité pour diriger le travail de de ses collaborateurs et correspondre avec les savants étrangers, directeurs des bureaux de statistique. »

Le conseil a émis un vœu conforme aux vues exprimées dans ce rapport.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

178. Chauvet. Du danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales.

179. Folloppe. Contribution au diagnostic des tumeurs liquides de la fosse iliaque.

180. Godin. Essai sur l'ulcère de l'estomac.

181. Vacher. De la voix chez l'homme au point de vue de sa formation, de son étendue et de ses registres.

182. Bouchain. De l'otite sèche.

183. Domay. De l'hématocèle de la tunique vaginale et de ses complications à la suite des ponctions exploratrices.

184. Des complications des otites suppurées.

185. Chrétien. Étude sur l'ophthalmie purulente chez le nouveau-né et l'enfant.

186. Feuvrier. Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice.

187. Buffé. Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse diffuse.

188. Dreyfus. De la hernie inguinale interstitielle, ses rapports avec l'ectopie du testicule.

189. Voguet. Contribution à l'étude de la dactylite strumeuse infantile.

190. Lévêque. Sur un cas de scorbut. Contribution à l'étude étiologique de cette affection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 5 novembre;

Physique médicale. — M. Gavarret. Physique générale : électricité, acoustique, météorologie. — Mercredis, vendredis à midi.

Physique biologique ; phénomènes physiques de la vision. — Lundis à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Jaccoud. Maladies infectieuses, maladies constitutionnelles. — Lundis, mercredis, vendredis à trois heures.

Anatomie. — M. Sappey. Les appareils de la digestion, de la respiration et de la génération. — Lundis, mercredis, vendredis à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Chauffard. Continua-

tion des études des éléments morbides communs; thérapeutique générale. — Lundis, mercredis, vendredis à cinq heures,

Chimie médicale. — M. Wurtz. Chimie médicale. — Jeudis, samedis à midi.

Chimie biologique; phénomènes chimiques de la digestion. — Mardis à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat. Les hernies, maladies des organes génito-urinaires. — Mardis, jeudis, samedis à trois heures.

Opérations et appareils. — M. Léon Le Fort. Opérations générales, thérapeutique des maladies des vaisseaux, des os et des articulations. — Mardis, jeudis, samedis à quatre heures.

Histologie. — M. Robin suppléé par M. Cadiat, agrégé. Etude des tissus et des systèmes organiques (deuxième partie du programme imprimé). — Mardis, jeudis, samedis à cinq heures (petit amphithéâtre).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Parrot. Histoire de quelques maladies épidémiques : variole et vaccine, rougeole. Mardis, jeudis, samedis, cinq heures.

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu ; Lasègue, à la Pitié ; Hardy, à la Charité ; Potain, à l'hôpital Necker; Ball. Tous les jours de huit à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales. — MM. Gosselin, à la Charité; Richet, à l'Hôtel-Dieu; Broca, à l'hôpital des cliniques de la Faculté ; Verneuil, à la Pitié. Tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique d'accouchement. — M. Depaul, à l'hôpital des cliniques de la Faculté.

Cours cliniques complémentaires. — Maladies des enfants. M. N., à l'hôpital des enfants. Lundis, jeudis, samedis à huit heures et demi.

Ophthalmologie. — M. Panas, à l'hôpital Lariboisière, le lundi, conférences cliniques et exercices ophthalmoscopiques, à neuf heures du matin.

Le jeudi, opérations, à neuf heures.

A la Faculté (petit amphithéâtre), le lundi, leçon théorique d'ophthalmologie, à cinq heures.

Maladies syphilitiques. — M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Le vendredi, leçon clinique, à neuf heures.

Le mardi, leçon au lit du malade, à huit heures et demi.

Maladies des voies urinaires. — M. N., à l'hôpital Necker.

Maladies de la peau. — M. N.

— *Avis.* — MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues à partir du 19 octobre, les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures; 2° que le registre destiné à recevoir les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1877-1878 sera ouvert du mardi 16 octobre au 15 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures, et de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commencent leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat jusqu'au 1er novembre : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; 2° un certificat de bonne vie et mœurs: 3° le diplôme de bachelier ès lettres; 4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parents ne résident pas à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse au registre ouvert à cet effet.

Avant de prendre la troisième inscription, les étudiants devront justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire les diplômes de bachelier ès sciences ou celui de bachelier, ès lettres, mais ils devront justifier du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude médico-légale sur les épileptiques, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur l'aortite aiguë, par le docteur Henri Léger, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° de 112 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1877, Frédéric Henry.

Étude sur le spina ventosa, par le docteur Édouard Gœtz, ancien interne des hôpitaux. — In-8° de 119 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Du rôle et des indications des bains dans les maladies de la peau, par le docteur Carry. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance, par Henri Parinaud, ancien interne des hôpitaux. — In-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Réflexions sur la question des rapports de l'urée avec le foie, par le docteur Martin. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Devoir des mères. Petit manuel d'hygiène physique et morale, par le docteur de Fajole. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Nouveau Forceps de M. Tarnier et de la Méthode des tractions soutenues, par le docteur Chassagny, lauréat de l'Institut. — Une brochure in-8° avec 2 planches. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1877, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 5,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Mélancolie avec stupeur.

Il est entré hier, dans le service, une jeune fille chez laquelle le diagnostic est assez difficile à établir, par cette raison que nous n'avons pu obtenir d'elle le moindre renseignement. Il est impossible, en effet, de lui faire dire un seul mot.

Elle a été amenée à l'hôpital avec ce visage morne, triste, profondément affecté, qui est caractéristique de l'état de stupeur. Etait-ce une fièvre typhoïde commençante ? Cet aspect stupant de la face était-il dû à quelque maladie de l'encéphale, ou bien ne fallait-il voir là qu'un simple phénomène idiopathique ? Telle est la question que je me suis posée immédiatement en voyant cette malade.

Ma première impression avait été que nous étions en présence d'une fièvre typhoïde au début, que nous assistions à l'un de ces cas dans lesquels la dothiénentérie commence par des accidents cérébraux, et qu'enfin, cette jeune fille présentait un état de stupeur exagéré, comme d'autres individus offrent, au début de cette maladie, un délire systématisé qui fait que, dans certains cas, lorsqu'on n'y fait pas bien attention on peut être conduit à les faire enfermer dans un asile d'aliénés comme étant atteints de folie. Le fait était d'autant plus possible que la malade avait un peu de fièvre, le pouls fréquent, la peau chaude, et que cet état datait seulement de quelques jours.

Mais nous l'avons examinée avec le plus grand soin et nous n'avons noté nulle part aucun des signes de la fièvre typhoïde. Rien dans l'abdomen ; l'appareil respiratoire ne présentait rien de particulier ; de même, la circulation s'effectuait d'une façon parfaitement normale. Seule, la langue était un peu chargée et un peu blanchâtre.

Il était clair, par conséquent, qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde commençante. Si, en effet, nous avions eu affaire ici, à une de ces formes à marche lente, insidieuse, dont on voit fréquemment des exemples, comme nous étions déjà au quatrième ou cinquième jour de la maladie, cette jeune fille aurait présenté au moins une exacerbation du mouvement fébrile, le soir ; or nous n'en avons pas trouvé.

Quant à l'idée d'une méningite, il ne fallait pas y songer : la stupeur, si nous avions eu affaire à cette affection, n'aurait pas apparu à une époque aussi rapprochée du début de la maladie.

Il nous fallait donc admettre que nous étions en présence d'une stupeur primitive, idiopathique ; que cette jeune fille, en d'autres termes, était atteinte de mélancolie stupide, de stupidité.

Ce que nous ont raconté ses parents nous confirme, d'ailleurs, dans cette opinion. Ils nous ont dit, en effet, que la voyant sans entrain, triste, morne, abattue, ils l'avaient tout récemment conduite, dans le but de la distraire, à une fête des environs de Paris, et que là, au lieu de se divertir aux divers spectacles qu'elle avait sous les yeux et de s'y arrêter, elle entraînait rapidement les personnes qui l'accompagnaient, se plaignant qu'on la regardât. Or, cette préoccupation du jugement qu'on porte sur soi, cette crainte non fondée, d'être observé, tourné en ridicule, critiqué, est un des premiers signes de la tendance mélancolique.

Il est bien difficile de savoir ce qui se passe au dedans d'un système nerveux qui ne se trahit par aucun phénomène extérieur, qui ne se manifeste par rien : cependant, les récits des gens qui ont passé par cet état, et qui conservent le souvenir de ce qu'ils ont éprouvé, nous ont appris qu'il pouvait se produire deux choses. Ou bien ils tombent dans une apathie profonde, deviennent complétement insensibles à tout ce qui se passe autour d'eux, ne pensent plus à rien, sont mornes, tristes, abattus, réduits à l'état d'êtres inertes ; ou bien, au contraire, pendant qu'ils ont ainsi l'air stupant, indifférent à tout, leur esprit est le siége d'un travail, d'une activité incessante. Les idées affluent à leur cerveau, s'y pressent, s'y heurtent, s'y confondent ; les images les plus bizarres, des monstres, des fantômes défilent devant eux, et il n'est pas rare de voir ces individus, morts à l'extérieur, se lever tout à coup, courir à une fenêtre pour s'y précipiter, ou bien s'emparant de tout ce qui leur tombe sous la main, se mutiler dans le but de se détruire.

Cette tendance au suicide, sur laquelle Baillarger a appelé l'attention, chez les individus atteints de mélancolie stupide, est le caractère le plus grave de cette affection, dont ils guérissent d'ailleurs le plus souvent. Elle est telle, que l'on est obligé de les soumettre à une surveillance très-constante, très-active. C'est un fait extrêmement important qu'il faut connaître, et s'il n'est pas difficile, par exemple, de prévoir qu'un individu atteint de manie aiguë, qui crie, qui vocifère, qui brise tout ce qui lui tombe sous la main, peut tenter de

se suicider, il faut être médecin pour savoir que le stupide est sujet à la même tendance. Ces malades, en raison même de ce penchant au suicide, ont, la plupart du temps, une répugnance excessive pour toute espèce d'aliments. De ce refus de nourriture résulte un autre danger également grave ; c'est l'épuisement progressif dans lequel ils finissent par tomber et que l'on est souvent dans la nécessité de prévenir, en les faisant manger de force, au moyen de la sonde.

Maintenant, que doit-il advenir de cette jeune fille ?

Il est assez difficile, à cette période de la maladie, de porter sur elle un pronostic exact, parce qu'il faudrait savoir, avant de nous prononcer sur son avenir, dans quelle mesure elle est prédisposée à l'affection dont elle est atteinte actuellement, et dans quelle mesure celle-ci peut être déterminée par quelque cause que l'on puisse faire disparaître. Tantôt en effet, la mélancolie avec stupidité est idiopathique, tantôt elle est symptomatique de quelque maladie concomitante, par exemple, de la présence d'helminthes dans le tube intestinal. Dans ces cas, il suffit de faire disparaître la cause pour supprimer l'effet.

D'autres fois, c'est à la suite d'une émotion violente venant ébranler un système nerveux déjà prédisposé, que l'affection se déclare : il peut se faire alors qu'elle persiste très-longtemps après la cause qui l'a fait naître.

Mais c'est surtout quand la maladie a eu une évolution spéciale, quand elle s'est développée sans raison apparente, sous l'influence d'aucune espèce de cause appréciable, qu'elle se fait remarquer par une évolution très-longue. Si en effet, elle peut, dans certains cas, ne durer que quelques mois, il en est d'autres dans lesquels elle persiste pendant des années et même pendant la vie entière.

Ici, nous ne savons pas trop à quoi nous en tenir : il nous faudrait pour cela avoir des renseignements sur les antécédents de cette jeune fille, savoir dans quelle mesure elle était prédisposée par l'hérédité à la maladie dont elle est atteinte ; dans quelle mesure enfin, elle a subi un trouble notable de l'intelligence ; aussi, quant à présent, disons-nous que nous avons affaire chez elle à de la mélancolie avec stupeur primitive, survenue sans raison apparente, et par conséquent destinée à durer.

Nous allons donc prendre, pour cette malade, toutes les précautions que je vous ai indiquées précédemment ; nous la ferons surveiller attentivement pour prévenir toute intention de suicide ; nous aurons soin, si elle refuse de manger, de la faire nourrir avec la sonde œsophagienne. Si enfin, dans quelque temps, nous n'obtenons pas de résultat satisfaisant, nous demanderons son entrée dans un asile d'aliénés.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Le diagnostic des anévrysmes de la fesse a été souvent fort difficile. Cette difficulté tient à ce que, dans quelques cas classés comme anévrysmes, il y avait absence de pulsations due à l'absence du sac. La majorité de ces cas n'étaient pas véritablement des anévrysmes dans le sens rigoureux de ce mot, mais des blessures ou des ruptures de l'artère ; et ce sont surtout ces cas qui sont difficiles à distinguer, plus spécialement lorsque le chirurgien, comme il arrive souvent, ne voit le cas que plusieurs jours après l'accident, et alors que l'inflammation des téguments et des parties superficielles a fait apparition. Il a alors devant lui une grosse tumeur, quelquefois énorme, présentant une fluctuation évidente, aucune pulsation et une peau rouge et œdématiée. A moins qu'il n'ait connaissance des cas analogues déjà observés, il ne doute pas que ce ne soit un abcès, et faisant une large incision dans ce qu'il croit être une collection purulente profondément située, il est épouvanté de voir sortir de la plaie un flot de sang artériel. C'est là l'histoire de plusieurs cas connus. Mais il n'est pas douteux qu'un pareil désastre eût pu être évité, au moins dans quelques cas, par un examen plus attentif. Car il semble certain que souvent, sinon toujours, on eût pu distinguer un bruit dans une partie quelconque de la tumeur en auscultant avec soin. Et même quand il n'y a pas de lésion artérielle distincte, il arrive souvent que ces grosses tumeurs fluctuantes de la fesse ne sont autre chose que des tumeurs hématiques qui peuvent disparaître graduellement sous l'influence du repos, en combattant l'inflammation des téguments par les moyens appropriés.

On ne devrait donc jamais négliger de faire une ponction exploratrice qui, en aucun cas, ne peut être nuisible.

Dans les véritables anévrysmes traumatiques, le diagnostic a été également souvent erroné, même quand le sujet avait été en observation dès le commencement ; mais il faut dire que cela dépendait plutôt de la négligence du chirurgien que de la difficulté réelle d'établir un diagnostic correct. Par exemple, dans le cas de Schuh (*Wien. med. Wochensch*, 7 mars 1857), un jeune homme reçut dans la fesse une blessure profonde, qui avait donné naissance à une hémorrhagie inquiétante. Celle-ci fut arrêtée et la blessure guérit. Après un séjour de trois semaines à l'hôpital, il fut renvoyé guéri, mais il éprouva une si grande douleur, en essayant de marcher, qu'il rentra de nouveau. On trouva une tumeur fluctuante, située profondément dans la fesse, et on l'ouvrit sans hésitation, croyant avoir affaire à un abcès. Il s'échappa un large flot de sang, et alors, après avoir momentanément arrêté l'hémorrhagie, l'examen révéla (ce que l'on eût pu certainement reconnaître aussi bien ou mieux auparavant) qu'il y avait à la fois bruit de souffle et pulsations dans la tumeur. En réalité, j'inclinerais à croire que, dans les anévrysmes traumatiques véritables, il est plus facile de les distinguer d'un abcès, que dans quelques anévrysmes spontanés, car les antécédents sont là pour guider le chirurgien et l'engager à un examen plus attentif. Mais je ne veux pas nier les difficultés très-réelles qui existent dans quelques cas. Le cas de Pirogoff en est un exemple ; l'inflammation des parties lésées fit diagnostiquer un phlegmon, on appliqua des cataplasmes, on fit des frictions mercurielles et on en arriva à une incision profonde (elle ne le fut heureusement pas assez pour atteindre le sac), avant l'admission du malade à l'hôpital. Là on fit une incision plus profonde sous la direction de Arendt, mais le sac ne fut encore pas atteint. Enfin Pirogoff lui-même répéta l'incision, qui pénétra à une profondeur de trois pouces, quand un flot de sang artériel vint l'éclairer sur la nature de l'affection ; c'est alors qu'en auscultant, il perçut un murmure sourd dans un ou deux points. On voit par là avec quelle facilité un chirurgien quelconque pourrait être induit en erreur, là où trois chirurgiens différents, dont deux aussi distingués que Arendt et Pirogoff se sont trompés ; il faut ajouter qu'on avait recherché l'existence des pulsations et qu'on n'en avait pas trouvé.

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er septembre.

Nous voyons, par ce qui précède, la grande difficulté de diagnostiquer quelques anévrysmes traumatiques, ceux, j'imagine, dans lesquels le sac est imparfait, et par conséquent la nécessité absolue d'employer tous les moyens d'examen avant d'ouvrir une semblable tumeur.

Dans les anévrysmes spontanés, il y a de nouvelles sources d'erreurs. Ici encore, il peut facilement arriver que les téguments se soient enflammés, soit par la pression sur la tumeur dans la station assise, ou par quelque mouvement, ou bien par les applications faites dans le but d'obtenir la guérison. Les symptômes principaux de la maladie ne sont pas ceux qu'on a coutume de rencontrer dans les anévrysmes des autres régions, mais la perte de fonctions du membre et des douleurs sciatiques dépendant de la compression du nerf. De là il résulte que la première chose qui se présente à l'esprit du chirurgien, c'est la présence d'un abcès en relation avec une affection sacro-iliaque ou une compression du nerf sciatique. Et même, quand le chirurgien peut s'assurer de la présence des pulsations et du bruit de souffle, on ne peut pas nier que souvent les pulsations et quelquefois le bruit de souffle se rencontrent dans ces tumeurs cancéreuses qu'on rencontre sur les os pelviens.

Voici une figure d'un cas opéré par Uhde, qui montre le volume énorme de la tumeur, les lobes divers formés par un sac imparfait, et l'étroit orifice par lequel il communique avec l'artère. Nous pouvons juger avec quelle facilité de semblables tumeurs cessent de présenter des pulsations quand le sac cède sur un point, et combien il doit être difficile, sans un soin minutieux, de saisir un bruit de souffle qui ne doit pouvoir s'entendre qu'au niveau de l'orifice de communication.

Le meilleur exemple connu d'erreur de diagnostic est le cas de Guthrie, dont la pièce est dans notre musée. Dans cette circonstance, la tumeur fut prise pour un anévrysme de la fesse par M. Guthrie, qui vit le premier le malade, bien qu'elle ne présentât pas exactement les caractères ordinaires d'un anévrysme. Il est clair, d'après sa description, que les pulsations étaient moins fortes et avaient moins d'étendue que n'auraient dû avoir celles d'un anévrysme aussi volumineux. Cependant, il y avait un bruit de souffle. Ayant encore des doutes, il demanda l'opinion de sir A. Cooper, de M. Keate et de M. Thomas, qui examinèrent le malade séparément, laissant leur consultation entre les mains du chirurgien interne d'alors, M. Hancock, et tous partagèrent à la fin l'opinion de M. Guthrie, quoique, tout d'abord, M. Keate fût plutôt disposé à croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse. M. Guthrie essaya de lier l'iliaque interne, mais n'y réussit pas, car la tumeur s'étendait si haut, qu'il ne put pas porter son incision assez bas pour avoir la place suffisante, aussi dut-il lier l'iliaque primitive, quoique avec beaucoup de difficultés et après avoir lacéré le péritoine en deux endroits. Les pulsations de la tumeur cessèrent aussitôt et son volume diminua pour quelque temps; mais elle devint bientôt le siége de vives douleurs, et deux mois après, elle commença à s'accroître rapidement. La malade mourut sept mois après l'opération.

M. Guthrie publia l'observation, fit dessiner les parties et donna la pièce à notre musée. On ne peut donc pas dire qu'il ait essayé de cacher son erreur de diagnostic; quoique, d'après ses propres paroles, il est évident qu'on a cherché à lui attribuer cette intention indigne de lui. L'opinion des hommes éminents qu'il obtint en faveur de l'opération suffirait à l'exonérer de tout blâme dans cette circonstance. Cependant, si nous envisageons ce cas à la lumière de l'expérience acquise depuis, nous sommes du moins autorisés à conclure que le diagnostic eût pu être à la rigueur correctement établi en dépit du bruit trompeur que présentait la tumeur.

Le cas suivant, qui a fourni cette préparation au musée de l'hôpital Saint-George, est ici à sa place. Le malade, soigné par M. Prescott Hewett, avait une tumeur pulsatile de la fesse ayant quelque analogie avec un anévrysme. L'absence de bruit et le fait que la compression sur le trajet de la fessière n'exerçait pas d'action sur les pulsations, rendaient le diagnostic beaucoup plus facile que dans le cas de M. Guthrie; mais le même caractère, qui est si évident sur la préparation de M. Guthrie, était celui qui, dans ce cas, fit juger de la nature de la tumeur, c'est-à-dire que les os étaient évidemment malades dans une grande étendue, de sorte que la tumeur pulsatile se présentait des deux côtés du bassin. Il est clair, quand on lit la description de Guthrie et qu'on regarde sa préparation, que la tumeur avait des rapports étendus avec le muscle psoas. De là, en supposant que c'était un anévrysme de la fessière, il devait avoir érodé les os du bassin et du rachis dans une grande étendue, ce qui est très-improbable de la part d'une tumeur petite au début (comme doit l'être un anévrysme spontané de la fessière) qui a un accès beaucoup plus facile extérieurement du côté des parties molles. Et maintenant que nous savons combien il est fréquent de rencontrer un bruit plus ou moins fort dans ces tumeurs pulsatiles des os, ce symptôme ne doit avoir que l'importance qu'il mérite dans le diagnostic. Mais il ne faut pas oublier non plus que cette difficulté s'est présentée souvent et à des chirurgiens éminents; et nous devons admettre qu'à la fesse comme ailleurs, on peut aisément se méprendre entre un anévrysme et une tumeur pulsatile maligne. L'exemple le plus récent est le cas qui s'est présenté au célèbre chirurgien italien, le professeur Porta, qui lia l'iliaque interne pour un anévrysme supposé de la fesse. Le malade mourut, en quarante-huit heures, de péritonite, et l'on vit qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. La possibilité d'une telle erreur est un autre puissant motif d'éviter la ligature de l'iliaque interne, quand c'est possible. Dans le cas de Porta, les os étaient également malades dans une grande étendue.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

(Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

V

§ II. — DES GINGIVITES ESSENTIELLES.

Sous le terme de *gingivites essentielles*, nous allons décrire les formes les plus simples et les plus franches de l'inflammation gingivale, celles où le processus pathologique ne reste empreint d'aucun caractère étiologique, ni spécifique bien défini. Toutefois, les variétés que nous faisons rentrer dans ce groupe ne constituent pas, à proprement parler, des maladies bien distinctes : elles représentent plutôt les différentes périodes, les divers degrés d'intensité du même processus inflammatoire. Il est même quelquefois possible d'observer la succession, sinon de toutes, du moins de quelques-unes d'entre elles. C'est ainsi que l'on peut constater le passage à l'état fon-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août.

gueux, puis à la forme hypertrophique d'une gingivite qui était primitivement simple.

On verra, en outre, par les considérations étiologiques que nous présenterons, que plusieurs formes de gingivite essentielle pourraient assez légitimement rentrer dans la division des *traumatiques*. Telle serait, par exemple, celle qui accompagne la sortie des dents, et en particulier, de la dent de sagesse inférieure. La distinction repose ici sur ce fait que les gingivites traumatiques, ou du moins celles que nous avons décrites sous ce nom, sont toujours nécessairement liées à la présence de leur cause toute spéciale, qui imprime un caractère particulier à leurs lésions anatomiques. Les essentielles, au contraire, ne sont pas fatalement amenées par les causes qui peuvent les produire, et, en tout cas, ne présentent rien dans leurs symptômes qui les y rattache nécessairement.

Ces observations faites, nous passons à l'étude de chacune des gingivites essentielles dans l'ordre qui leur est assigné par le tableau précédent.

1° — *De la gingivite simple.*

Nous avons défini cette forme : une inflammation superficielle du derme muqueux, caractérisée par un trouble circulatoire, qu'accompagne une exhalation séreuse, et par suite de celle-ci, la chute du revêtement épithélial.

Toutes les causes qui amènent la stomatite érythémateuse peuvent produire la gingivite simple. Nous devons mentionner à cet égard les irritations locales directes, telles que l'introduction dans la bouche de corps trop chauds ou trop froids, de substances irritantes, l'usage d'aliments trop épicés, de certains crustacés, etc., etc.

A vrai dire, ces causes produisent plutôt la stomatite généralisée que la gingivite proprement dite. Toutefois, dans certains cas, l'inflammation qui s'est produite sous ces influences peut se localiser à la gencive.

Mais d'autres causes portent plus particulièrement leur action irritante sur la muqueuse gingivale proprement dite.

Parmi elles, une des plus fréquentes est la *carie dentaire*. Celle-ci, en effet, lorsqu'elle siége au voisinage de la gencive peut, par ses bords rugueux et irréguliers, ou par la présence de matières alimentaires ou autres qui se logent dans la cavité pathologique, déterminer sur la muqueuse en contact avec elle un état inflammatoire. Celui-ci se propageant ensuite de proche en proche, peut atteindre toute l'étendue de la gencive du côté de la mâchoire où elle a pris naissance.

L'absence de soins de propreté peut agir dans le même sens en laissant séjourner, dans les interstices des dents, certains dépôts qui exercent sur les languettes interdentaires leur influence soit mécanique, soit chimique, par suite de leur décomposition. C'est peut-être par un mécanisme analogue que les dents trop serrées ont été considérées comme cause de gingivite. M. Desprès a tout récemment insisté sur ce point de vue étiologique, au sujet duquel nous reviendrons plus longuement en traitant du diagnostic.

Les appareils de prothèse sont eux-mêmes une cause assez fréquente de gingivite simple, soit qu'ils favorisent en certains endroits l'accumulation de débris alimentaires, soit qu'ils produisent une irritation directe par leur contact. Il en est de même chez les enfants soumis à un traitement de déviation dentaire par les appareils orthopédiques.

Le travail de la dentition, et nous entendons par là la sortie de la couronne dentaire hors de la gencive, est encore considérée par beaucoup d'auteurs comme cause d'inflammation de cette muqueuse. Celle-ci, au moment où elle est traversée par la dent, se trouverait soulevée et toujours plus ou moins irritée par la pression qu'elle subit sur sa face profonde. On a remarqué, en outre, que cet accident, qui accompagnerait fréquemment l'éruption des dents antérieures est à peu près inconnu pour les dents postérieures, pour les molaires, par exemple, dont la sortie passe presque toujours inaperçue, à l'exception toutefois de la dent de sagesse dont les accidents sont spéciaux. La raison de cette différence doit être recherchée dans la structure du tissu gingival, qui n'est pas partout identique. En avant, la gencive est mince et représente une membrane fibro-muqueuse dense et résistante par la compression de ses éléments anatomiques, en même temps que par sa pauvreté en tissu cellulaire. En arrière, les caractères sont tout opposés.

Il résulterait de ces faits, que la muqueuse gingivale oppose à la sortie des dents un obstacle plus grand en avant qu'en arrière.

Nous ne voulons pas, toutefois, traiter ici la question des accidents dits de dentition si diversement interprétés, exagérés par les uns, complétement niés par les autres. Disons seulement que, dans le cas particulier qui nous occupe, la lésion éprouvée par la gencive au moment où elle est traversée par la couronne, peut être le point de départ d'une inflammation tantôt localisée, tantôt se propageant à toute la muqueuse gingivale, et même à toute la bouche.

Il est cependant un mécanisme d'inflammation gingivale qui reste bien évident, c'est précisément celui qui peut survenir lors de l'éruption de la troisième grosse molaire inférieure ou dent de sagesse. Lorsque celle-ci effectue sa sortie hors de la mâchoire, la gencive qui la recouvre, soulevée et gonflée par le fait de l'irritation toute circonscrite que lui cause le contact de la couronne sous-jacente, rencontre dans le rapprochement des mâchoires la dent supérieure correspondante qui la frappe et la triture incessamment dans les mouvements de la bouche. Il s'ensuit une inflammation toujours assez vive, qui peut s'étendre rapidement à la muqueuse adjacente et constituer ainsi ce que l'on peut appeler les *accidents muqueux de la dent de sagesse*, accidents souvent isolés et simples, mais parfois suivis d'un ensemble de phénomènes plus ou moins graves : phlegmon de la face ou du cou, fistules, ostéite, nécrose des mâchoires, etc., dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Le siége de la gingivite simple, lorsqu'elle n'est pas généralisée, varie, pour ainsi dire, avec chaque genre de cause. Mais alors même que toute l'étendue de la gencive est prise, il y a encore à déterminer le siége initial de l'inflammation, qui est, la plupart du temps, le point précis où l'action irritante a porté son effet.

Cette détermination présente une grande importance, car il suffit souvent de porter remède sur le point où a commencé la maladie, pour la voir disparaître, alors que tout traitement dirigé sur les lésions de propagation resterait insuffisant. Telle est précisément l'inflammation provoquée par l'éruption de la dent de sagesse inférieure.

Dans la gingivite simple, les caractères anatomiques se confondent presque entièrement avec les symptômes objectifs, qui sont de beaucoup les plus importants. Aussi croyons-nous devoir les rapprocher dans une description commune.

Au début de la maladie, la gencive devient le siége d'une sensation de chaleur, de cuisson, de picotement; elle est sèche, luisante, d'un rouge vif et légèrement épaissie.

Peu de temps après, sa surface libre devient humide; il s'y fait une exhalation. Celle-ci soulève l'épithélium, qui forme

une pellicule blanchâtre recouvrant par places la muqueuse enflammée.

Sur le bord libre de la gencive et sur la partie voisine de la dent, se rencontre ordinairement un amas de mucosités, de débris de cellules épithéliales, mêlées à tous les produits que l'on peut trouver dans la bouche.

Ce n'est qu'après la chute ou l'ablation de cet enduit blanchâtre qui recouvre par places la surface de la gencive, et qui masque entièrement son bord libre et le collet de la dent, que l'on peut bien apprécier les symptômes objectifs de l'inflammation.

Par suite du trouble circulatoire dont ils sont le siége, les capillaires superficiels du derme, devenus turgescents, augmentent l'épaisseur de la gencive, et particulièrement des languettes interdentaires. Celles-ci, atteintes dans toute leur épaisseur et sur leurs deux faces, sont décollées, soulevées en forme de petites tumeurs fongueuses très-saillantes, recouvrant une partie plus ou moins grande de la couronne. Par suite, le bord gingival présente une exagération des festons normaux qui le caractérisent, et il forme ainsi un relief assez considérable sur le plan de l'arcade dentaire.

En même temps que ces changements de volume et de forme du bord gingival, surviennent des modifications dans la coloration.

Le bord libre de la gencive présente un liséré rouge vif, large de 2 ou 3 millimètres, qui est ordinairement d'une grande netteté sur les gencives qui n'ont reçu aucune application médicamenteuse. Ce liséré suit le bord festonné de la gencive, sans varier de hauteur ni de nuance.

Dans tout le reste de son étendue, la muqueuse enflammée offre une coloration rouge, plus ou moins foncée, suivant l'intensité de l'inflammation, mais partout uniforme.

Lorsque la phlegmasie est ainsi localisée depuis plusieurs jours, le derme peut être complétement mis à nu, et l'on peut voir les papilles, ainsi que les anses des vaisseaux sanguins fortement dilatés. La gencive saigne au moindre attouchement, soit des aliments, soit des doigts, de la langue ou des lèvres.

Dans la gingivite simple, après la période initiale, marquée par de la sécheresse, il y a toujours une production plus ou moins abondante de sérosité, à laquelle se joignent constamment quelques globules de pus. En même temps, survient une hypersécrétion salivaire, qui incommode fortement le malade. Alors l'haleine prend une odeur fétide assez accentuée.

Les phénomènes locaux de la gingivite, tels que nous venons de les décrire, peuvent s'accompagner d'accidents de voisinage du côté des lymphatiques. Ce retentissement n'a guère lieu que lorsque l'inflammation siége sur les parties postérieures de l'arcade dentaire et avec une certaine intensité, notamment dans les cas liés à l'évolution de la dent de sagesse.

Les phénomènes subjectifs de la gingivite sont très-variables. Au début, la douleur est quelquefois nulle; souvent elle consiste en une sensation de sécheresse, de cuisson. Elle devient plus franche ensuite, s'exaspère par le contact de l'air, des liquides, les mouvements de la langue, des lèvres. Alors elle s'accompagne d'une espèce de gêne, d'embarras des mâchoires, que calme parfois leur rapprochement. Cela indique évidemment une légère propagation de l'inflammation au périoste alvéolo-dentaire, qui se trouve décongestionné par cette pression qu'exercent l'une sur l'autre les deux arcades dentaires.

L'inflammation simple de la gencive constitue presque toujours une affection purement locale. Ce n'est qu'exceptionnellement, dans les cas d'une intensité considérable et chez des sujets d'ailleurs prédisposés, les enfants, les femmes très-impressionnables, qu'elle s'accompagne de phénomènes généraux.

Lorsqu'elle n'est pas entretenue par la persistance de sa cause, lorsqu'elle n'est pas le début d'une gingivite plus grave, elle a une durée, en général, assez courte. Mais assez souvent elle se transforme en l'une des variétés, que nous allons décrire, lesquelles peuvent être dès lors considérées comme représentant tantôt l'état chronique, tantôt la complication de la maladie primitive.

DE L'ANÉMIE CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur Bourguet (de Graissessac).

III

La présence, dans les chantiers, de poussière charbonneuse que les ouvriers respirent en travaillant, a, d'après Kuborn (ouv. cité), une action éloignée sur la production de l'anémie, soit en ayant pour conséquence « de diminuer la surface perméable des vésicules à travers lesquelles les gaz doivent pénétrer dans le sang», soit en recouvrant la peau et constituant, à la faveur de la transpiration, une sorte de vernis qui diminue sa perspiration et par compensation, augmente l'activité du poumon, qui, dès lors, tend à devenir malade, à s'enflammer et, en tout cas, à mal remplir ses fonctions.

Je ne dirai rien contre l'action du poussier, à laquelle s'ajoute, en la dominant, celle des produits solides et de la fumée âcre et irritante qui résultent de la combustion incomplète des huiles d'éclairage. Bien certainement, elle joue un rôle considérable dans la pathologie du mineur, mais cette action n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire, et l'obstacle mécanique qu'elle amène à la longue dans la circulation pulmonaire a des conséquences bien plus graves que la prédisposition à l'anémie : ce n'est pas ici le lieu de traiter cette question complexe, si intéressante qu'elle soit.

Quant à la diminution des secrétions de la peau qui dépendrait de l'adhérence du charbon en poudre, je ferai remarquer que, malgré mon désir de ne pas être en désaccord avec l'estimable auteur de l'ouvrage cité, il ne m'a pas été possible chez nos mineurs de constater le non-fonctionnement des glandes sudoripares dans toute son intégrité. Le liquide sudoral se fait très-bien jour à travers la couche noire qui recouvre la peau, ce dont on peut juger *de visu*, par les sillons que laissent sur le tégument les gouttes de sueur qui perlent à sa surface.

La peau tout entière, d'ailleurs, est rarement sans protection; il est prescrit aux ouvriers de conserver pendant le travail, un vêtement qui s'oppose au dépôt trop abondant de poussière. Enfin, nous connaissons tous une classe intéressante, qui conserve sur le corps, une couche noire bien plus adhérente et surtout bien plus permanente que celle des mineurs, sans payer pour cela le moindre tribut à l'anémie. J'ai nommé les ramoneurs, qui pendant toute la saison, se gardent bien de nettoyer la couche de suie épaisse et luisante qui recouvre leur peau et double leurs vêtements.

Une seule poussière, celle du brai, est assez adhérente pour s'incruster dans les couches épithéliales, et assez ténue pour pénétrer dans les conduits excréteurs des glandes de la peau, mais elle doit cette propriété à la facilité qu'elle a de

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 septembre.

se ramollir sous l'influence des rayons solaires et d'imbiber, en quelque sorte, les surfaces découvertes, c'est-à-dire la face et les mains. Encore, malgré tout, elle n'obstrue jamais les conduits de la sueur au point de porter un obstacle sérieux à son excrétion.

Aux causes hygiéniques qui dépendent de la mine elle-même, il faut ajouter celles que l'ouvrier trouve au dehors : habitations basses et humides, mal éclairées, alimentation grossière ou insuffisante, excès de toute nature, manque de vêtements, misère, dépression morale, etc., toutes choses reconnues comme agissant dans le même sens et qu'il suffit de citer sans s'étendre sur elles.

Malheureusement les classes ouvrières, à part une très-minime exception, les offrent toutes, bien souvent réunies, à l'observation journalière du médecin qui vit au milieu de cette population à fond excellent, pleine de généreux élans et de dévouement irréfléchi à l'heure du danger ou du besoin, mais sceptique, railleuse, insouciante, imprévoyante, glissant volontiers sur la moralité de ses familles trop souvent irrégulières; faisant le mal parce qu'elle n'en connaît pas toute la valeur; excusable, peut-être, car elle a poussé un peu au hasard, loin des sages conseils du foyer, sans connaître l'école où elle devrait apprendre, avec le culte du bon et du beau, les devoirs de l'homme envers son prochain et envers lui-même.

Les causes pathologiques méritent une mention, car elles interviennent certainement dans la production plus ou moins rapide de l'affection qui nous occupe. Toutes les maladies un peu graves, qui laissent l'ouvrier débilité, l'exposent à résister moins énergiquement au travail de la mine. Parmi elles je citerai, par ordre de fréquence, comme ayant préexisté au développement de l'anémie, les suivantes : emphysème, asthme, maladies du cœur, fièvres typhoïdes, rhumatisme, pneumonie, etc. On comprend que les premières, par l'entrave qu'elles apportent aux fonctions de l'hématose, s'ajoutent à l'action intrinsèque de la mine dont elles doublent l'effet. Dans l'emphysème, les poumons ont une partie de leurs capillaires détruits, ce qui diminue l'étendue des surfaces sur lesquelles s'opèrent les échanges gazeux qui constituent la respiration. La rupture des alvéoles pulmonaires annihile, en outre, l'effet d'un grand nombre de fibres élastiques dont le défaut d'action a pour double effet la stase du sang et la stase des produits muqueux qui agissent mécaniquement pour entraver l'hématose.

Les maladies du cœur, ayant pour résultat de gêner la grande et la petite circulation, ne soumettent, à la régénération pulmonaire, qu'une quantité insuffisante de globules.

La syphilis est rare heureusement parmi nos mineurs, on sait que cette affection, dans sa période secondaire, s'accompagne d'une anémie spéciale qui, survenant, favoriserait l'invasion de l'autre.

La fièvre intermittente est dans le même cas. Pendant ces dernières années, j'ai pu recueillir quelques faits intéressants à ce propos. Les guerres d'Espagne avaient amené, dans notre exploitation, bon nombre d'hommes peu désireux de se battre; plusieurs, sur leur chemin, avaient aidé aux vendanges, et contracté, dans l'Aude ou les parties basses de l'Hérault, la fièvre d'accès. Quelques-uns ont guéri sans remèdes, d'autres facilement sous l'influence du sel quinique ont recouvré leur santé habituelle, mais parmi les uns et les autres, ceux qu'on a employés aux travaux de l'intérieur n'ont pas tardé à devenir anémiques, et je les revois de temps en temps à ma consultation, avec tous les symptômes de l'anémie.

La contusion des organes internes, d'après Kuborn (p. 121), et en particulier celle du foie, serait une cause d'anémie par l'influence que l'ébranlement de ces organes exerce sur les fonctions hématosiques. Connaissant l'ouvrage de cet auteur depuis trop peu de temps, je n'ai pu, malgré mon bon vouloir, observer des cas qui confirment ce dire. Cette cause, que j'admets du reste, n'étant pas spéciale au travail de la mine, n'a pas par le fait la valeur de certaines autres, et fort probablement, serait impuissante, à elle seule, pour créer de toutes pièces l'affection dont il s'agit.

L'anémie des mineurs, si j'en juge par mon expérience personnelle, est une affection chronique, compatible souvent avec un travail journalier, traversée, de temps en temps, par des crises aiguës qui nécessitent du repos et des soins particuliers.

Ces crises s'observent surtout à des époques déterminées : au printemps et à l'automne. Quand la température de la mine et celle de l'atmosphère extérieure tendent à s'équilibrer et amènent, dans la ventilisation, des difficultés considérables.

C'est alors qu'on voit arriver à la consultation un grand nombre d'ouvriers, avec les signes de l'anémie, disant tous que le mauvais air (force-touffe) existe dans leur chantier. Les cas plus rares, pendant les autres saisons, se produisent absolument dans les mêmes conditions. Il est excessivement rare qu'un anémique n'ait pas travaillé dans le mauvais air (acide carbonique) les jours qui précèdent la maladie.

Les symptômes que l'on observe sont généralement les mêmes : fatigue musculaire, céphalalgie, tendance au sommeil, essouflement, troubles de la vue et de l'ouïe, dyspepsie, langue sale, vomiturition le matin, coliques et douleurs abdominales erratiques, selles liquides répandant une odeur fétide, enfin, dans bien des cas, quelquefois spontanément, quelquefois sur la demande du médecin, le malade accuse une douleur, variable comme intensité, mais parfois assez notable dans la région de la rate.

Le rôle physiologique attribué actuellement à cet organe, que l'on considère comme un diverticulum de la circulation, un réservoir du liquide sanguin en même temps qu'un modificateur de son plasma, s'accorderait avec la théorie de l'anémie par intoxication (et tel est le cas je crois pour l'anémie des mineurs). On sait, en effet, combien la rate est modifiée par l'intoxication paludéenne qui s'accompagne toujours d'anémie. Dans le cas qui m'occupe, cette douleur s'expliquerait par l'augmentation de volume de la glande et aurait, quoique moins forte, le même point de départ que celle qui résulte d'une course un peu rapide. L'examen répété, par la percussion, ne m'a pas démontré de grands changements dans le volume de la glande.

Cette douleur, qui n'existe pas toujours, ne doit pas être confondue avec les douleurs musculaires de l'abdomen, que l'on observe plus généralement et qui sont provoquées et entretenues par les contractions péristaltiques de l'intestin, excité par la présence de matières irritantes anormales et de produits gazeux abondants. En m'occupant du traitement, je ferai remarquer l'indication qui résulte de cet état de choses.

En même temps les sclérotiques ont une teinte subictérique assez prononcée, l'ovale inférieur du visage est jaunâtre, les muqueuses gingivale et palatine décolorées, la céphalalgie, le plus souvent frontale, s'accompagne parfois de vertiges. Elle est plus forte, non pas au travail, mais au moment où l'ouvrier passe de l'atmosphère viciée de son chantier,

dans un air plus pur, plus vif, agissant probablement par sa température plus basse qui a pour effet de réveiller les contractions des fibres musculaires cause de cette céphalalgie qui peut être aussi temporale ou occipitale.

Des douleurs moins intenses s'observent pareillement dans les muscles de la nuque, du dos, des lombes, des membres inférieurs, en un mot, de ceux qui servent surtout à la station debout. Les anémiques ne manquent pas de signaler cette fatigue ou courbature, due à la quantité restreinte de sang qu'ils reçoivent, en même temps qu'à sa mauvaise qualité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 septembre 1877, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Au grade de chevalier : M. le docteur Denis-Dumont, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen.

— *Hôtel-Dieu.* — Voici de quelle manière les services sont répartis au nouvel Hôtel-Dieu :

Chirurgie (rez-de-chaussée) — M. Richet. — Salles Saint-Landry (hommes); Notre-Dame (femmes).

M. Guérin. — Salles Saint-Jean (hommes); Sainte-Marthe (femmes).

M. Cusco. — Salles Saint-Côme (hommes); Sainte-Agnès (femmes).

Médecine (premier et deuxième étage), — M. Sée. — Salle Saint-Christophe (hommes); Saint-Jean (femmes); premier étage.

M. Guéneau de Mussy. — Salles Saint-Charles (hommes); Sainte-Madeleine (femmes); premier étage.

M. Fauvel. — Salles Saint-Augustin (hommes); Sainte-Monique (femmes); premier étage.

M. Frémy. — Salles Saint-Denis (hommes); Sainte-Martine (femmes); deuxième étage.

M. Hérard. — Salles Saint-Louis (hommes); Sainte-Marie (femmes); deuxième étage.

M. Oulmont. — Salles Saint-Thomas (hommes); Sainte-Anne (femmes); deuxième étage.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le lundi 3 décembre 1877, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté, un mois avant l'ouverture du concours.

— *Hospices civils de Lyon.* — Deux concours pour la nomination d'élèves internes et d'élèves externes en médecine et en chirurgie auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Lyon : le premier, le lundi 22 octobre; le second, le 29 octobre prochain.

— *École pratique.* — Les exercices de dissection commenceront à l'École pratique le lundi 22 octobre. M. Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 6 novembre. Il traitera des questions suivantes : abdomen et membres (suite du cours d'anatomie appliquée).

MM. les prosecteurs et aides d'anatomie feront des cours à l'École pratique. Nous indiquerons ultérieurement l'ouverture et le programme de ces cours.

Essai sur les troubles de la parole, par le docteur Hornus. — In-8°. Prix : 3 francs. Paris, Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De l'urémie.

Je vais entrer aujourd'hui dans quelques détails sur l'urémie, maladie grave que vous devez non-seulement savoir reconnaître mais traiter. Dans ces cas, en effet, on peut dire que quelquefois la vie du malade est entre les mains du médecin.

Sous le nom d'urémie, on comprend un ensemble d'accidents, variables quant à leur siége, mais qui peuvent se produire dans les cas de néphrite albumineuse aiguë ou chronique, soit parenchymateuse, soit interstitielle et peut-être plus particulièrement encore dans cette dernière; ce qui vient souvent augmenter les difficultés du diagnostic, car la néphrite interstitielle ne se manifeste pas par des symptômes aussi apparents, aussi évidents que la néphrite parenchymateuse. Dans cette affection, en effet, il n'y a pas d'œdème, pas d'anasarque, qui appellent du côté des reins l'attention du médecin, et les phénomènes urémiques quand ils se produisent peuvent être méconnus, si l'on n'a pas le soin d'examiner les urines. Ces accidents peuvent également survenir chez les femmes enceintes, dans les derniers moments de la grossesse, et dans ces cas encore ils sont toujours en rapport avec une lésion des reins qui se traduit surtout par la présence d'albumine dans les urines, on les observe enfin quelquefois dans certaines maladies des voies urinaires, alors qu'il y a, par exemple, rétention de l'urine.

Avant de vous parler des accidents par lesquels se manifeste l'urémie confirmée, je dois vous dire que le plus ordinairement on voit apparaître quelques phénomènes prodromiques qui attestent déjà un léger degré d'intoxication. Ce sont d'abord, assez souvent, quelques troubles du côté de l'appareil digestif, de l'inappétence, du dégoût pour les aliments, des vomissements qui, à cette époque de la maladie, ne présentent encore rien de spécial, tantôt alimentaires, tantôt bilieux, enfin, dans quelques cas rares, de la constipation ou de la diarrhée.

Du côté de la vue, on voit aussi apparaître, et assez fréquemment, des troubles qui consistent dans la présence de mouches volantes au-devant des yeux, dans un affaiblissement, une diminution d'intensité de l'acuité visuelle, quelquefois même dans une cécité complète.

Enfin, il survient encore dans un assez grand nombre de cas des phénomènes du côté de la tête. Telle est d'abord la céphalalgie qui est peut-être le symptôme le plus constant parmi les signes précurseurs de l'urémie, et qui est caractérisée tantôt par une douleur très-vive, persistante, soit à la région frontale, soit au sommet de la tête, quelquefois à la nuque, aiguë et lancinante; d'autres fois, se bornant à un simple sentiment de pesanteur. A cette céphalalgie, se joignent encore quelques autres troubles cérébraux : des bourdonnements d'oreilles, une légère surdité, un peu d'embarras intellectuel, de somnolence; d'autres fois, les malades se font remarquer par un changement de caractère qui éveille l'attention de leur entourage; sans que rien ne justifie cette manière d'être, ils deviennent tristes, moroses, apathiques. Enfin des épistaxis plus ou moins abondantes, peuvent encore précéder, dans certains cas, le début des accidents urémiques.

Quant à la présence de l'albumine, je ne crois pas devoir en parler ici; il est évident que ces phénomènes prodromiques que je viens de vous énumérer, n'ont de valeur qu'autant que cette substance existe dans les urines.

Ces prodromes durent pendant un temps plus ou moins long, quelquefois quinze jours, trois semaines, puis un moment arrive où l'urémie se déclare. D'autres fois, au contraire, les choses ne vont pas jusque-là, et tout se borne à la seule manifestation de ces signes précurseurs; mais ils n'en sont pas moins dûs à l'intoxication urémique, légère à la vérité. Cela se voit surtout chez les femmes grosses, au moment de l'accouchement. Enfin, soit que ces prodromes aient passé inaperçus, ou bien soit qu'en réalité ils ne se soient pas produits, il est des cas dans lesquels la maladie débute d'emblée, et alors on voit apparaître, brusquement, tout d'un coup, les accidents graves de l'urémie.

Ces accidents sont de plusieurs sortes, et les auteurs ont décrit trois formes d'urémie; la première, ou urémie cérébrale, la seconde gastrique ou intestinale, la troisième thoracique ou pulmonaire.

La première, comme son nom l'indique, est caractérisée par des phénomènes qui ont lieu du côté de l'appareil nerveux. Elle présente elle-même trois variétés; convulsive, comateuse et délirante.

La plus commune est la variété convulsive; elle est de tous les accidents urémiques, celle que l'on rencontre le plus souvent, et à son tour, elle comprend deux sous-variétés : 1° l'urémie convulsive épileptiforme ou éclamptique, 2° l'urémie ataxique.

Dans la première variété, le malade est saisi subitement d'accidents qui ressemblent à ceux de l'épilepsie; tout à coup il perd connaissance, souvent même, d'après M. Bergeron, l'attaque est précédée d'un cri; puis la figure devient pâle, vultueuse, violacée et immédiatement arrivent dans les membres des convulsions d'abord toniques, puis cloniques et qui consistent dans de petites secousses portant surtout sur les membres supérieurs. En même temps, la respiration qui s'était d'abord suspendue devient accélérée, stertoreuse; la bouche se couvre d'une écume sanguinolente, car il n'est pas rare dans ces cas, de voir les malades se mordre la langue absolument comme dans l'épilepsie. Enfin, ajoutez à cela que l'on observe assez ordinairement une perte involontaire des urines et des matières fécales comme chez les épileptiques.

Telle est l'attaque épileptiforme que vous verrez fréquemment se produire chez les femmes enceintes, au moment du travail.

Ces attaques elles-mêmes demandent à être étudiées. Ordinairement, on observe plusieurs crises successives, séparées les unes des autres par des intervalles de temps variables : tantôt de plusieurs heures, tantôt seulement de quelques minutes. Tantôt les attaques sont subintrantes c'est-à-dire qu'à peine l'une a-t-elle cessé qu'une autre lui succède : cela se voit surtout dans les cas d'éclampsie puerpérale. Dans ces conditions, le danger est énorme et en rapport non-seulement avec l'intensité des attaques mais encore avec le peu d'intervalle qui s'écoule entre les crises successives. Disons enfin, que pendant les accès, en général, le pouls qui s'était d'abord ralenti, augmente bientôt après de fréquence.

Mais, comme je vous l'ai dit plus haut, l'urémie cérébrale ne se manifeste pas toujours sous cette forme. Il est des cas, en effet, où, au lieu de ce syndrome qui caractérise la forme convulsive, il existe seulement une simple diminution des facultés intellectuelles, et dans lesquels les convulsions au lieu d'être toniques et cloniques sont essentiellement cloniques ou toniques. Telle est la variété ataxique.

En même temps qu'on observe ces cas-là, on observe ordinairement quelques phénomènes du côté de la respiration. C'est ainsi que, quelle que soit la forme de l'attaque, on constate une absence presque complète, parfois même complète de la respiration; mais le plus ordinairement celle-ci n'est que ralentie et à un tel point, dans quelques circonstances, que l'on ne compte que sept à huit mouvements respiratoires par minute. On comprend alors que, pour peu que les attaques se prolongent pendant un certain temps ou qu'elles se répètent à des intervalles très-courts, on voie la mort survenir par asphyxie. Après la variété ataxique, assez commune d'ailleurs, vient la forme comateuse qui est évidemment plus rare, mais qu'on observe encore assez souvent. Elle est caractérisée par une perte de connaissance qui ressemble tout à fait à celle de l'attaque d'apoplexie: et, en effet, ce mot étant pris dans son sens symptomatique, on assiste dans ces cas à une véritable apoplexie, à une perte complète du sentiment et du mouvement; les malades tombent brusquement, tout à fait à la manière des gens qui sont atteints d'une hémorrhagie cérébrale. Cette perte de connaissance dure plus ou moins longtemps, tantôt quelques heures, tantôt une journée entière, puis l'intelligence revient : dans certains cas cependant, la mort peut survenir sans que le malade ait recouvré l'usage de ses facultés. D'autres fois encore, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, il peut y avoir, outre la perte de connaissance une résolution complète des membres. Mais ce qu'il y a de particulier chez ces malades, c'est que, contrairement à ce qui a lieu dans cette dernière, on n'a pas affaire à une véritable paralysie; il suffit, en effet, de pincer la peau, pour voir, sous l'influence de la douleur, survenir quelques mouvements : caractère important qui permet d'établir le diagnostic différentiel entre l'urémie et les maladies des centres nerveux qui ont leur point de départ dans une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral. Enfin, il est surtout un signe diagnostique extrêmement important tiré de l'abaissement de température qui caractérise l'attaque d'urémie et qui n'existe pas dans les affections que je viens de vous citer.

Enfin, comme forme bien rare, mais néanmoins bien déterminée, bien indiquée, je vous citerai la forme délirante. Il est, en effet, des individus qui, sous l'influence de l'urémie, sont pris d'un délire tantôt bruyant, tantôt calme, qui se prolonge pendant un temps plus ou moins long et qui d'après M. Lasègue pourrait même durer pendant des mois. Ainsi que je viens de vous le dire cette dernière variété de la forme cérébrale est extrêmement rare, cependant elle a été indiquée par Grégory et MM. Sée et Lasègue en ont cité quelques exemples.

Avec ces accidents, quelle que soit la forme à laquelle ils appartiennent, il n'est pas rare de voir se manifester des troubles du côté de l'appareil de la vision, soit simplement un certain degré d'affaiblissement de l'acuité visuelle soit, dans certains cas, une cécité complète. Ces accidents sont dûs le plus ordinairement à des dépôts de sang ou de lymphe plastique dans la rétine, ou bien à des altérations de la papille optique qui consistent ordinairement dans un œdème reconnaissable à l'ophthalmoscope.

La deuxième forme d'urémie, est celle que l'on a appelée dyspnéique ou thoracique. On ne sait pas assez que la présence dans le sang des matériaux de l'urine, quelle que soit d'ailleurs la théorie à laquelle on se rattache, peut se traduire par des phénomènes particuliers du côté de la poitrine. Comme la précédente, cette forme se divise en plusieurs sous-variétés : l'une de dyspnée sèche, nerveuse; l'autre de dyspnée asthmatique, humide, si je puis m'exprimer ainsi. Dans ces cas, les malades accusent une gêne notable de la circulation; ils se plaignent d'étouffer, de manquer d'air, et demandent à grands cris qu'on les soulage. Si à ce moment on les examine, on remarque que les mouvements respiratoires ne sont pas très-fréquents et que leur intensité n'est pas en rapport avec la dyspnée. Si dans certains cas, on cherche, par l'examen de la poitrine, à se rendre compte de ce qui se passe dans le poumon, on constate une absence complète de tout signe physique; on conçoit alors l'embarras du médecin quand il n'a pas la présence d'esprit de rechercher dans les urines l'existence de l'albumine. Telle est la forme dyspnéique nerveuse.

Dans la seconde variété, on voit survenir un véritable accès d'asthme. La suffocation est la même, la respiration est toujours extrêmement gênée mais en même temps il y a de la toux accompagnée d'une expectoration abondante, mousseuse, absolument semblable à celle de l'asthme. La respiration est stertoreuse, bruyante et l'on trouve à l'auscultation, dans tous les points de la poitrine, des râles sibilants qui quelquefois peuvent être le seul signe physique que l'on perçoive, mais qui sont le plus ordinairement mélangés à des râles sous-crépitants.

Enfin ces troubles de l'appareil respiratoire surviennent ordinairement sous forme d'attaques : ils se terminent fréquemment par la mort, mais la guérison peut aussi avoir lieu; dans ce cas, après avoir duré un certain temps ils disparaissent définitivement et tout rentre dans l'ordre. La forme gas-

tro-intestinale qui est assez rare a été bien moins étudiée que les précédentes. Cependant, elle a été le but de recherches spéciales, et surtout d'expérimentations de la part de MM. Claude Bernard et Barreswill. Ces physiologistes ont enlevé le rein à certains animaux, à des lapins, à des cobayes, et ils ont vu se produire non-seulement les accidents urémiques que vous connaissez, mais encore des phénomènes particuliers du côté du tube digestif, phénomènes que l'on a constatés également chez certains malades. Ce que l'on observe dans ces cas du côté de l'estomac, c'est surtout de l'inappétence, du dégoût pour les aliments, des vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux, muqueux, et enfin présentant au bout de quelque temps, chez certains malades, comme caractère particulier que l'analyse chimique y révèle, la présence du carbonate d'ammoniaque.

Puis survient de la diarrhée, d'abord bilieuse mais bientôt constituée en grande partie par des mucosités blanchâtres, semblables à celles de la dysentérie, enfin renfermant comme les matières vomies, une certaine quantité de carbonate d'ammoniaque.

Mais cette forme ne se présente pas toujours avec un caractère aussi grave que je viens de vous la décrire; souvent, en effet, elle se manifeste seulement par quelques vomissements et un peu de diarrhée. Sous ce rapport d'ailleurs, elle se comporte comme les précédentes dans lesquelles il n'est pas rare de voir plusieurs phénomènes, empruntés aux formes voisines se combiner entre eux et donner à la maladie une attitude particulière. C'est ainsi qu'on voit fréquemment, dans la pratique, la forme comateuse coïncider avec la forme convulsive ou apoplectique, par exemple.

En même temps qu'existent ces accidents d'urémie, on trouve encore des caractères tout particuliers du côté des urines. Ce que nous devons signaler d'abord, c'est une diminution notable de la sécrétion urinaire, qui précède souvent les attaques et permet parfois de les prévoir. Il n'est pas rare, par exemple, dans ces cas, de voir la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, de 1,000 à 1,200 grammes, chiffre normal, descendre à 600, 500, 400 grammes même, et se maintenir à cet état durant toute la durée des accidents.

Non-seulement les urines sont diminuées, mais elles présentent encore dans leurs qualités, des modifications très-grandes. C'est ainsi que la quantité d'urée est singulièrement abaissée et c'est même sur ce caractère que certains médecins se sont appuyés pour déclarer que l'intoxication urémique était due à la présence de cette substance dans le sang. En effet, dans ces cas, au lieu de rendre 15 à 16 grammes d'urée, les malades n'en rendent plus que 6, 4, 3 grammes même par vingt-quatre heures. J'en dirai autant des matières extractives de l'urine, de la leucine, de la tyrosine, qui sont elles-mêmes en proportions singulièrement moindres.

Enfin, dans ces cas, on voit également survenir un phénomène particulier, sur lequel Freerichs a beaucoup insisté parce qu'il est en rapport avec la théorie qu'il a donnée, de l'urémie. Je veux parler de l'exhalation par la bouche des malades, de vapeurs de carbonate d'ammoniaque. Pour le prouver, il suffirait d'approcher de la bouche des individus atteints d'urémie une baguette de verre imprégnée d'acide chlorhydrique, pour voir celle-ci se recouvrir d'une poussière extrêmement fine, de chlorhydrate d'ammoniaque. Malheureusement, l'observation journalière ne se rapporte pas avec la théorie et le plus ordinairement ce phénomène est recherché en vain. D'autre part, je vous dirai que chez certains individus qui ne sont nullement sous l'influence de l'urémie, alors qu'ils ont la bouche malpropre; que les dents sont cariées ou recouvertes de tartre, il suffit d'approcher de la bouche cette baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique pour voir se produire le phénomène dont je viens de vous parler.

Mais il est d'autres phénomènes qui peuvent coïncider avec l'urémie et qui sont bien plus importants, bien plus constants que celui-ci. Je veux dire d'abord l'abaissement de la température, ou du moins cette absence d'hyperthermie qui, ainsi que je vous l'ai fait observer plus haut, suffirait à elle seule pour faire le diagnostic de l'urémie d'avec l'hémorrhagie cérébrale. Je vous indiquerai également comme un signe précieux; l'absence de paralysie dont je vous ai dit aussi quelques mots, qui est elle aussi un excellent moyen pour différencier entre elles ces deux affections.

Quant au pronostic des accidents urémiques, il est grave et très-fréquemment on voit les malades qui en sont atteints succomber sous leur influence, quelle que soit la forme sous laquelle ils se manifestent, mais plus particulièrement dans la forme comateuse ou convulsive. Néanmoins, le pronostic n'est pas absolument mauvais; il est des malades qui résistent et chez lesquels la guérison survient, mais jamais la disparition des accidents urémiques n'est absolue et ces individus restent toujours sous le coup d'une récidive.

Cependant, à ce sujet, on doit faire une exception pour l'urémie puerpérale : dans ces cas, en effet, l'urémie est tout à fait sous l'influence de la grossesse : celle-ci terminée, ceux-là disparaissent immédiatement. Sous ce rapport, il est même utile de savoir que des femmes qui ont eu pendant qu'elles étaient enceintes, des accidents éclamptiques, peuvent de nouveau devenir gravides, sans être exposées, à avoir de l'urémie, par cette raison qu'elles en ont déjà eu la première fois. Il y a là un cas particulier qui dépend de la nature de la grossesse et qui peut très-bien ne pas se reproduire plus tard.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Des fissures hémorrhoïdaires.

Je vais opérer devant vous une malade atteinte d'une affection qui, pour être assez commune, n'en est pas plus dépourvue d'intérêt.

C'est une jeune femme de vingt-six ans qui, à la suite de deux grossesses, a vu se développer au pourtour de l'anus, un bourrelet hémorrhoïdaire, dont elle porte encore actuellement les traces. Ces hémorrhoïdes se sont érodées à la surface, puis sont devenues le point de départ d'une véritable ulcération. Il en est résulté pour la malade, par le fait de la contraction du sphincter anal, des douleurs extrêmement intenses quand elle va à la garde-robe et après l'expulsion des matières fécales.

L'observation de cette femme va donc nous servir de prétexte pour établir le diagnostic différentiel des fissures à l'anus de nature inflammatoire et des fissures hémorrhoïdaires.

Ce n'est, en général, que vers l'âge de quarante-cinq, cinquante, soixante ans, que l'on voit survenir chez les hommes les fissures hémorrhoïdaires. Chez les femmes, au contraire, elles apparaissent à une époque de la vie bien moins avancée; c'est ainsi que j'ai opéré tout récemment encore, pour une affection de ce genre, une jeune fille qui n'avait pas encore seize ans. Cette affection précoce chez la femme, même en dehors de la grossesse, est facile à comprendre, par le travail de congestion que l'utérus subit tous les mois au moment des

règles. La matrice, en effet, par l'augmentation de volume considérable qu'elle présente à cette époque, exerce sur le rectum une pression qui, souvent répétée, finit par agir à la manière d'un utérus gravide.

Ce n'est guère, en effet, que lorsque la matrice est congestionnée, soit par les règles, soit par la grossesse, ou bien encore lorsqu'il existe chez les femmes, ainsi que cela se voit si souvent, une constipation opiniâtre, que l'on voit des hémorrhoïdes se développer au pourtour de l'anus. Ces trois causes ont agi simultanément chez notre malade, puisque, ainsi que je viens de vous le dire, elle a eu deux grossesses; puisque, à chaque époque de ses règles, son utérus subit un travail de congestion, dont je vous ai indiqué l'action sur le rectum; puis qu'enfin elle se plaint d'être continuellement constipée.

Les fissures hémorrhoïdaires sont ordinairement beaucoup moins douloureuses que les fissures de nature inflammatoire; de plus, contrairement à ce qui a lieu pour ces dernières, la contracture du sphincter anal, qui est, en raison d'ailleurs de l'intensité des douleurs, n'est pas très-prononcée. D'autre part, la fissure hémorrhoïdaire est plutôt une ulcération qu'une véritable fissure, et quand on vient à écarter les plis rayonnés de l'anus, on aperçoit une plaie de la largeur de l'ongle située, non pas comme la fissure inflammatoire, au fond d'un de ces plis, mais siégeant sur un bourrelet variqueux, sur une hémorrhoïde véritable.

Quand cette femme est entrée à l'hôpital, je vous ai dit que nous allions la débarrasser de son affection par l'emploi des astringents, par l'application de cataplasmes et le repos. C'est dans ce but que vous m'avez vu lui prescrire des suppositoires avec l'extrait de ratanhia, lequel a pour effet de hâter la cicatrisation de la petite plaie; avec la belladone, qui agit en relâchant les fibres contracturées du sphincter. Nous lui avons fait prendre, enfin, des purgatifs réitérés, de façon à obtenir des selles liquides, qui, par leur passage, ne déterminassent pas d'irritation sur le point ulcéré.

Ces moyens auraient réussi si la malade avait pu rester à l'hôpital un temps suffisamment long, mais elle a hâte de s'en aller et réclame un traitement plus énergique.

Je me décide alors à pratiquer chez elle la dilatation forcée, qui, ainsi que j'en ai la certitude, remplira très-bien d'ailleurs le but que nous proposons. Non-seulement, en effet, elle guérira la fissure en mettant l'ulcération à découvert et en nous permettant de porter directement sur la petite plaie les topiques qui devront en déterminer la cicatrisation; mais encore ce procédé aura pour effet d'exercer une action heureuse sur le bourrelet hémorrhoïdaire lui-même, en faisant disparaître la contraction que le sphincter anal exerce sur les vaisseaux dilatés.

DE L'ANÉMIE CHEZ LES MINEURS (1)

Par le docteur Bourguet (de Graissessac).

IV.

Telle est, dans l'immense majorité des cas, la symptomatologie de l'anémie des mineurs. Le pouls ne présente pas de caractères particuliers autres que la faiblesse et souvent la lenteur, dans les cas ordinaires que j'ai en vue dans ma description. Les bruits de souffle qui se passent dans les vaisseaux du cou ou dans les vaisseaux cruraux, ne peuvent s'observer que dans les cas graves, et je dois dire, à la louange de la médecine, qu'elle peut le plus souvent empêcher le mal d'atteindre le degré qui les présente.

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 septembre.

Généralement on se rend maître des troubles qui résultent de cette anémie passagère dans l'espace de quelques jours. Il faut quelques semaines lorsque la dyspepsie est bien prononcée, ce qui arrive assez fréquemment. Ce caractère n'a pas échappé au savant clinicien déjà cité (1), et je dois dire que la difficulté du traitement, dans les cas rebelles, tient à la persistance de cette complication qui indique, suivant les termes de cet auteur, que l'anémie « a ses racines dans les sources mêmes de la nutrition. »

Une fois seulement depuis que j'exerce, j'ai rencontré un cas rebelle qui a parcouru toutes les phases de la maladie jusqu'à la mort. Je regrette que, ne faisant pas partie de mon service, il m'ait été impossible de suivre pas à pas le cas très-intéressant sur lequel j'ai pu recueillir les renseignements suivants :

C'était un homme de trente ans environ, qui ne travaillait aux mines que depuis 1870. Il n'avait pas quitté notre exploitation, avait eu peu à faire dans des chantiers à gaz, travaillant presque toujours dans des galeries bien aérées. Son affection débuta au commencement de 1875 par du malaise, puis, à la suite d'une vive frayeur déterminée par l'explosion d'un coup de mine qui le brûla légèrement à la face, il vit son affection marcher rapidement. Il survint de l'affaiblissement des membres inférieurs, de la céphalalgie, des troubles de la vue, des sifflements dans les oreilles, des coliques abdominales. Plus tard, décoloration de la peau et des muqueuses, troubles gastro-intestinaux. En février 1876, diarrhée fétide, incoercible; insomnies, urines pâles, abondantes, vomissements, hémorrhagies intestinales dans les premiers jours de mars et mort peu après.

L'examen le plus attentif n'a fait constater aucune lésion des organes internes, ni aucune altération du système lymphatique et glandulaire pendant la vie.

L'autopsie, qui aurait été intéressante, n'a pu malheureusement être faite.

Tout incomplète qu'elle soit, cette observation n'est que la reproduction très-exagérée, mais fidèle, de toutes celles qu'il est facile de rencontrer en grand nombre. On y voit absolument les mêmes symptômes, se développant dans une succession toujours la même : troubles nerveux, musculaires et gastro-intestinaux.

Pour ce qui regarde les phénomènes particuliers qni ont été décrits sous le nom d'anémie d'Anzin, et qui s'observeraient épidémiquement, je n'ai rien vu de semblable.

Le traitement qu'il convient d'instituer contre cette affection, n'est pas toujours le même; il varie suivant les sujets et suivant le degré du mal. Les premières atteintes, guérissent par le simple repos en quelques jours, si le sujet est encore vigoureux. Souvent l'ouvrier peut à peu près impunément reprendre, au moins pour quelque temps, le chantier qu'il occupait avant sa maladie.

Un moyen très-prompt de reussir dans les cas légers, consiste à donner un purgatif; l'effet en est excellent. Alors même que cet agent déprime un peu l'organisme, il n'aggrave pas la maladie. J'estime qu'il agit, en débarrassant l'intestin des produits anormaux qui l'encombrent, en rétablissant les fonctions de l'estomac et permettant une alimentation qui, depuis quelques jours, était insuffisante et mal élaborée. En outre, à la suite de son administration, les douleurs muscu-

(1) Guéneau de Mussy, t. II, p. 402.

laires de l'abdomen, signalées dans la symptomatologie, disparaissent ainsi que les contractions intestinales et enlèvent le malade à un état de malaise très-désagréable.

M. le docteur Brouardel, tout récemment (1) a noté, qu'à la suite de l'administration d'un purgatif, le nombre des globules rouges augmente dans le sang. Leur chiffre s'élève de 200,000 à 1 million par millimètre cube pour revenir, après vingt-quatre heures, aux proportions qui existaient avant la purgation.

Si l'examen du sang d'un mineur anémique était fait au moyen du compte-globules, il conviendrait de ne pas oublier ce fait très-intéressant qui pourrait induire l'observateur en erreur.

On peut se demander aussi si le purgatif n'agit pas en débarrassant le sang des produits d'oxydation impropres à entenir la nutrition des tissus : l'urée est dans ce cas. On n'ignore pas les bons effets des purgatifs dans le traitement du rhumatisme, affection qui, comme l'anémie, déglobulise rapidement le sang; or, le sang des rhumatisants est fluide et contient beaucoup d'urée. Rien ne répugne à admettre qu'il en est de même du sang anémique, et que les purgatifs dans l'anémie agissent absolument comme dans le rhumatisme.

Je donne la préférence au sulfate de soude ou mieux au sel de Seignette, que j'emploie à la dose de 30 ou 40 grammes au maximum. Une infusion amère, camomille, houblon, gentiane, parfois un mélange de pensées sauvages et de séné, quand les signes de l'embarras gastrique persistent, est donnée les jours suivants concurremment avec une préparation de rhubarbe avant le repas. Le bon air, de bons vêtements, une alimentation réparatrice, un peu de vin, une hygiène plus régulière, quand cela est possible, ne tardent pas à tout remettre en ordre dans un bref délai.

Il est nécessaire assez souvent de ne pas se borner à cette simple médication. On peut avoir à lutter contre des troubles déjà assez avancés du système digestif, et forcément on doit recourir à l'arsenal thérapeutique. Je n'ai pas à indiquer tous les remèdes qu'on peut employer, l'énumération en serait fastidieuse et complétement inutile ; leur indication, du reste, est fort variable.

On doit essayer d'agir sur les constitutions qui laissent à désirer par les modificateurs énergiques de l'organisme dont on dispose. Le fer (qu'on peut dans bien des cas considérer comme un spécifique), l'arsenic, l'iode, l'huile de foie de morue, le quinquina, sont des médicaments indispensables qu'on doit largement mais judicieusement employer tous les jours dans la thérapeutique des mineurs. Les règles de leur emploi, leur association avec d'autres substances, le choix ou le rejet de tel ou tel appartiennent au médecin traitant. Répéter ici toutes les considérations que chaque cas peut fournir, étendrait démesurément ce travail sans grand profit. Considérant ces notions comme connues de tous, je n'entre dans aucun détail et me borne à en faire simplement mention.

L'hydrothérapie, si on avait sous la main des appareils convenables, serait un agent souvent héroïque. Je ne saurais trop attirer l'attention des administrations sur les avantages qu'on retirerait d'un pareil moyen auquel tous les médecins doivent, dans leur pratique, d'éclatants succès.

Le traitement préventif est bien plus efficace encore. On rendrait l'anémie bien moins fréquente s'il était possible de l'appliquer sérieusement. Il appartient au médecin de le proposer, mais l'exécution n'est pas de son fait. Il consisterait, on le comprend, à établir un système de roulement qui ferait passer à tour de rôle les ouvriers dans les diverses mines ou chantiers qui exposent le plus à l'anémie.

Cela peut-il se faire sur une vaste échelle? je ne le pense pas. Les ouvriers eux-mêmes, fort probablement, refuseraient de se prêter à cette évolution.

Dans les cas particuliers où la chose est à peu près indispensable, je dois dire, à la louange de MM. les ingénieurs, que le médecin ne trouve aucune difficulté à éloigner l'anémique des travaux dangereux, pendant la période de temps qu'il reconnaît nécessaire.

Hors des crises, pendant la santé, il y a aussi utilité à intervenir, et c'est toujours ce que l'on essaie de faire au début avec une ardeur très-louable, qui ne tarde pas à perdre ses prétentions et ses espérances, en se heurtant à la vieille routine et à l'inertie morale qu'emporte avec soi l'humanité.

Si nos conseils ne sont pas tournés en ridicule, on n'en tient aucun compte. On a beau les répéter, sous toutes les formes, ils sont comme non-avenus. Une armée de médecins, même par la force, serait impuissante à changer l'ordre de choses établi. Essayez de blâmer un fumeur ou un buveur, sous le prétexte que sa santé peut s'altérer, il vous traitera de rêveur et, pour prouver qu'il n'en est rien, il vous citera vingt exemples qui paraissent lui donner raison. Essayez de démontrer que, pour avoir de bons vêtements et un logement convenable, il convient de prélever, sur les salaires, la part que généralement on s'empresse de porter au cabaret ou au café : on vous rira au nez. Le rôle de moraliste ne réussit pas au médecin des houillères.

Ne pouvant agir par l'hygiène qui a le tort, auprès des ignorants, de ne pas représenter quelque chose de visible et de palpable, il nous faut bien, à peu près exclusivement, avoir recours à la thérapeutique.

Ici, comme les remèdes tombent sous les sens et parce qu'on en use d'autant plus qu'on les connaît moins, on ne manque pas d'approbateurs. Il faut voir avec quelle ardeur et surtout avec quelle connaissance de la question on est assailli de demandes de médicaments plus ou moins vantés, plus ou moins héroïques. On ne suffirait pas à la tâche si on se laissait aller à des complaisances regrettables qui ne manqueraient pas de ruiner à la fois la santé des ouvriers et leurs caisses de secours.

Je souhaite, sans l'espérer, que les progrès à accomplir rendent les générations futures capables, par une hygiène bien entendue, de pouvoir, dans la plupart des circonstances, se passer du médecin.

C'est alors qu'on pourra médire de nous et mépriser nos conseils qui malheureusement, à l'heure actuelle, sont aussi indispensables que peu suivis.

REVUE DE LA PRESSE

Ralentissement normal du pouls. — Graves, exposant dans ses *Cliniques* le résultat de ses recherches sur le nombre des battements du cœur dit que, chez les personnes bien portantes, le pouls bat de 6 à 15 fois de plus par minute, dans la position droite que dans la position horizontale; que dans les cas de fièvre ou d'affaiblissement par maladie antérieure, le nombre des pulsations debout, peut excéder de 30 à 40 et même davantage, le nombre des battements dans la position horizontale; enfin que toutes les fois qu'il

(1) *Gaz. des hôpitaux*, n° 83, juillet 1876.

n'y a pas de différence dans le nombre des battements debout, assis ou couché, il y a une lésion cardiaque consistant en une hypertrophie du muscle et dilatation très-prononcée.

Un malade dont M. Rendu vient de présenter l'observation à la Société des sciences médicales de Lyon fait exception aux règles précédentes.

L....., trente-huit ans, entre à l'hôpital pour quelques douleurs qu'il éprouve dans le cou et les épaules. C'est un homme grand, robuste, jouissant d'une parfaite santé. Il n'a fait aucune maladie antérieure et n'a eu ni rhumatisme ni affection cardiaque.

Il présente ceci d'intéressant, que son pouls bat normalement 41 à 42 pulsations par minute. Que le malade soit dans la position verticale, assise ou couchée, il n'y a aucune variation dans le nombre des battements qui sont d'ailleurs parfaitement réguliers. Le tracé sphygmographique dénote une certaine tension artérielle.

Le malade n'est nullement sujet à l'oppression et aux palpitations cardiaques. Pas de voussure précordiale, pas de bruits de souffle ni d'augmentation de l'étendue de la matité du cœur.

M. Marduel signale à ce propos qu'il a observé il y a deux mois un jeune homme dont le pouls habituel était de 42 pulsations par minute. M. Alix aurait vu également chez des convalescents en dehors de toute affection du cœur, le nombre ne pas excéder 36. — (*Lyon méd.*)

Des altérations de la vue dans la fièvre typhoïde. — Quatre variétés d'altérations oculaires peuvent se produire, selon M. Galezowski, pendant ou après la fièvre typhoïde.

1° L'ulcère et l'abcès de la cornée. Ces lésions peuvent apparaître dans le courant de la maladie typhique ou pendant la période de convalescence. Mais leur nature n'est pas toujours la même. Tandis, en effet, que, pendant la convalescence, ils dépendent de l'état de débilité et de faiblesse qui caractérise cette période, les ulcères qui apparaissent dans le courant de la fièvre typhoïde elle-même seraient le résultat de l'inflammation par propagation de la cinquième paire lors qu'il est survenu chez les typhiques une complication méningitique. De là ces ulcères ou abcès de la cornée à forme de nécrose que Trousseau expliquait, non pas comme le fait M. Galezouwski par le défaut d'innervation de la cinquième, mais par l'occlusion incomplète des paupières pendant toute la durée de la maladie.

2° La seconde variété d'accidents oculaires dans la fièvre typhoïde est celle qui est relative aux thromboses et aux embolies des vaisseaux de l'orbite ou de la rétine. Ils surviennent probablement à la suite des affections cardiaques occasionnées par la maladie elle-même car d'après les recherches de M. Hayem, la fièvre typhoïde amènerait souvent des altérations dans les valvules cardiaques.

3° La troisième variété est celle qui se présente sous une forme de névrite ou périnévrite optique. Ces lésions, assez rares, se produisent surtout dans les fièvres typhoïdes adynamiques ou ataxiques malignes où les symptômes cérébraux prédominent.

4° Enfin un certain nombre de troubles visuels se rencontreraient chez les personnes convalescentes ou complétement guéries de la fièvre typhoïde; mais ici ils ne constitueraient qu'une simple coïncidence. Ils consistent surtout dans certaines formes d'asthénopie qui se rapprochent beaucoup des paralysies du muscle accommodateur. M. Galezowski rapporte deux faits de ce genre : dans l'un, la fatigue, la faiblesse de la vue provenaient d'une hypermatropie, antérieure à la fièvre typhoïde, mais qui jusqu'alors était restée à l'état latent; dans l'autre, l'asthénopie était de nature réflexe, provoquée par des dents cariées d'où l'irritation se propageait aux nerfs ciliaires du muscle accommodateur. L'affection dentaire pourrait, en effet, amener des troubles visuels au moment de la convalescence de la fièvre typhoïde et il suffirait pour guérir ceux-ci de soigner les dents. — (*Un. méd.*)

Plaie du crâne et du cerveau au niveau de la circonvolution pariétale ascendante à droite. Hémiplégie à gauche. — On sait que les physiologistes s'accordent à placer, dans le voisinage du sillon de Rolando, le siége des centres moteurs. Le fait suivant, observé par M. le docteur Langlet serait une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion.

Le nommé R..., âgé de quarante ans, a reçu à l'âge de sept ans un coup de croc sur la tête à la région pariétale moyenne. La plaie a laissé sur le cuir chevelu une cicatrice déprimée parfaitement reconnaissable. Il en est résulté une paralysie avec atrophie de tout le côté gauche du corps. La sensibilité est parfaitement conservée.

Cet homme ayant succombé aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire déjà avancée, on constata à l'autopsie que le crâne était perforé, sur le pariétal droit, à trois centimètres et demi de la suture sagittale, à quatre centimètres et demi de la suture fronto-pariétale. En ce point, la dure-mère offrait une perte de substance d'un centimètre carré environ; elle avait contracté quelques adhérences avec la membrane sous-jacente qui, en cet endroit, était épaissie et un peu opaque. Le point du cerveau qui avait été blessé par l'instrument piquant se trouvait à la jonction des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante et sur le versant postérieur de cette circonvolution. Il consistait dans une cicatrice formée par du tissu conjonctif qui descendait dans la profondeur de l'hémisphère dans la direction du ventricule latéral, mais s'arrêtait à peu près à un demi-centimètre de cette cavité. — (*Un. scientif. et méd. du Nord-Est.*)

Nouveau traitement curatif de la variole. — M. le docteur Pioch, préconise un nouveau traitement curatif de la variole qu'il aurait mis en pratique avec succès dans une des dernières épidémies qui ont sévi à Lyon.

On sait que, dans cette maladie, la mort arrive à deux époques : dans les trois premiers jours (c'est rare) quand l'éruption ne peut pas se faire; ou au moment de la fièvre de suppuration, quand la multitude des boutons s'enflamme et verse dans le torrent circulatoire la suppuration successive de la face, de la poitrine et des membres.

C'est à ce dernier danger que M. Pioch cherche à s'opposer en modifiant la rapidité de la suppuration et la nature même du pus variolique.

A cet effet, vers la fin du septième jour, au point analogue à celui où l'on ouvre les boutons vaccinaux pour en recueillir le vaccin, au moment où la fièvre, qui s'était calmée, se rallume sous l'influence de la maturité des pustules, M. Pioch fait badigeonner toutes les quatres heures, toute la surface hérissée de boutons et de plaques, en commençant par les pieds et finissant par la face, au moyen d'un pinceau trempé dans le mélange suivant :

Glycérine.	3 parties.
Teinture d'iode...	1 —

Dès la fin du quatrième jour de la suppuration (douzième jour de la maladie) au moment où la fièvre tombe, on cesse les onctions.

M. Pioch aurait eu à soigner neuf malades gravement atteints. Le premier qui n'a pas subi d'onctions est mort. Les huit autres dont sept avaient des varioles très-confluentes, auraient traversé heureusement la période ultime et se seraient rétablis dans le temps ordinaire. — (*Lyon méd.*)

Sur l'hématémèse essentielle. — Dans une de ses leçons sur le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac, M. le docteur Gallard, ayant observé qu'il n'avait jamais vu d'hématémèse essentielle, le docteur Seix confirme que ce phénomène est en effet fort rare, puisque dans un espace de plus de quarante ans, avec une pratique très-étendue, il n'en a rencontré lui-même qu'un cas bien positif.

C'est celui d'une demoiselle de vingt-cinq à vingt-six ans qui ayant, à la suite d'une émotion, éprouvé un dérangement menstruel, fut prise de vomissements abondants de sang noir : plusieurs litres dans l'espace de quatre ou cinq jours. Les selles étaient aussi de même nature mais beaucoup moins abondantes que les matières vomies.

Il n'y avait aucune espèce d'antécédents qui pût faire soupçonner une maladie organique; un examen attentif ne fit rien découvrir. Huit jours de repos, des boissons glacées acidulées, un régime sévère, firent cesser l'hémorrhagie qui ne s'est jamais plus reproduite.

M. Gallard fait remarquer que c'est surtout chez les femmes plus ou moins entachées d'hystérie que l'on est exposé à rencontrer de semblables hémorrhagies. Mais alors, ajoute-t-il, sont-elles bien

réellement essentielles et ne doit-on pas les considérer comme symptomatiques de l'affection nerveuse? — (*Union médicale.*)

Hémorrhagie de la main, arrêtée par la compression sans ligature. — M. le docteur Marcailhou d'Aymeric aurait employé avec succès le procédé suivant dans un cas d'hémorrhagie palmaire.

Il s'agissait d'un homme qui, étant tombé avec une bouteille à la main, s'était fait à la face palmaire une plaie de 6 centimètres dirigée de haut en bas de l'éminence hypothénar, vers la partie moyenne de la paume. On apercevait au fond de l'incision l'ouverture béante de l'artère palmaire superficielle, ainsi que de la collatérale interne du petit doigt.

M. Marcailhou se préparait à faire la ligature de ces vaisseaux, quand l'idée lui vint de faire la compression directe sur ceux-ci, tout en comprimant avec des bandelettes de diachylon les artères radiale et cubitale.

A cet effet, des bourdonnets de charpie, imbibés de perchlorure de fer, furent placés sur la longueur entière de la plaie en écartant les bords de la solution de continuité. Au bout de quelques instants, l'hémorrhagie cessa.

Quelques jours plus tard, le malade ayant soulevé un peu l'appareil, le sang commença de nouveau à sourdre au dehors.

Un bourdonnet de charpie s'adaptant à la largeur et à la profondeur de la plaie et baigné de perchlorure de fer, fut alors fortement introduit entre les lèvres de la solution de continuité; au-dessus, on fit la compression avec quelques disques d'amadou et le tout fut maintenu avec un bandage compressif.

La suppuration s'établit dès le lendemain; dix jours après, l'amadou fut enlevé sans inconvénient et un mois environ après l'accident, une ligne blanchâtre indiquait seule l'endroit où avait eu lieu la solution de continuité. — (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

191. Pitres. Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point de vue des localisations cérébrales.

192. Barnay. Étude expérimentale sur l'action physiologique et toxique de la codéine comparée à celle de la narcéine et de la morphine.

193. Dupuis. Étude expérimentale sur l'action physiologique de la quinine.

194. Demandre. De la gangrène pulmonaire.

195. Trolong du Rumain. Du traitement de l'angine couenneuse en général et en particulier par les balsamiques.

196. Coquiard. Considérations sur la conjonctivite endémique à bord du vaisseau-école des canonniers.

197. Saucet. De la révulsion pratiquée au moyen du fer rouge.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, la donation faite à ladite académie par la dame Louise-Marie-Thérèse-Amélie Hallays, veuve du sieur Jean-Louis-Henri Buignet et consistant en un titre de rente 3 0/0 sur l'État, de quinze cents francs (1500 fr.), pour la fondation d'un prix annuel de pareille somme, qui portera le nom de « *Prix Henri Buignet* ».

Le titre de rente sera immatriculé au nom de ladite Académie, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouchard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est prorogé dans ses fonctions, à dater du 1er novembre 1877, en remplacement de M. Lépine, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — La durée des fonctions de MM. Laroyenne et Perroud, chargés de cours cliniques complémentaires, est fixée à dix années.

La durée des fonctions de MM. Raymond Tripier, Fochier, Delore et Dron, chargés de cours cliniques complémentaires, est fixée à trois années.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Sicard, docteur ès-sciences, est chargé de cours de zoologie et physiologie animale, en remplacement de M. Lortet, démissionnaire.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Hecquet, L. Duchesne, Pedebidou, maire de Tarbes, Thivet (de Chaumont).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 106. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1877. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture de M. Laborde, sur l'action physiologique du salicylate de soude, et une communication orale de M. J. Guérin, sur les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, ont fait les frais principaux de cette séance.

Le salicylate de soude, d'après les expériences de M. Laborde, qui ont consisté à injecter une solution aqueuse de cette substance dans les veines de chiens, aurait une action élective prédominante sur les phénomènes de la sensibilité à la douleur. Le mécanisme de cette action résiderait dans l'influence exercée par la substance chimique sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques. C'est à cette action sur les phénomènes fonctionnels de la sensibilité que M. Laborde croit devoir attribuer les effets produits par le salicylate de soude sur les symptômes douloureux dans l'état morbide, et ce serait à ce titre d'analgésiant que cet agent médicamenteux interviendrait utilement dans la cure du rhumatisme articulaire.

Nos lecteurs connaissent déjà, par l'exposé qui en a été fait dans l'un des précédents numéros de la *Gazette*, la théorie étiologique de la fièvre typhoïde de M. Jules Guérin, théorie d'après laquelle les lésions organiques caractéristiques de cette affection, — injection et ulcérations de la muqueuse intestinale, altérations des glandes de Brunner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, — seraient des effets directs de l'action vésicante et virulente des matières typhiques sur ces parties, comme les troubles fonctionnels ou symtômes généraux de la maladie seraient tout à la fois le résultat de la pénétration de ces mêmes matières dans l'organisme et des altérations organiques qu'elles y déterminent.

M. Jules Guérin est venu apporter hier et mettre sous les yeux de ses collègues des pièces anatomiques provenant d'un sujet mort de fièvre typhoïde, et des dessins représentant la série des lésions intestinales observées dans cette maladie, pièces et dessins destinés à montrer les caractères des altérations intestinales typhiques, dans leurs rapports de subordination avec l'action destructive du ferment typhique contenu dans les matières fécales.

Un rapport verbal de M. Alphonse Guérin et une série de rapports officiels sur des eaux minérales, par M. Bouchardat, ont complété le contingent de cette séance, qui, par sa courte durée, comme par le petit nombre des assistants, sent terriblement ses vacances.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Des bassins rétrécis, mais ayant plus de 9 centimètres. Indications pour l'accouchement.

Nous avons dans le service, depuis un mois, une malade dont l'observation n'est pas dépourvue d'intérêt. C'est une femme petite, rachitique, qui doit la petitesse de sa taille à un arrêt dans le développement des os de ses membres ainsi qu'à leur courbure exagérée. Le rachitisme a également marqué, chez elle, son empreinte sur le bassin, car, si on l'examine avec soin, on trouve que cette partie du squelette, sans être très-rétrécie, est cependant sensiblement diminuée de capacité. Il ne mesure, en effet, que 9 centimètres un quart, 9 centimètres et demi au plus, au lieu de 11 centimètres qui sont, comme vous le savez, la dimension normale.

Quand cette femme est entrée à l'hôpital, la situation était assez sérieuse pour moi, qui avais un parti à prendre dans l'intérêt de la malade. Fallait-il intervenir et provoquer l'accouchement prématuré? N'était-il pas plus avantageux, au contraire, d'abandonner les choses à elles-mêmes et de laisser l'accouchement se faire spontanément? C'est cette opinion qui a prévalu dans mon esprit et je vous ai déjà dit pourquoi.

Je vous ai dit, en effet, que nous avions affaire à une femme dont le bassin était, il est vrai, rétréci, mais toutefois sans l'être considérablement. Je vous ai même fait observer, à cette occasion, que le degré de rétrécissement dont elle nous offrait un exemple n'était pas très-commun chez les rachitiques, et je vous ai donné la preuve de ce fait, en vous citant une statistique établissant que, sur deux cents ou trois cents femmes ayant des vices de conformotion du bassin, on n'en trouvait qu'un très-petit nombre qui pussent être comparées à la nôtre, c'est-à-dire dont l'excavation pelvienne eût plus de 9 centimètres. J'ajoutai cependant, que ces cas étaient peut-être moins rares qu'il ne le semblait d'après ces chiffres, par cette raison qu'il y avait très-probablement un certain nombre de ces femmes sur lesquelles l'attention n'était pas éveillée, l'accouchement chez elles se faisant tout seul.

Quoi qu'il en soit, je terminerai par ce précepte : quand les bassins ont plus de 9 centimètres, il faut laisser la femme aller jusqu'à terme. En effet, de deux choses l'une : ou bien elle accouchera d'un enfant qui ne sera pas très-gros et alors il s'engagera tout seul ; ou bien s'il s'agit d'un produit plus développé qu'il ne l'est d'habitude chez ces femmes rachitiques, la tête éprouvera, il est vrai, quelque difficulté à descendre dans le bassin, mais il suffira de faire une petite application de forceps, et de serrer légèrement la tête entre les cuillères de l'instrument, afin d'en réduire un peu le diamètre, pour l'engager probablement avec assez de facilité.

J'ai, pour ma part, par devers moi, un bon nombre de cas dans lesquels, en agissant de la sorte, j'ai obtenu des résultats favorables, et, en comparant cette conduite avec cette autre qui consiste à provoquer l'accouchement avant terme, je trouve qu'elle est de beaucoup préférable. Dans ces conditions, en effet, l'enfant vient à terme ; il est plus viable, plus résistant.

J'ai donc mieux aimé, plutôt que de provoquer l'accouchement, laisser cette femme arriver à terme, le travail se déclarer spontanément; et voici ce qui s'est passé :

Elle avait eu ses règles le 6 septembre de l'année dernière, elle était, par conséquent, à terme, quand, hier matin, elle a commencé à souffrir. A la visite, nous l'avons trouvée au début du travail : le col était effacé, l'orifice externe un peu entr'ouvert ; avec le doigt, on sentait, pendant les contractions, les membranes s'engager un peu dans cet orifice, la tête restant au-dessus du détroit supérieur.

Le travail a continué dans la journée d'hier et toute la nuit. C'est un peu long, il est vrai ; mais rappelez-vous ce que je vous ai déjà dit : que, chez les femmes qui ont un vice de conformation du bassin, et dans quelques cas qui correspondent à ceux-ci, — mais dans d'autres circonstances, alors qu'il s'agit, par exemple, d'une présentation de l'épaule ou de l'extrémité pelvienne ; dans ces cas, — vous disais-je, rappelez-vous que la première période du travail a une marche lente, que le col est long à se dilater, qu'il ne le fait qu'avec difficulté, parce qu'il n'est pas en contact avec la partie qui se présente et que ce contact est une condition favorable pour l'énergie, la régularité, l'efficacité des contractions utérines. C'est là une loi générale à laquelle il y a bien, comme toujours, quelques exceptions, mais dont je n'ai pas à me préoccuper, mon but étant de vous enseigner ce que l'on observe le plus communément.

Ici, cette femme a mis vingt-quatre heures pour dilater son col.

Ce matin, à la visite, la dilatation étant complète, j'ai rompu les membranes. En effet, la malade souffrait et il n'y avait aucun intérêt à attendre trois ou quatre heures encore que la rupture se fît spontanément. Presque immédiatement alors, la tête est venue s'appliquer contre le détroit supérieur, s'y engageant même un peu, sans toutefois le franchir complétement. Une heure et demie environ après avoir rompu la poche des eaux, la dilatation, qui, au moment de la rupture des membranes était complète, était un peu moins large, la tête n'avait pas encore tout à fait franchi l'orifice, mais tout à l'entour on la sentait coiffée par le col et, par conséquent, pressant sur l'orifice, ce qui n'avait pas lieu auparavant.

Maintenant que va-t-il se passer ?

J'ai tout lieu de croire que cette femme va accoucher toute seule et que je n'aurai pas à intervenir, à moins toutefois que quelque complication imprévue ne vienne à surgir, telle, par exemple, que la cessation des battements du cœur ou l'écoulement du méconium.

Mais, je le répète, les conditions jusqu'à présent sont telles qu'il y a lieu de penser que la tête va encore descendre davantage, franchir l'orifice et s'avancer enfin vers le détroit inférieur d'où elle se dégagera à son tour, non toutefois sans prendre un certain temps, car nous avons affaire à une primipare, à une femme dont le périnée est très-épais, très-résistant. Cependant, si les choses duraient trop longtemps, je prendrais un forceps et terminerais l'accouchement. Mais jusqu'à présent, il n'y a pas indication de cette manœuvre, et je préfère attendre.

Je veux que, oui ou non, nous voyions ensemble si j'ai bien apprécié la situation de cette femme, relativement à l'état de son bassin et à l'accouchement, et si, au lieu de pratiquer celui-ci avant terme, j'ai eu raison de le laisser se faire spontanément.

[Ainsi que M. Depaul l'avait prévu, quelques heures après cette leçon, la malade accouchait spontanément et sans difficulté d'un enfant mâle, vivant et bien conformé.]

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Affection complexe du cœur. — Cirrhose hépatique.

Je vais vous présenter aujourd'hui et examiner devant vous un malade, dont l'observation est excessivement intéressante et qui va nous offrir des signes bien caractéristiques d'une affection cardiaque complexe.

Voici, en quelques mots, son histoire. Cet homme est âgé de quarante-cinq ans. Il a été pris, en 1869, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui a affecté la plupart des articulations, et qui s'est très-probablement compliquée d'une affection cardiaque, attendu qu'on lui a appliqué, sur la région du cœur, des scarifications dont il porte encore aujourd'hui la trace. Après deux ou trois mois de maladie et de traitement, cet homme est resté en convalescence complète, ne conservant de son affection aucune espèce de symptômes.

Il avait repris ses occupations habituelles quand, en 1871, à la suite des privations qu'il eut à subir pendant le siége de Paris, il commença à éprouver quelques battements de cœur et un peu d'étouffement pendant la marche. Néanmoins (il était alors cuisinier), l'idée lui vint d'aller exercer son métier en Allemagne, et là, pendant plusieurs mois, il se livra à des excès alcooliques considérables, buvant jusqu'à un litre et demi, deux litres même, de vin blanc par jour. Mais voyant que ses forces commençaient à s'épuiser, que la dyspnée, que les palpitations devenaient de plus en plus fréquentes, il se décida à rentrer en France, où se sentant incapable de continuer son état, il se fit cordonnier, renonçant complétement, dit-il, à ses habitudes alcooliques.

Quoi qu'il en soit, après une amélioration passagère, il ne tarda pas à être pris de nouveau d'accidents graves. C'est ainsi qu'en 1872, il fit un premier séjour à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Sée ; les étouffements, les battements de cœur ayant pris une intensité considérable, et à ces phénomènes étant venue se joindre une enflure énorme, qui, après avoir débuté par les jambes, s'était propagée jusqu'à l'abdomen. A la suite d'un traitement par les préparations de scille, de digitale et l'iodure de potassium, ces accidents s'amendèrent, l'enflure même disparut complétement et le malade put reprendre ses occupations.

Mais, à partir de ce moment, il garda toujours quelque chose du côté du cœur : la dyspnée, les palpitations persistèrent, et, à plusieurs reprises, l'œdème des membres inférieurs se reproduisit. C'est ainsi qu'au mois de décembre 1876, de nouveaux accidents graves se manifestèrent; pour la première fois, cet homme vit son ventre augmenter de volume, avant que les jambes eussent été elles-mêmes envahies par le gonflement. En même temps, il éprouva des troubles dyspeptiques notables, puis les membres inférieurs enflèrent à leur tour; de leur côté, les palpitations, la dyspnée, prirent des proportions inquiétantes, et le malade dut entrer de nouveau à l'hôpital. Cette fois encore, il en sortit amélioré; mais à peine avait-il repris ses occupations habituelles, qu'à la suite d'un bain il contracta un refroidissement, et fut pris d'une recrudescence de symptômes qui nécessita de nouveau son entrée à la Charité, le 18 avril dernier.

Il était alors dans un état extrêmement grave, ne respirant qu'à peine et à la condition de se tenir constamment assis; la figure anxieuse, violacée; les yeux hagards; les pupilles dilatées; présentant, enfin, une enflure énorme des extrémités inférieures, des mains et surtout de l'abdomen. Depuis, sous l'influence du traitement, ces phénomènes se sont un peu amendés; néanmoins, ils existent encore aujourd'hui à un degré très-notable. Le ventre, principalement, est considérablement distendu : la palpation et la percussion y indiquent une accumulation énorme de liquide, et de plus, les veines sous-cutanées abdominales, dilatées et variqueuses, se dessinent sous la peau, telles qu'on les observe dans la cirrhose hépatique, alors que la circulation de la veine-porte est entravée par l'augmentation de densité du foie. En présence de ces phénomènes, nous devions naturellement soupçonner l'existence d'une affection cardiaque, et c'est, en effet, de ce côté que nous avons dirigé tout d'abord nos recherches.

Ce qui frappe de suite, à l'inspection de la région précordiale, c'est une voussure parfaitement appréciable de cette partie de la poitrine, en même temps qu'une dépression intercostale assez prononcée; c'est, enfin, un mouvement d'ondulation isochrone avec les mouvements des oreillettes et des ventricules; phénomènes qui semblent attester, non-seulement que le cœur est augmenté de volume, mais qu'il existe des adhérences qui unissent entre eux le muscle cardiaque, le péricarde et la paroi thoracique. Il y a là, probablement, comme nous le disions tout à l'heure, une symphise cardiaque.

Appliquant ensuite la main sur la région précordiale, principalement en bas, on obtient la sensation d'un mouvement vibratoire, d'un frémissement cataire extrêmement marqué; en ce point, on perçoit manifestement deux battements, l'un supérieur, l'autre inférieur, et tous deux, surtout celui qui correspond à la base du cœur, parfaitement nets, parfaitement tranchés.

Par la percussion, on constate que le cœur acquiert un volume plus considérable qu'à l'état normal. En effet, au lieu de 4 centimètres carrés, chiffre qui, à l'état sain, représente à peu près l'aire de la matité cardiaque, on trouve que cette surface a plus que doublé, car elle mesure 8 centimètres dans le sens vertical, et va même à 10 centimètres dans le diamètre transversal. La pointe du cœur est d'ailleurs considérablement abaissée et déviée en dehors : elle bat dans le cinquième espace intercostal, à 5 centimètres environ en dehors de la ligne du mamelon.

A l'auscultation, on perçoit deux souffles parfaitement distincts; l'un, à la pointe du cœur, doux, prolongé, roulant, couvrant et précédant même le premier bruit; l'autre, à la base, également au premier temps de la révolution cardiaque, mais rude et râpeux.

Du côté du pouls, il existe ceci de particulier que l'on sent à peine la dilatation de l'artère. Ce phénomène était même tellement accusé au début, qu'il nous a été complétement impossible de compter les pulsations. De plus, il est inégal, fréquent et se traduit au sphygmographe par une ligne horizontale, présentant de loin en loin de petits soulèvements irréguliers et inégaux les uns par rapport aux autres.

Quant aux poumons où, en raison de l'intensité de la gêne respiratoire, nous devions nous attendre à trouver des désordres considérables, c'est à peine si l'on entend, à l'auscultation, quelques râles sous-crépitants et ronflants, disséminés, et indiquant un léger degré de congestion pulmonaire.

Le foie, très-douloureux à la pression, est notablement augmenté de volume; quant à la rate, sa matité se confond avec celle de l'ascite, de sorte qu'il est absolument impossible d'en déterminer les limites par la percussion.

Enfin, du côté de l'appareil urinaire, il existe également quelques désordres assez marqués. Les urines sont rares, épaisses et renferment une quantité considérable de matière colorante qui teint fortement en rouge les vases destinés à la contenir. Disons tout de suite que cette matière colorante n'est autre que celle que l'on remarque dans les cas d'insuffisance hépatique, alors que le foie ne remplit plus ses fonctions. Enfin, la proportion de l'urée est sensiblement abaissée : c'est à peine si elle s'élève à 8 grammes par vingt-quatre heures, au lieu de 20, 25, quelquefois même 30 grammes. L'acide urique, au contraire, est augmenté en quantité notable.

Rien du côté du système nerveux : intelligence parfaite; pas de délire; pas de somnolence, etc.

Il nous reste maintenant à établir, d'après l'examen auquel nous venons de nous livrer, la nature de l'affection dont cet homme est atteint, et à en faire connaître le pronostic et le traitement.

En ce qui concerne le diagnostic, quant au siége de la maladie, il s'impose de lui-même. En présence d'un homme qui a de l'enflure des extrémités inférieures, des mains, et dont le ventre est distendu par un épanchement; qui, avec ces phénomènes, a des palpitations, de la dyspnée, de la cyanose des extrémités; des urines rares, épaisses, riches en matière colorante, il est évident que l'on doit penser immédiatement à une affection cardiaque. Peut-être ici pourrait-on croire un instant à l'idée d'une néphrite albumineuse, mais ce diagnostic ne résiste pas à l'examen, car, s'il en était ainsi, nous n'aurions ni battements de cœur, ni gêne de la respiration, et, de plus, au lieu de présenter les caractères que je viens de vous indiquer, les urines seraient abondantes, claires, limpides; enfin elles contiendraient une notable quantité d'albumine.

Mais la connaissance du siége de la maladie ne suffit pas : nous devons aller plus loin et rechercher quelles sont les lésions qui existent du côté du cœur. Or, nous trouvons là une affection excessivement complexe, ainsi que vous allez le voir.

Je vous ai dit d'abord que le cœur était augmenté de volume, et ce fait est suffisamment attesté, non-seulement par l'abaissement de la pointe et sa déviation en dehors, mais aussi par les résultats de la percussion, qui donne une aire de percussion plus étendue qu'à l'état normal et en rapport avec une augmentation de volume du muscle cardiaque, plutôt qu'avec l'existence d'un épanchement dans le péricarde,

dont le caractère superficiel des bruits suffirait d'ailleurs à éloigner l'idée.

Mais cette ampliation du cœur est-elle une hypertrophie ou une dilatation simple? Là-dessus, je serai moins affirmatif, quoique pourtant j'aie une certaine tendance à croire que la dilatation l'emporte sur l'hypertrophie, et que cette altération porte sur le ventricule droit plutôt que sur le ventricule gauche. La raison sur laquelle je m'appuie pour avancer cette opinion, c'est d'abord l'augmentation de la matité cardiaque, plus considérable en travers que dans le sens vertical, contrairement à ce qui a lieu alors que le ventricule gauche est augmenté de volume; c'est, enfin, sur ce fait que la pointe du cœur est considérablement déviée en dehors et que l'on sait que les choses se passent de cette façon dans la dilatation générale de cet organe, et particulièrement du ventricule droit.

Quelque chose de spécial encore, ce sont ces battements alternatifs de la base et de la pointe et correspondant avec les mouvements des oreillettes et des ventricules; il en est de même de cette dépression intercostale sur laquelle j'ai appelé votre attention; tous phénomènes qui ne peuvent s'expliquer que par des adhérences unissant, d'une part, l'organe de la circulation au péricarde; d'autre part, le péricarde à la paroi thoracique, et qui indiquent que cet homme a très-probablement eu une péricardite, dont la conséquence a été la soudure des différents organes que je viens de vous énumérer.

Mais telle n'est pas la seule altération que nous constations chez ce malade, et en tenant compte de cette hydropisie considérable, de la cyanose et surtout de ce pouls filiforme, irrégulier, à peine sensible, il devient évident qu'il existe chez lui autre chose qu'une dilatation avec hypertrophie et symphise cardiaque. En effet, il y a encore là des lésions valvulaires dont nous trouvons la trace dans l'examen attentif du cœur et particulièrement dans l'auscultation.

D'abord, ce frémissement cataire, si marqué, surtout à la pointe, a une valeur diagnostique importante. Il indique que les valvules, inégales, rugueuses, hérissées d'aspérités, vibrent par le passage du sang, et que le mouvement vibratoire dont elles sont animées, se transmet aux parois thoraciques. Bien mieux, comme ce phénomène est surtout marqué à la partie inférieure du cœur, je vais plus loin et j'en induis que la lésion doit siéger à l'orifice mitral.

Mais la chose devient encore plus admissible alors que l'on pratique l'auscultation. En effet, à la pointe du cœur, nous trouvons un bruit de souffle très-accentué, doux, prolongé, qui est non-seulement systolique, mais encore présystolique, attendu qu'il commence avant la systole, avant que la pointe du cœur ne vienne battre contre la paroi thoracique. Cela veut dire que nous avons affaire à une insuffisance de la valvule mitrale, et que, de plus, cette lésion est compliquée d'un rétrécissement. En effet, à la fin de la diastole ventriculaire, alors que l'oreillette donne sa dernière contraction pour chasser le reste de sang qu'elle renferme, le liquide étant refoulé à travers l'orifice mitral rétréci, on a, au moment de la systole du ventricule, un bruit de souffle qui, commencé par le fait du rétrécissement, se continue par le fait de l'insuffisance. La concomitance de ces deux lésions est d'ailleurs habituelle et, le plus souvent, l'affection mitrale est caractérisée par le rétrécissement et l'insuffisance de cette valvule.

Enfin, ce diagnostic est encore confirmé, chez notre malade, par les caractères du pouls, par l'œdème, la cyanose des extrémités, et, de plus, par la douleur hépatique et le gonflement du foie. Une chose cependant qui manque ici, c'est la congestion pulmonaire, l'hémoptysie. C'est là une bizarrerie que je ne saurais expliquer, mais que l'on doit constater.

Du côté de l'orifice aortique, nous trouvons également des lésions qui nous sont indiquées par l'existence d'un souffle râpeux, ayant son maximum d'intensité à la base du cœur et se prolongeant dans l'aorte. Ce bruit pathologique, qui, comme le précédent, couvre le premier temps de la révolution cardiaque, est évidemment en rapport avec un rétrécissement de l'orifice aortique, ou plutôt avec la présence de petites inégalités, qui, développées à la surface des valvules, obturent cet orifice.

Mais à cela ne se borne pas la maladie dont cet homme est affecté, et nous trouvons encore chez lui, du côté du foie, des phénomènes particuliers. Je vous ai dit, en effet, que la quantité de liquide épanché dans la cavité péritonéale de ce malade était énorme, et beaucoup plus considérable qu'on ne le voit chez les gens affectés de maladie du cœur. Tandis que, chez les cardiopathes, la présence d'un épanchement dans le péritoine, n'est, pour ainsi dire, qu'un phénomène accessoire; ici, au contraire, l'ascite est le symptôme principal. Bien mieux, au lieu de débuter par les extrémités inférieures, comme c'est la règle dans les affections cardiaques, le liquide a commencé par envahir le ventre, et enfin il s'est montré avec une abondance telle que les intestins ont été comprimés, refoulés dans la cavité abdominale, au lieu de surnager à la surface du liquide et d'accuser leur présence par une sonorité qui contraste avec la matité déterminée par le liquide.

Nous devons donc rechercher la cause de cet épanchement si abondant, non-seulement dans les lésions que nous venons de constater dans le cœur de ce sujet et dans cet état concomitant du foie, que l'on rencontre fréquemment chez les individus atteints d'affection mitrale, mais encore et surtout dans une altération cirrhotique de cet organe, dont nous trouvons la cause dans les excès de boisson que cet homme a autrefois commis.

Le diagnostic étant ainsi posé, il nous reste, pour compléter l'histoire de ce malade, à établir le pronostic et le traitement de son affection.

Évidemment, le pronostic est fâcheux : cet homme est destiné à succomber dans un avenir plus ou moins proche. Mais est-ce de suite? Je ne le pense pas, si j'en juge d'après l'intégrité des organes respiratoires; et je ne veux pas d'autre preuve de ce que j'avance que l'amélioration notable que nous avons obtenue depuis qu'il est à l'hôpital.

Mais ce pronostic favorable, immédiat, est un peu assombri par l'ascite considérable qui atteste l'état de désorganisation profonde du foie. Néanmoins, comme cet homme ne présente pas de troubles dyspeptiques notables, comme il n'a ni diarrhée, ni vomissements, ni épistaxis, ni hémorrhagies d'aucune sorte, nous sommes fondé à penser que, de ce côté, sa vie n'est pas menacée pour le moment.

Quant au traitement, il est important de l'indiquer, car il doit être dirigé à la fois contre l'état du cœur, du foie et contre l'hydropisie. Aussi avons-nous immédiatement songé à la digitale qui, dans ces conditions, surtout en infusion, est extrêmement utile pour calmer et régulariser les battements du cœur, et, d'autre part, pour solliciter la diurèse. De plus, nous avons cherché à exciter la sécrétion intestinale au moyen d'un purgatif drastique, l'eau-de-vie allemande par exemple, qui est toujours un excellent moyen.

Mais si le traitement peut suffire pour combattre l'anasarque généralisée, ici il serait impuissant contre l'ascite, et je crois que, vu l'abondance considérable de l'épanchement, il y a indication chez ce malade à pratiquer la paracentèse. Cette opération, que l'on n'a que très-rarement l'occasion de pratiquer chez les cardiopathes, aura pour effet de débarrasser d'un seul coup la cavité péritonéale du liquide qui y est accumulé. En outre, nous soutiendrons les forces du malade par les divers moyens qui sont à notre disposition; nous lui conseillerons de manger un peu de viande rôtie et surtout nous veillerons à ce qu'on lui fasse donner du lait qui, non-seulement dans ces circonstances est un aliment en rapport avec la difficulté des digestions, mais qui contribue encore à augmenter la sécrétion urinaire. Quant aux asperges que l'on peut encore donner dans la saison et qui, en petit, agissent comme la digitale, en facilitant la diurèse et en régularisant les battements du cœur, nous n'avons pas à y songer à l'hôpital. Grâce au traitement, j'espère que nous pourrons procurer à ce malade une amélioration notable qui, pour n'être que passagère, pourra peut-être lui permettre de vivre encore quelques années.

RÉTENTION D'URINE ET PONCTION DE LA VESSIE.

Par le docteur Garrigue.

I.

Obs. I. — Le 27 août 1876, je fus appelé auprès du sieur C..., cultivateur, âgé de soixante-cinq ans, au village de Saint-Julien-Lampon; cet homme, d'un tempérament lymphatique, avec quelques traces cicatricielles de tumeurs strumeuses, jouit pourtant d'une bonne santé habituelle. Voici ce qu'il raconte :

Le 20 courant il s'était livré à des excès alcooliques à la suite desquels il avait éprouvé de la difficulté pour uriner; depuis trois jours, surtout, il n'urinait que quelques gouttes avec de grands efforts.

Le ventre est ballonné et l'on sent la vessie très-distendue et s'élevant presque jusqu'au niveau de l'ombilic; la pression est douloureuse, il n'y a pas de fièvre et la langue est bonne; la peau n'est pas chaude, mais il existe une constipation opiniâtre ayant résisté à plusieurs purgatifs salins, et c'est là ce qui préoccupe le plus vivement le malade, qui s'abstient de boire et de manger sous prétexte que rien ne sort; il y a une insomnie complète.

Avec une sonde anglaise munie d'un mandrin recourbé, j'essaye aussitôt le cathétérisme avec précaution; je m'attendais à pénétrer tout de suite dans la vessie, lorsqu'après un moment de vaines tentatives, je fus forcé de retirer cette sonde; j'arrivais bien aux environs du col de la vessie sans aucune difficulté, mais là se trouvait un obstacle que la sonde ne pouvait franchir.

Je prends alors une sonde en argent d'un faible calibre, et je renouvelle mes tentatives, mais je rencontre le même obstacle au même point du trajet.

Comme il était déjà nuit, je laisse ce malade, en lui prescrivant des lavements salés afin de vider le gros intestin, en outre, quatre pilules écossaises. Je rentre chez moi fort soucieux et me demandant pourquoi mes sondes, arrivées jusqu'au col, ne pouvaient pas pénétrer dans la vessie.

Le 28 août, je revois mon malade de grand matin : pas de fièvre, peau normale, langue bonne; les lavements salés n'ont pas été rendus et les quatre pilules écossaises n'ont produit aucun effet.

Alors je procède à de nouvelles tentatives de cathétérisme, d'abord avec les sondes ordinaires, puis avec les sondes en gomme de diverse nature, puis avec les bougies de Ségalard, enfin, avec les bougies filiformes : mes efforts sont vains et je ne puis pénétrer dans la vessie, un obstacle m'arrête toujours au même niveau, à la région prostatique, non loin du col. Mon embarras était grand, et le malade urinait par regorgement, il éprouvait de vives douleurs dans les reins, et la vessie avait pris des proportions énormes.

Je fais appeler un vénérable confrère, le docteur de Varennes, et je le prie de me prêter le concours de sa longue expérience. M. de Varennes essaye le cathétérisme et, toujours comme moi, il rencontre un obstacle insurmontable au moment de pénétrer dans la vessie; l'étonnement de mon confrère venait s'ajouter au mien, nous ne savions pas comment cela finirait.

On donne alors coup sur coup trois bains chauds au malade dans le but d'obtenir une syncope, et partant, un relâchement des sphincters : rien.

On fait une forte application de sangsues au périnée; on n'obtient rien.

Cataplasmes chauds sur le ventre.

Le 29 août, nouvelle visite au malade avec le docteur de Varennes : le ventre est toujours ballonné, la vessie distendue; le malade a le pouls petit, mais pas de fièvre, il a eu quelques vomissements.

Nouvelles tentatives de cathétérisme, aucun résultat; mais le canal de l'urèthre avait été tellement tiraillé que le sang coulait, parfois assez abondamment; tandis que chaque tentative provoquait une envie terrible d'uriner, le malade faisait de violents efforts sans succès.

Fallait-il essayer la chloroformisation pour obtenir un relâchement quelconque? Je fis, au docteur de Varennes, le raisonnement suivant :

Avec les sondes de différent calibre, avec toutes les bougies filiformes, j'arrive toujours au voisinage du col de la vessie, donc je ne crois pas avoir à combattre un rétrécissement du canal, puisque ce malade n'a jamais eu d'antécédents vénériens, et que, la semaine dernière, il urinait à plein canal avec un gros jet d'urine.

D'un autre côté, je ne suis pas arrêté par un simple spasme du col de la vessie, car ce spasme ne durerait pas depuis cinq jours et n'aurait pas résisté aux incessantes tentatives de cathétérisme.

J'étais arrêté un peu avant d'arriver au col, au niveau de la portion musculeuse de l'urèthre; c'était du moins mon avis, et alors nous avions affaire à un rétrécissement d'une nature toute particulière, c'est pourquoi je formulai mon opinion dans les termes suivants :

Dans le cas présent, les rapports anatomiques de la vessie ont subi certaines modifications importantes; la vessie est tellement distendue et tirée en haut dans le grand bassin que les portions prostatique et musculeuse du canal de l'urèthre ont été tirées en haut à leur tour: par conséquent, la sonde vient se heurter contre les parois de la portion musculeuse du canal déformé; de même la miction est impossible parce que l'élasticité des parois vésicales ne peut pas vaincre l'obstacle mécanique formé par la déviation du canal derrière le pubis; il fallait donc renoncer à l'espoir de faire pénétrer une sonde dans un canal aussi dévié par suite du tiraillement en haut; et comme la vessie ne pouvait pas réagir sur elle-même, la ponction de la vessie devait seule nous permettre une évacuation d'urine; puis la vessie vide, et par conséquent le canal de l'urèthre revenu à sa place ordinaire, une sonde devait fatalement pénétrer dans la vessie.

M. le docteur de Varennes goûtait peu cette manière de voir, mais, après de nouvelles tentatives infructueuses et en présence de la situation grave du malade qui éprouvait de la dyspnée et des vomissements, je pris un fort trocart explorateur à la main droite, puis, appliquant le pouce de la main gauche sur la symphyse du pubis, j'enfonçai mon trocart sur la ligne médiane de l'abdomen, de bas en haut; je retire aussitôt une grande quantité d'urine d'abord fétide et enfin sanguinolente.

La vessie étant ainsi vidée, M. le docteur de Varennes ayant tenté le cathétérisme, la sonde d'argent entra d'emblée dans la vessie.

Et ainsi se trouvait pleinement confirmé le diagnostic que je venais de porter.

Le malade est aussitôt soulagé et nous laissons à demeure la sonde et le trocart; à travers, le trocart je pousse des injections qui sortent par la sonde et lavent ainsi la vessie.

Le 30 août, le malade a dormi une partie de la nuit; la sonde est bouchée et l'urine sort par le trocart; je pratique de nouveaux lavages de la vessie, puis je retire le trocart, mais je laisse la sonde à demeure; je fais prendre l'huile de ricin par cuillerées afin de vider les intestins qui, jusqu'à présent, ont résisté à toute médication laxative; il y a dans la journée plusieurs garde-robes, pas de fièvre, moral excellent.

Le 1er septembre le malade, se sentant mieux, enlève sa sonde dans l'espoir d'uriner seul. Je le trouve dans sa grange soignant ses bestiaux : pas la moindre douleur dans le bas-ventre, il mange, boit et dort parfaitement bien.

Je passe la sonde sans difficulté et je pousse dans la vessie une injection d'eau tiède.

Le 2 septembre, la sonde est toujours à demeure, elle s'engorge parfois et facilement; matin et soir, je pousse dans la vessie des injections d'eau tiède.

On comprend bien, qu'après une rétention d'urine aussi grave, il y a eu une cystite manifeste.

Les jours suivants le malade vient lui-même dans mon cabinet pour se faire sonder, il est venu à cheval.

Le 10 septembre au matin, je suis mandé en toute hâte au domicile du sieur C..., que je n'avais pas vu depuis quelques jours. Le docteur de Varennes, son voisin, l'avait sondé quelquefois, mais, affecté d'un tremblement particulier, mon confrère avait provoqué un pissement de sang sans pénétrer dans la vessie; cette dernière était fortement distendue et remontée vers l'ombilic. Je craignais d'être obligé de faire une seconde ponction hypogastrique, cependant je pus parvenir dans la vessie : j'enlevai plus d'un litre d'urine, les dernières gouttes n'étaient que du sang mélangé à du pus et du mucus.

Le malade était très-affecté de cette rechute, je le fais venir au Roc, chez un voisin, afin de pouvoir le sonder matin et soir et aussi de surveiller son régime. Il reste ainsi jusqu'au 20 septembre, soumis à un régime sévère et bien entendu; alors il commence à uriner seul. Il revient dans sa commune, avec recommandation d'être sobre et de ne point boire de vins et de liqueurs.

Il urina seul et sans difficulté.

Le 15 octobre, il était complétement rétabli. et, depuis, sa guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

ÉTUDE SUR L'AORTITE AIGUE (1)

Par M. le docteur H. Léger, interne-lauréat des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Le nom d'aortite aiguë s'applique à l'inflammation aiguë des parois du vaisseau dans toute leur épaisseur. — Cette affection demande le plus souvent pour s'établir une lésion chronique préexistante de l'artère. — Les symptômes sont surtout constitués par l'oppression, la sensation de poids, de brûlure rétro-sternale traversées par des crises qui constituent de véritables accès plus ou moins intenses d'angine de poitrine. A ces phénomènes douloureux s'ajoutent ordinairement des souffles variables, suivant le trajet de l'aorte ascendante, avec augmentation de la zone de matité de cette artère et avec des caractères spéciaux du pouls. — L'hypertrophie considérable du cœur, la fréquence de la péricardite, la marche ordinaire par poussées successives et la mort subite sont les principaux phénomènes marquants de cette maladie. — Ces symptômes, décrits pour la plupart soit comme une forme d'athérome, soit comme des accidents nerveux liés à une insuffisance aortique, se rapportent uniquement au processus inflammatoire aigu, qui a envahi les parois du vaisseau. — L'affection avec laquelle l'aortite aiguë se confond le plus souvent, est l'anévrysme de l'aorte. L'existence des phénomènes de compression dans un cas, leur absence dans l'autre, est le meilleur signe qui puisse permettre d'en établir la distinction. — L'indication thérapeutique principale est de combattre la douleur par différents moyens et de chercher à modifier le processus inflammatoire à l'aide des révulsifs.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Frédéric Henry.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaistre, médecin des épidémies de l'arrondissement de Limoges, sur une épidémie d'angine diphthéritique qui a été observée, en 1877, dans la commune de Saint-Sulpice-Laurière;

2° Le compte rendu des épidémies observées dans le département des Alpes-Maritimes, en 1875, et de la Haute-Loire, en 1876. (Comm. des épidémies);

3° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux des Fumades pour la saison de 1875. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Michel Peter, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Desprès qui se porte candidat pour la section de pathologie chirurgicale.

RAPPORTS

M. ALPH. GUÉRIN fait un rapport verbal sur un travail adressé par M. Georges Otis, au chirurgien en chef de l'armée d'Amérique et relatif au transport des blessés par les bêtes de somme.

M. BOUCHARDAT, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes ou autorisations d'exploiter des sources d'eaux minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

LECTURE

M. LABORDE lit un travail intitulé : de *l'action physiologique du salicylate de soude et du mécanisme de son action.* Ce travail contient les résultats des expériences que l'auteur a faites sur des chiens, auxquels il a pratiqué des injections intra-veineuses de salicylate de soude. Il a eu recours à ce mode d'administration du médicament, parce que le salicylate de soude ingéré dans l'estomac, chez le chien, provoque fatalement le vomissement. Pour un chien de moyenne taille, M. Laborde prend 4 à 5 grammes de salicylate de soude et les dissout dans dix ou douze centimètres cubes d'eau distillée. La solution est légèrement chauffée à la température approximative du sang en circulation, puis est poussée dans la veine crurale, modérément, par petites quantités à la fois, avec un intervalle de une à trois minutes entre chaque poussée. Dans ces conditions, M. Laborde n'a jamais observé au cours de ses expériences aucun accident; il a seulement noté les phénomènes suivants: une accélération légère des battements du cœur et des mouvements respiratoires, quelques cris plaintifs et un peu d'agitation au début, dans quelques cas, un ou deux efforts de vomissements bientôt réprimés. Très-peu de temps après l'injection, on constate que les *réflexes* sont conservés dans une mesure suffisante pour être appréciable, mais on ne voit pas en même temps l'animal réagir volontairement. En outre, celui-ci se tient avec quelque difficulté sur ses pattes; la démarche est légèrement titubante, ataxique. Il paraît sourd et indifférent aux bruits extérieurs, il est plongé dans une sorte d'hébétude, de stupeur; enfin, abandonné à lui-même, il ne tarde pas à se coucher et à s'endormir d'un sommeil auquel il est difficile de l'arracher.

De ces expériences, M. Laborde croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'action physiologique du salicylate de soude porte d'une façon prédominante, élective, sur les phénomènes de la sensibilité à la douleur ou consciente.

Le mécanisme de cette action réside dans l'influence exercée par la substance chimique, non pas sur la propriété conductrice du cordon nerveux sensitif, mais sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques.

Cette action du salicylate de soude sur les phénomènes fonctionnels de sensibilité et, par conséquent, sur le siége organique cérébral de ces phénomènes, donne la raison des effets produits sur les symptômes douloureux dans l'état morbide, et c'est principalement à ce titre d'*analgésiant* que l'acide salicylique intervient dans la cure du rhumatisme articulaire.

Les expériences de M. Laborde ont été faites dans le laboratoire de M. Béclard. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Germain Sée, Guéneau de Mussy et Vulpian.)

M. J. GUÉRIN fait passer sous les yeux de l'Académie, des pièces anatomiques et dessins représentant la série des lésions intestinales observées dans la fièvre typhoïde. Ces pièces et ces dessins montrent les caractères des altérations intestinales typhiques, dans leurs rapports avec l'étiologie que M. Guérin a indiquée; c'est-à-dire que ces désordres sont subordonnés à l'action vésicante et destructive des matières fécales en contact avec la muqueuse de l'intestin, et qu'ils sont en rapport, en quelque sorte, avec la quantité, la qualité et, pour ainsi dire, l'âge du ferment typhique.

La séance est levée à quatre heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

198. Moulard. Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement.
199. Reyes-y-Zamora. Contribution à l'étude des présentations de l'extrémité pelvienne.
200. Kercéa. Étude sur le chlorhydrate de pilocarpine.
201. Constantinescu. Quelques considérations sur la prophylaxie de la variole.
202. Appia. Des tumeurs sanguines érectiles et spécialement de leur traitement par les injections au perchlorure de fer.
203. Hogg. De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique, ses composés, et accessoirement de la salicine.
204. Bonnet. Des complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique.
205. Dahms. Étude sur le thymus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec le plus profond regret la mort de l'un de nos plus importants et de nos plus honorables éditeurs en médecine, M. Asselin. Par les services qu'il a rendus à la publicité scientifique, comme par l'extrême bienveillance de son caractère, M. Asselin avait mérité l'estime générale et l'affection particulière d'un grand nombre de membres de la famille médicale.

— *École de pharmacie de Paris.* — Le concours pour l'obtention du prix annuel institué sur les fonds du legs Lebeault portera alternativement sur la pharmacie et sur la zoologie médicale.

Il comprendra une épreuve écrite et une épreuve pratique.

Pour la pharmacie, l'épreuve écrite portera sur un sujet de pharmacologie générale. L'épreuve pratique consistera en une reconnaissance de dix composés galéniques et dix composés chimiques.

Pour la zoologie, l'épreuve écrite aura pour sujet la zoologie appliquée. L'épreuve pratique consistera dans la détermination de vingt produits animaux afférents à la matière médicale.

Il sera accordé quatre heures pour la composition écrite.

La durée des épreuves pratiques sera de vingt minutes.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Berlioz, docteur en médecine, est institué suppléant d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf années. M. Berlioz est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Sâtre, démissionnaire.

— M. le docteur Manès est nommé médecin adjoint du lycée de Bordeaux (emploi nouveau).

— M. le docteur Darrasse est nommé médecin adjoint au lycée de Mont-de-Marsan (emploi nouveau).

— MM. Budin et Pinard commenceront le 15 septembre un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Anatomie, physiologie et grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques, opérations. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur le Prince.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 107. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1877. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'Hôtel-Dieu.

Depuis bien longtemps déjà, tous les ans, à cette époque, ma première visite, en rentrant à Paris, était pour l'Hôtel-Dieu. Cette année-ci, j'avais une raison de plus pour ne pas faillir à cette habitude. Trois mois à peine s'étaient écoulés et je ne devais plus retrouver à la place de ce vieil Hôtel-Dieu que j'ai tant fréquenté depuis quarante ans, et que j'avais encore laissé au mois de juin dernier en pleine activité, qu'un tas de pierres, de gravats, de poutrelles et quelques murs encore debout, tout crevassés, tout éventrés, et, en partie seulement, recouverts d'une toiture réduite à ses chevrons. Avant de pénétrer dans les nouvelles constructions, dont l'aspect extérieur tout frais, tout blanc, tout clair, symétrique et correct à défaut de grandeur, contraste si vivement avec ces noires et sombres ruines, je n'ai pu m'empêcher de jeter un regard en arrière, non sans doute qu'il y ait dans ces tristes décombres rien qui fût de nature à réveiller un sentiment de bien vif regret, si ce n'est peut-être ce genre de regret qu'inspire toujours l'abandon de la vieille maison qui nous a vus naître, d'un vieux meuble ou d'une vieille défroque dont une longue habitude faisait seule tout le prix à nos yeux. Mais si la maison n'avait guère par elle-même que ce prix-là, on n'en saurait dire autant des souvenirs historiques qui s'y rattachent, des événements qui s'y sont accomplis, des services qui y ont été rendus à de nombreuses populations d'indigents et de l'éclat que des générations de médecins et de chirurgiens illustres ont jeté, par leur pratique et leur enseignement, sur notre science et sur notre profession. C'est cette sorte d'évocation du passé qui a surgi inopinément dans mon esprit à l'aspect de ces décombres, et qui m'y a fixé irrésistiblement pendant quelques instants.

Sans remonter plus loin que la portée de mes propres souvenirs et des documents, devenus désormais historiques, que renferment les premiers volumes de la *Gazette*, mon esprit reconstituait sous ces décombres ces longues salles, ces interminables galeries où j'avais assisté aux visites de médecins et de chirurgiens célèbres qui ne sont plus : de Petit, l'auteur, avec son collègue et ami Serres, du *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, point de départ des recherches qui devaient aboutir plus tard à la constitution de notre fièvre typhoïde ; de Husson, l'un des propagateurs de la vaccine en France ; de Guéneau de Mussy (le père d'Henry), de Bally, d'Honoré, qui ont tous laissé des réputations de praticiens éminents ; de Magendie, qui, plus physiologiste que médecin, systématisait dans son service l'expectation, ne s'en départissant guère que pour expérimenter, de temps en temps, quelques-uns des alcaloïdes alors récemment introduits dans la pratique ; de Récamier, qui, bien que médecin en titre, enrichissait la pratique de procédés et d'instruments d'exploration et des opérations chirurgicales les plus hardies et souvent les plus heureuses, telles que la résection du col de l'utérus, l'ouverture des abcès ou des kystes du foie à l'aide des caustiques, etc. ; de Louis, qui continuait à l'Hôtel-Dieu les belles recherches, qu'il avait commencées à la Charité et dans d'autres hôpitaux, sur la fièvre typhoïde et la phthisie, sur la pleurésie et sur la comparaison des principales méthodes thérapeutiques alors en usage ; de Martin-Solon, de Legroux, de Piedagnel et tant d'autres encore que je peux oublier et qui ont tous laissé des traces ou des exemples à suivre ; de Roux, dont on pouvait se lasser d'entendre les verbeuses disquisitions, mais dont on ne se lassait pas d'admirer la dextérité dans l'exécution des opérations les plus délicates comme dans les pansements les plus simples ; de Breschet, le savant anatomiste ; de Blandin, si versé dans l'anatomie topographique et chirurgicale ; des savants cliniciens Robert et Laugier ; de l'habile opérateur et chirurgien d'instinct, Jobert (de Lamballe), dont l'exemple était beaucoup plus instructif à suivre que les leçons.

Je reconstituais encore par la pensée cette sombre et lugubre salle d'autopsies, où tant de victimes de maladies incurables avaient fourni tant d'éléments utiles au développement et aux progrès de l'anatomie pathologique.

Je revoyais enfin et surtout ce vieil amphithéâtre déjà illustré par les leçons de Dupuytren, au moment où j'y pénétrai pour la première fois, et où j'ai longtemps entendu les froides, mais solides et correctes leçons de Chomel ; les faciles et élégantes dissertations de Rostan sur les maladies du cerveau, écho, un peu affaibli déjà, de l'éclatant enseignement qui avait fait sa réputation à la Salpêtrière ; les brillantes leçons de Trousseau dont le souvenir restera encore longtemps empreint dans l'esprit de plusieurs générations de médecins ; et enfin, plus près de nous, celles des deux regrettables derniers professeurs de clinique médicale, enlevés tous deux avant l'âge,

Grisolle et Béhier, formés l'un et l'autre à la grande école clinique de Paris, et qui en étaient devenus à leur tour des maîtres éminents.

Mais je m'oublie dans ces souvenirs qui ont retardé mon entrée sous le vestibule du nouvel Hôtel-Dieu, dont je voulais aussi vous dire un mot aujourd'hui. Ce sera pour la prochaine revue.

Arthropathie survenue dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.

On n'en est plus aujourd'hui à compter les faits d'arthropathie chez les ataxiques. Mais il s'en faut encore que tout soit bien connu dans cette lésion bizarre, et que les opinions soient fixées sur la réalité du lien que l'on a cherché à établir entre elle et la lésion médullaire originelle de l'ataxie locomotrice. La question vaut encore la peine qu'on l'étudie. Un nouveau fait s'est présenté dans les salles de M. Oulmont, à l'Hôtel-Dieu, vers la fin de l'année dernière. Ce fait, que nous avons eu l'occasion de voir dans le grand amphithéâtre, où il a fait le sujet d'une leçon clinique de M. Ledentu, suppléant alors M. le professeur Richer, vient de fournir à M. le docteur Joseph Michel, alors interne du service de M. Oulmont, le texte d'une étude nouvelle de ce sujet. Il nous a paru intéressant de rappeler les circonstances principales de ce fait et de revenir, à son occasion, sur quelques-uns des points de cette question de pathologie mixte, que les recherches récentes ont fait passer définitivement du domaine chirurgical dans celui de la médecine proprement dite.

Rapportons d'abord le fait en question.

Une femme de trente-six ans, entre le 31 août 1876 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont, atteinte à la fois d'ataxie locomotrice et de phthisie tuberculeuse. Cette femme avait éprouvé pour la première fois, en 1867, c'est-à-dire environ neuf ans auparavant, des fourmillements dans les jambes, puis plus tard des douleurs, des élancements, disparaissant subitement, pour reparaître presque aussitôt avec les mêmes caractères. Ces douleurs survenaient quelquefois dans la marche, mais plus souvent quand la malade était couchée; il n'y avait, d'ailleurs, pas de diminution dans la force musculaire. Le sommeil était bon dans l'intervalle des douleurs. Peu à peu, ces douleurs ayant augmenté de force et de fréquence, il s'y joignit, quelques années après leur début, un embarras gastrique, puis de la diarrhée. La diarrhée fut telle que la malade fut obligée de garder le lit pendant six semaines; il s'y joignit aussi des vomissements incoërcibles. Mais, ce qui l'obligea surtout à garder le lit, c'était la faiblesse de ses jambes qu'elle sentait ployer sous le poids de son corps; il lui semblait que ses genoux allaient se briser. Au mois de janvier 1875, elle s'aperçut qu'elle n'était plus maîtresse des mouvements de ses jambes qui se jetaient en dehors lorsqu'elle cherchait à poser le pied par terre; en même temps, les douleurs fulgurantes se firent sentir avec plus d'intensité et de fréquence; elles étaient à ce point intenses qu'elles arrachaient des cris à la malade; elles ne duraient, en général, qu'un jour et réapparaissaient généralement à des intervalles de vingt-cinq jours, parfois cependant plus rapprochés. En même temps, la marche devenait de plus en plus difficile; non-seulement les jambes étaient projetées de côté et d'autre, mais elle trébuchait à chaque instant. Une nuit que la malade voulut sortir de son lit, elle tomba ; c'est ainsi qu'elle s'aperçut, pour la première fois, de l'impossibilité où elle était de marcher dans l'obcurité. Pendant la marche le talon seul portait sur le sol. Enfin, il survint une incontinence des urines et des matières fécales. Pas de céphalalgie. Aucun trouble de la vision.

Au mois d'août 1875, tous les symptômes précédents n'avaient subi aucune modification, la malade sentit, en se traînant dans la chambre, que sa jambe craquait; ces craquements du genou étaient assez forts pour être perçus par les personnes qui se trouvaient alors dans la pièce; ils n'étaient d'ailleurs accompagnés d'aucune douleur, et l'articulation du genou n'était ni tuméfiée, ni déformée. Ce ne fut que huit jours après l'apparition de ce nouveau symptôme, qu'elle s'aperçut un matin, en s'éveillant, que son genou était devenu très-volumineux. Le lendemain, la tuméfaction avait gagné la cheville et les doigts des pieds. La tuméfaction du genou gauche était telle, que, malgré l'absence de douleur, elle ne pouvait plus ployer la jambe et qu'elle fut obligée de garder le lit. Au bout de huit à dix jours, l'articulation était presque normale; la tuméfaction avait presque disparu, mais la malade ayant voulu se lever, au moment où elle s'appuyait sur sa jambe droite, elle entendit un craquement et sa jambe se tordit, sans qu'elle éprouvât d'ailleurs aucune douleur. A dater de ce moment, elle dut garder continuellement le lit, les mouvements de la jambe étant devenus impossibles.

Un fait attira alors vivement son attention : au moment même où se manifesta la tuméfaction du genou, les douleurs fulgurantes qui, depuis quelques jours, étaient intolérables, par suite de leur acuité et de leur fréquence, diminuèrent considérablement et devinrent en même temps beaucoup plus rares de ce côté, tandis qu'au contraire elles augmentaient d'intensité et de fréquence dans le membre opposé. Il y a lieu de noter avec M. Michel, que cette malade n'a jamais éprouvé de douleurs du côté de la moelle ni de la région cervicale.

La malade étant venue à succomber le 6 janvier aux progrès de sa phthisie, voici ce que révéla l'autopsie, au point de vue de la lésion articulaire.

Les ligaments périarticulaires étaient conservés avec leurs caractères normaux. Les ligaments interarticulaires étaient détruits. Pas d'épanchement notable dans l'intérieur de l'articulation.

En ouvrant la synoviale, on a trouvé dans sa cavité, la valeur d'une cuillerée à bouche d'un liquide jaune rougeâtre, filant, dans lequel l'examen microscopique a fait découvrir un grand nombre de globules rouges, beaucoup de globules blancs et quelques cellules plates, munies d'un noyau et d'une lame mince de protoplasma.

La rotule et les condyles du fémur étaient peu déformés. La déformation principale portait sur la portion articulaire du tibia dont le tiers postérieur était usé et remplacé par un plan incliné sur lequel reposaient les condyles du fémur.

Les cartilages articulaires, restés complets sur la face rotulienne, étaient réduits sur les portions convexes des condyles du fémur, ainsi que sur le tiers postérieur du plateau du tibia, à une lame cartilagineuse très-mince, à travers laquelle on apercevait par transparence l'os sous-jacent fortement congestionné.

Enfin, sur le contour des surfaces articulaires, on trouvait de loin en loin de petites déformations osseuses, de légères saillies ostéophytiques, mais assez peu considérables pour qu'elles n'aient pas déterminé une déformation appréciable pendant la vie.

On remarquera, comme l'une des particularités de ce fait,

que, contrairement à ce qui a été noté dans le plus grand nombre d'observations recueillies jusqu'à présent, où l'arthropathie se manifeste d'une manière précoce, c'est-à-dire au plus tard au début de l'incoordination, alors que tout se borne à peu près aux douleurs fulgurantes, ici, au contraire, elle s'est montrée très-tardivement, sept ans après que les premiers symptômes de l'ataxie ont été constatés. Elle est survenue, d'ailleurs, comme dans presque tous les cas connus, sans aucune violence extérieure, sans cause déterminante appréciable. Elle s'est montrée indolente, comme dans la généralité des cas de ce genre. Enfin, les lésions constatées à l'autopsie ont consisté, comme on vient de le voir, en une inflammation de la synoviale, une résorption d'une partie des cartilages, des ligaments interarticulaires et d'une portion assez étendue de la surface articulaire du tibia, enfin en un commencement de production d'ostéophytes à la périphérie des surfaces érodées.

Il est très-regrettable que M. Michel ne nous ait pas fait connaître l'état de la moelle chez cette malade et qu'il nous ait laissé ainsi, pour ce cas particulier, dans l'ignorance des relations de cet état avec l'ancienneté et l'intensité des phénomènes ataxiques et avec l'arthralgie. Mais si nous avons à regretter cette omission, nous trouverons, en manière de compensation, d'autres documents intéressants à divers points de vue, en pénétrant plus avant dans l'étude qu'il a consacrée à ce sujet.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Le diagnostic des anévrysmes de la fesse est donc entouré de difficultés très-réelles et très-grandes ; ces difficultés résultent évidemment de la grande profondeur à laquelle se trouve la lésion, du volume relativement petit de la tumeur quand elle est bien formée et du petit volume de l'artère affectée. Mais il semblerait que dans beaucoup de cas la tumeur n'était pas bien circonscrite, qu'une rupture s'était produite en un point, occasionnant un soudain accroissement de la tumeur et faisant disparaître les pulsations. Les choses ont alors la plus grande analogie avec les cas de rupture d'artère ; il faut apporter le même soin en pratiquant l'auscultation, et, dans le cas où elle ne suffirait pas à lever les doutes, il faut faire une ponction exploratrice. Il faut surtout examiner les os du rachis et du bassin avec le soin le plus minutieux, pendant le sommeil anesthésique si c'est nécessaire, en avant, en arrière et par le rectum.

Après ces considérations générales, je passe à l'examen des matériaux à l'aide desquels nous pourrons apprécier les résultats du traitement chirurgical des divers anévrysmes de la fesse.

Les cas connus de lésion accidentelle ou de maladie des artères de la fesse peuvent être divisés en :

1° Plaies à ciel ouvert; 2° plaies et ruptures sous-cutanées (anévrysme traumatique diffus); 3° anévrysme traumatique avec sac; 4° anévrysmes spontanés avec sac ; 5° anévrysmes artério-veineux, anévrysmes par anastomose, etc.

De la première classe je ne dirai rien ici. Il y a quelques cas intéressants rapportés par Baroni, Bouisson et autres ; mais le traitement ne présente ici rien de particulier, si ce n'est la difficulté causée par la profondeur du vaisseau et sa rétraction possible dans le bassin. La table de Fischer contient trente-cinq cas désignés sous le nom d'anévrysmes de la fesse. Un cas non douteux est omis, celui de Thomas des Barbades, dont la préparation qui montre l'iliaque interne liée, est au musée de Guy's Hospital n° 1504[60] ; et le cas (extrait par S. Cooper de la *Chirurgie opératoire d'Averill*), dans lequel un chirurgien russe, que M. Norris de Philadelphie m'a dit devoir être le célèbre Arendt, reçut une pension de l'empereur Alexandre pour l'avoir opéré avec succès, a été également omis. En admettant qu'il y ait du doute au sujet de ce dernier cas, nous devons du moins ajouter le cas de M. Thomas, ce qui porte à trente-six le chiffre précédent. De ce nombre, on peut retrancher trois cas d'anévrysme artério-veineux et de tumeurs érectiles et il reste trente-trois cas d'anévrysme artériel de la fesse, chiffre très-suffisant, pour nous montrer les grandes difficultés du traitement de cette maladie et jusqu'où les chirurgiens ont réussi jusqu'à présent dans leurs efforts pour les surmonter. Il y a trois cas que je préférerais mettre au nombre des plaies sous-cutanées de l'artère, dans lesquels l'absence de sac semble avoir rendu le diagnostic fort difficile. Ce sont les cas qui portent les numéros 1, 2, 7 de la table de Fischer. Les deux premiers (*Principes de chirurgie de John Bell*, édité par sir C. Bell, v. I, p. 383), sont les cas bien connus de Charles et John Bell — le premier n'appartenant pas en propre à sir C. Bell — dans lequel, après une chute d'un lieu élevé, il se forma une énorme tumeur, s'étendant depuis les fausses côtes jusqu'au milieu de la cuisse, on crut à un abcès, la tumeur fut ouverte et la mort en résulta. L'artère fessière avait été blessée par une fracture du bassin. Dans le second cas, (*Ibid.*, p. 375), le patient était le fameux chercheur de sangsues de John Bell. Après une chûte sur une pointe de ciseaux, il se forma une énorme tumeur fluctuante et, comme il n'y avait pas de pulsation, il fut impossible de poser le diagnostic sans ponction exploratrice. Trouvant qu'il y avait plaie sous-cutanée de l'artère, Bell lia les deux bouts et l'artère guérit. Notre troisième cas est, sous plusieurs rapports, analogue au précédent. C'est également John Bell qui le raconte, mais il se montra dans la pratique de M. Jeffrey de Glasgow. L'artère fessière avait été blessée par un clou. Il se forma une tumeur fluctuante, qui fut ouverte par un chirurgien qui crut à un abcès, mais il ne s'échappa que du sang par l'incision et M. Jeffrey, pensant que l'artère était blessée, insista sur l'opportunité de la ligature. On consulta d'autres chirurgiens, la tumeur s'ouvrit et l'hémorrhagie fut arrêtée pour le moment avec beaucoup de difficultés ; quand il fut évident que la ligature de l'artère était indispensable, il était malheureusement trop tard. La tumeur s'ouvrit de nouveau et le patient mourut d'hémorrhagie au moment où le chirurgien s'apprêtait à opérer.

Ces différents points ont entre eux ce rapport, qu'il n'y avait pas de symptômes suffisamment définis pour indiquer une blessure de l'artère. Cette absence de symptômes ne pouvait tenir qu'à l'absence de sac. Ce n'était donc pas tant des anévrysmes, à proprement parler, que des plaies sous-cutanées ou des ruptures de l'artère. On peut leur comparer un cas récemment publié par M. Morrant Baker (*Saint-Bartholomew's Hospital reports*, v. VII, p. 120), dans lequel l'ulcération d'une des larges branches de l'iliaque interne, causée par une affection de l'articulation sacro-iliaque, amena une collection liquide de la fesse simulant un abcès, s'étendant dans la région ischio-rectale et la partie supérieure de la cuisse et ne présentant pas

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 septembre.

de pulsations. La tumeur fut incisée. On essaya alors de trouver et de lier le vaisseau blessé, ce qui devait nécessairement ne pas réussir. On lia enfin l'iliaque primitive, mais cela ne parvint pas à arrêter complétement l'hémorrhagie et le malade mourut peu après.

Tous les cas de blessure de la fessière ne présentent pas ces difficultés de diagnostic. Ainsi, dans le cas du colonel Macpherson (nº 8 de la table de Fischer; il en est parlé par Guthrie et plusieurs autres auteurs) soigné par Murray, il n'y eut pas d'hésitation quant à la nature du mal; mais, le chirurgien temporisa trop longtemps, et son malade mourut, peu de temps après la ligature de la fessière, par suite d'hémorrhagies répétées.

J'ai déjà indiqué le soin avec lequel de semblables cas doivent être examinés, et j'ai dit que souvent il eût évité les erreurs commises. Après avoir diagnostiqué une lésion traumatique de l'artère sans formation de sac anévrysmal, il me semble qu'il n'y a qu'une marche à suivre, c'est de lier les deux bouts du vaisseau; et il est à remarquer que, dans tous les cas où le diagnostic a été correctement posé, c'est la marche qui a été naturellement suivie par le chirurgien et qu'elle a réussi quand elle a été adoptée à temps. Dans le cas rapporté par sir C. Bell, on n'employa aucun traitement utile et le malade mourut d'hémorrhagie. Dans l'opération de John Bell, on fit une énorme incision, le malade étant presque exsangue, mais le chirurgien, avec une louable persévérance, persista dans ses efforts pour trouver et lier les deux bouts de l'artère et, en définitive, le malade guérit complètement. Le malade de Jeffrey ne fut pas opéré.

D'un autre côté, dans le cas de Tripler (*American Journal of Medical science*, v. XXVII, 1854, p. 365), où on ne reconnut pas quelle était l'artère blessée, la ligature de la fessière à sa sortie du bassin (par la méthode d'Anel), n'arrêta pas l'hémorrhagie qui reparut une heure ou deux après. En réalité, l'observation ne renferme aucun détail qui montre que ce n'était pas l'ischiatique ou la honteuse interne qui était blessée. On lia alors l'iliaque interne, mais la mort survint sans que l'hémorrhagie eût reparu. Ce cas montre l'importance de lier, quand c'est possible, le vaisseau blessé lui-même.

Outre ces cas de plaies d'artères, on a classé comme anévrysmes traumatiques un grand nombre d'autres, dans lesquels il y avait un véritable sac anévrysmal; mais le plus petit nombre seulement était consécutif à des plaies profondes, le reste était causé par des accidents divers, et beaucoup d'entre eux se distinguent difficilement des anévrysmes réputés spontanés.

La nomenclature n'a cependant qu'une importance secondaire. Il est plus utile de savoir par les détails de l'accident : 1° s'il y a des motifs de croire que la tumeur doit son apparition à une blessure d'une artère saine dans un point déterminé, et 2° si ce point est à l'extérieur ou à l'intérieur du bassin.

Dans beaucoup d'anévrysmes purement traumatiques, dans lesquels une plaie par instrument piquant a été suivie de la formation d'un anévrysme avec ses symptômes ordinaires, il ne peut y avoir que peu d'hésitation, le siége de la blessure est, selon toute probabilité, à l'extérieur du bassin et le chirurgien a le choix entre l'opération de Hunter, la méthode d'Anel, l'ancienne opération d'Antyllus; il a en outre le choix entre la galvano-puncture, les injections de perchlorure de fer ou toute autre méthode de traitement local et la compression de l'aorte ou de l'iliaque primitive sous l'influence du chloroforme.

L'opération de Hunter, par la ligature de l'iliaque primitive ou de l'iliaque interne, n'a été faite que deux fois sans succès. Le premier malade était une femme soignée par Bigelow de New-York (*Americ. journ. of Med. science*, janv. 1849, p. 29). Il y avait un sac bien formé et tous les symptômes de l'anévrysme étaient bien marqués. La blessure de l'artère était extérieure au bassin et, à en juger par la description, on n'eût pas trouvé d'insurmontables difficultés pour l'atteindre après avoir ouvert la portion superficielle du sac. Ce dernier se composait de deux parties, l'une extérieure au bassin, l'autre située dans la substance du pyramidal à l'intérieur du bassin. Dans cette dernière portion, on percevait des pulsations par le rectum et par le vagin. Le second cas est celui de Pirogoff, cité plus haut, dans lequel, après avoir ouvert l'anévrysme, on lia l'iliaque primitive pour arrêter l'hémorrhagie. Le vaisseau blessé se trouva être une branche de la fessière.

Le succès de l'opération ancienne, dans les anévrysmes traumatiques de la fesse, a été très-grand. On connaît quatre cas de Schuh, de Carmichael, de Syme et de Toracchi. Les trois premiers réussirent, mais dans le cas de Toracchi, le sac semblait provenir du bassin; on ne put trouver l'orifice de l'artère et le malade mourut d'hémorrhagie. On lia l'iliaque interne comme dernière ressource; mais le malade mourut peu d'heures après. Quiconque lira les détails du cas de Syme, dans lequel il ouvrit le sac d'un anévrysme traumatique de la fesse, admirera le courage et la dextérité du chirurgien, mais ne sera pas surpris que cette opération ait été rarement entreprise, car ses dangers et ses difficultés sont évidemment énormes. Mais toutes ces opérations furent faites sans la compression de l'aorte, qui diminuerait beaucoup l'hémorrhagie et rendrait plus facile la recherche du vaisseau. Cette opération n'en est pas moins une ressource désespérée, nécessaire peut-être dans quelques circonstances, mais qu'on ne doit entreprendre que quand on a vainement essayé les autres moyens.

ÉTUDE SUR LE SPINA VENTOSA (1)

Par M. le docteur Ed. Goetz, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Le mot de « spina ventosa » ne doit plus être employé que pour désigner une seule affection : celle que nous avons décrite sur les os longs du pied et de la main chez les enfants scrofuleux. — La lésion anatomique du spina ventosa ainsi compris, est une ostéomyélite chronique : l'altération de la moelle est primitive (dégénérescence fongueuse du tissu médullaire), celle de l'os, secondaire (ostéite raréfiante); l'altération du périoste est consécutive aux deux premières (périostite chronique). — Le spina ventosa est une affection diaphysaire; il est très-rare que les épiphyses ou les surfaces articulaires soient le siége de lésions; en tous cas, elles n'y seraient jamais primitives. La cause pour ainsi dire unique du spina ventosa est la scrofule à tous les degrés. La tuberculose des enfants ou des parents viendrait ensuite. Les causes occasionnelles sont obscures. — Le spina ventosa présente dans sa marche deux périodes : 1° tuméfaction indolente, sans altération de la peau; 2° ulcération de la peau, avec issue des fongosités parties du centre du canal médullaire. — Le diagnostic du spina ventosa doit être fait, avec les engelures, les dactylites strumeuse et syphilitique, l'enchondrome des doigts, les exostoses, la carie et la tumeur blanche des articulations métacarpiennes et phalangiennes. — La guérison est la terminaison la plus fréquente du spina ventosa. On peut cependant observer la nécrose de l'os affecté, et l'extension des altérations aux parties voisines. — Le traitement médical devra être essayé dans tous les cas et continué pendant longtemps. L'ablation des doigts ne sera proposée qu'à la dernière extrémité, et après une tentative de conservation qui consistera dans la résection sous-périostée de l'os malade.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

RÉTENTION D'URINE ET PONCTION DE LA VESSIE (1).

Par le docteur Garrigue.

II

Obs. II. — Le 19 septembre 1876, je fus appelé dans la commune de Masclat auprès d'un nommé P..., âgé de neuf ans. Cet enfant se plaignait de vives douleurs dans le ventre sans pouvoir préciser le lieu véritable de la souffrance. Le ventre était douloureux, assez souple pourtant; — sur le côté droit, se trouvait une espèce de tuméfaction que le palper pouvait approximativement circonscrire, et, vu l'état particulier du malade qui accusait de grandes douleurs chaque fois qu'on le touchait, je crus d'abord avoir affaire à quelque abcès qui voulait se faire jour à travers les parois de l'abdomen, abcès occasionné par quelque typhlite ou pérityphlite; — je prescrivis donc des lavements huileux et des cataplasmes chauds sur le ventre.

Le 21 septembre, je revois ce jeune malade dans l'espoir de trouver un abcès parfaitement limité et ramolli; mon intention était d'ouvrir cette collection purulente, lorsque, à ma grande surprise, je ne trouvai plus rien; le ventre était souple, pas douloureux et l'enfant demandait à se lever.

En présence de la disparition si prompte de tous ces accidents, je me perdais en conjectures sur la nature probable de cette affection, lorsque une nouvelle série de phénomènes morbides se présenta à mon observation.

Quatre jours après, le 25 septembre, je fus mandé en toute hâte auprès de cet enfant; — il s'était levé, il avait même couru avec ses camarades; — mais, à ce moment, il se plaignait de vives douleurs dans le ventre.

Le ventre était en effet très-volumineux, douloureux et l'on pouvait comprendre facilement que nous étions en présence d'une rétention d'urine, la vessie ayant acquis une distension considérable; — l'enfant urinait par regorgement, bien que faisant de fréquents efforts pour n'amener que quelques gouttes d'urine.

N'ayant pas à ma disposition de sondes d'un calibre assez faible pour le canal de cet enfant, je remis au lendemain matin pour le sonder, mais, en attendant, je pris toutes les précautions usitées d'ordinaire pour provoquer la miction naturelle : cataplasmes, bains chauds prolongés, purgatifs et même un vomitif; — tous ces moyens restèrent impuissants.

Le 26 septembre, je revis le malade et je tentai alors le cathétérisme, d'abord avec un cathéter métallique pour enfant, puis avec des bougies et des sondes du plus petit calibre possible; — rien ne put passer.

J'arrivais bien au voisinage du col de la vessie, mais là, je me heurtais toujours contre un obstacle qui n'était pas un rétrécissement, mais que je ne pouvais cependant expliquer d'une façon satisfaisante.

Il y avait à peine un mois que je venais de pratiquer une ponction de la vessie au sieur C..., de Saint-Julien, pour une rétention d'urine à la suite d'abus alcooliques; — mais il me répugnait de voir chez cet enfant une affection déterminée par les mêmes causes; — cependant, le petit malade avoue que le 10 septembre, jour de la fête patronale de Masclat, il avait bu du vin et du café, même de l'eau-de-vie contre son habitude, que depuis il était gêné pour uriner, qu'il éprouvait souvent des douleurs dans le ventre en gardant ses moutons, mais qu'il n'avait jamais osé le raconter à ses parents.

Il y avait donc rétention d'urine, distension de la vessie, fièvre et insomnie; je remis au lendemain toute intervention active, espérant que chez ce jeune sujet, les émollients sur le ventre et les bains prolongés auraient enfin raison de cet accident de dysurie.

Le 27 septembre, de très-bonne heure, je revis ce jeune malade; son état était déplorable; pouls petit, fréquent, anorexie, insomnie et le facies caractéristique d'une affection de l'abdomen, enfin les yeux caves; tout en lui indiquait un état grave.

J'essayai de nouveau le cathétérisme, mais sans pouvoir pénétrer dans la vessie; ce cas était donc semblable à ma première observation; j'avais à combattre une rétention d'urine par distension trop grande de la vessie. Cette distension ayant entraîné la vessie en haut, le canal de l'urèthre dans sa portion membraneuse se trouvait tiré en haut et en arrière, et ne laissait point pénétrer une sonde entre ses parois étroitement adossées l'une à l'autre; pour la même raison les efforts de miction ne pouvaient pas vaincre la résistance présentée par cet état de choses, qui mettait à la sortie de l'urine un obstacle insurmontable.

Je me disposai donc à pratiquer la ponction de la vessie.

Plaçant le pouce de la main gauche sur la symphyse du pubis, et saisissant de la main droite un fort trocart explorateur, j'enfonçai cet instrument dans l'abdomen et dans une direction de bas en haut.

Ayant retiré le mandrin, il survint un jet d'urine à la satisfaction de tous les parents réunis, mais immédiatement la canule ne laissa plus passer un jet puissant, mais simplement quelques gouttes à la fois, alternant avec le rhythme de la respiration.

Croyant avoir affaire à quelque oblitération de ma canule, je fis passer une aiguille à tricoter dans toute la longueur de la canule, sans pouvoir obtenir un jet plus fort.

Comme on s'étonnait de ce phénomène, je ne pus donner à ces gens d'autre explication que celle-ci : lorsque vous percez une barrique pleine, vous n'obtenez pas un jet de liquide mais seulement quelques gouttes, jusqu'à ce que vous ayez pratiqué une autre ouverture (un donne deux, comme on dit). Or, leur disais-je, sans trop y croire moi-même, laissons les choses en place, et, peu à peu, l'air pénètrera par la canule et l'enfant pissera par son canal naturel.

Je fus donc obligé de laisser en place ma canule, plantée dans la vessie de cet enfant; sur le moment, je ne savais trop que penser de cette difficulté que rencontrait l'écoulement de l'urine par la canule largement ouverte et je m'étonnais de n'avoir point constaté cette difficulté chez mon premier malade.

Le lendemain, je revis l'enfant dans la journée; il était descendu de la chambre et se trouvait dans un lit de la cuisine; tout le monde avait un air content dans la maison; comme je m'informais de ce qui était arrivé, la mère me raconta que la journée du 27, après l'opération, avait été mauvaise parce que la canule ne donnait que quelques gouttes, mais que dans la nuit, l'enfant s'était mis à crier et à demander un vase pour uriner, qu'il avait uriné sans difficulté et à plusieurs reprises; qu'à partir de minuit il avait bien dormi jusqu'au matin à neuf heures.

Que voyant la facilité avec laquelle il urinait, le père avait retiré lui-même la canule, car elle gênait l'enfant.

L'enfant me déclara ne plus souffrir, mais avoir envie de manger; le ventre était souple, indolore au palper; pas la moindre fièvre; il pissa devant moi.

Je recommandai encore le repos au lit avec un régime léger, et depuis, la guérison de ce malade ne s'est point démentie un seul instant.

Voilà donc deux cas de rétention d'urine avec impossibilité de pratiquer le cathétérisme; deux fois, la ponction de la vessie a été faite sans le moindre accident et la guérison a été obtenue chaque fois comme le diagnostic rationnel l'avait fait pressentir.

Les deux observations qui précèdent nous ont fait assister à la cicatrisation spontanée d'une plaie de la vessie.

Si après des accouchements laborieux, nous voyons parfois des déchirements de la vessie et des fistules vésico-vaginales rester stationnaires, sans la moindre tendance vers une cicatrisation ou une oblitération totales de la partie déchirée, à tel point qu'il faut fatalement recourir à l'opération chirurgicale de ces fistules, c'est qu'il y a alors une différence de siége de la lésion.

Les déchirements de la vessie se font à la partie postérieure et inférieure, là où l'urine est en contact avec les parois lé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 septembre.

sées, tandis que, dans les cas de ponction, la perforation de la vessie se trouve à la partie antérieure et supérieure, en un point tel que la présence de l'urine ne vient pas contrarier la réparation de la muqueuse vésicale.

Des lésions d'une autre nature peuvent amener une perforation de la vessie, et cette perforation marchera aussi d'elle-même vers une prompte guérison; voyez le cas suivant :

Obs. III. — Le 16 juillet 1872, je fus mandé auprès d'une jeune malade, Marie C..., âgée de dix-sept ans, au village de Lachapelle, près Souillac.

Cette jeune femme, mariée avant seize ans, encore mal formée, fut prise, quelques jours après son mariage, d'un grand malaise, avec d'atroces douleurs de ventre qui l'obligèrent à se mettre au lit; depuis ce jour, son état, loin de s'améliorer, se compliquait d'accidents que je décrirai bientôt; au moment où je fus appelé, la maladie durait depuis sept mois.

Au début, vers le mois de décembre, un médecin de Souillac visita la malade et, croyant avoir à combattre une fièvre typhoïde, prescrivit la diète et des frictions mercurielles belladonées sur le bas-ventre, pour combattre la douleur et le gonflement de l'abdomen.

Au mois de février, deux nouveaux médecins virent cette jeune femme et alors l'idée d'une fièvre typhoïde fut rejetée d'un commun accord, à moins de prendre pour suites de fièvre typhoïde l'œdème et l'empâtement de la fosse iliaque gauche.

Il paraît cependant extraordinaire qu'une douleur de *la fosse iliaque gauche* avec œdème entre en ligne de compte dans le diagnostic d'une fièvre typhoïde, car si l'on accorde une valeur pathognomonique au gargouillement de la fosse iliaque dans la dothiénentérie, c'est *à droite* et non pas *à gauche* que ces accidents ont toujours lieu.

Toujours est-il que ce gonflement de la fosse iliaque sembla disparaître sous l'influence des frictions répétées, mais en même temps, se déclarait, sans doute, un phénomène nouveau et qui passa inaperçu aux yeux des praticiens qui m'avaient précédé auprès de cette malade :

Il y avait du pus dans les urines. C'est dans ces circonstances, que je fus appelé à donner mes soins à cette jeune malade; elle était pâle, les lèvres peu colorées, la peau d'un blanc jaunâtre avec amaigrissement considérable; les os du bassin dessinaient toutes leurs saillies; la cuisse gauche était fléchie sur l'abdomen et la jambe sur la cuisse; l'articulation coxo-fémorale était gonflée et douloureuse; la langue couverte de muguet; peu d'appétit, douleurs en urinant. Elle avait des sueurs nocturnes très-abondantes et une toux parfois pénible; cependant, je ne constatai pas dans la poitrine la présence de tubercules.

J'ai dit que les urines contenaient du pus; d'où provenait ce pus? Le toucher vaginal, fort pénible, ne nous apprenait rien.

Au moment de ma visite, la fosse iliaque gauche semblait être le siége d'une légère poussée inflammatoire nouvelle, on voyait une certaine rougeur diffuse et, sous les doigts, on sentait une induration irrégulière allant de la ligne blanche à la crête iliaque antérieure et supérieure.

Je fais appliquer de grands cataplasmes sur la fosse iliaque pour faciliter la formation du pus à l'intérieur, et obtenir un relâchement des parois abdominales.

Le 19 juillet, l'induration dont j'ai parlé semble prendre une teinte rouge, mais il n'y a pas trace de ràmollissement.

Le 23, le point rouge semble acquérir un peu de mollesse, mais les parois du ventre empêchent de se rendre un compte exact de ce qui se passe.

Le 29, le point devient un peu plus mou; la peau est rouge et luisante.

Un peu au-dessus de la symphise du pubis et près de la ligne blanche, je pratique, avec un bistouri ordinaire, une incision horizontale de 5 ou 6 centimètres.

Une certaine quantité de pus est aussitôt évacuée; j'introduis le doigt dans cette ouverture, puis une sonde en gomme, avec cette sonde je puis faire un lavage complet de l'intérieur de l'abcès abdominal.

Pendant que je poussais ces injections d'eau tiède alcoolisée, la malade éprouvait une incontinence d'urine immédiate; je fus surpris de voir mon injection presque tout entière passer par la vessie et venir avec les urines, à la place du pus qui ne se montra plus dans la suite.

Le 31 juillet, le pus sortait librement par l'ouverture nouvelle, et la malade urinait sans souffrance.

Le 2 août, je constate une diminution notable des douleurs de la fosse iliaque; la malade peut manger, s'asseoir dans un fauteuil une partie de la journée; l'ouverture est pansée avec une grosse mèche introduite dans l'intérieur, dans la cavité purulente.

Nous avions à combattre, en réalité, non pas une fièvre typhoïde, mais une ovarite ou un abcès du ligament large.

Ce phlegmon du ligament gauche s'était frayé une voie à travers la vessie, comme il aurait pu se vider par le rectum, de même encore qu'il avait, en dernier lieu, essayé de se frayer une voie à travers la paroi abdominale; la large incision faite à cette paroi avait abrégé, en quelque sorte, les étapes que ce phlegmon avait à parcourir dans un temps plus ou moins long; et cette ouverture nouvelle avait servi de voie de dérivation à la voie vésicale, laquelle devenant inutile se cicatrisa rapidement, et, en quelques jours, ne laissa plus rien passer.

Le 6 août et les jours suivants, l'empâtement de la fosse iliaque disparaît et la peau reprend sa couleur normale; le pus sort librement et ne se montre plus dans les urines.

Le 13 août, la malade éprouva de vives douleurs dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale, et par le palper on trouve une certaine fluctuation. Le pus a-t-il fusé le long des gaînes aponévrotiques et dans l'interstice cellulaire des muscles du bassin pour former un abcès par migration?

Je fis une large incision longitudinale de 10 centimètres, un peu en avant de l'articulation coxo-fémorale; le pus s'écoula, puis je fis passer une grosse mèche à travers l'incision.

Le 20 août, l'état est à peu près le même, mais la jambe et la cuisse ne peuvent s'allonger.

Je chloroformise la malade, puis je fais l'extension forcée du membre; je produisis plusieurs craquements dans les articulations du genou et de la cuisse, puis je fus obligé de fixer dans une gouttière en bois tout le membre abdominal à cause de la rétraction musculaire.

Le 27, le pus est plus abondant depuis l'extension de la jambe; les plaies bourgeonnent et tendent à se fermer. Le muguet est toujours abondant.

Vin de quinquina, régime tonique et viande rôtie.

Le 9 septembre, la malade est soumise à l'huile de foie de morue.

Le 13 septembre, en poussant une injection dans la cuisse, le liquide sortit par le premier orifice abdominal, preuve qu'il venait de s'établir une communication évidente entre les deux ouvertures.

Le 17, même état, les injections vont toujours d'un orifice à l'autre, mais la malade a bon appétit.

Le 18 octobre, j'agrandis l'ouverture de la cuisse qui donnait toujours du pus en abondance.

Le 21 octobre, la malade a éprouvé quelques frissons et de la fièvre; formation d'un nouvel abcès de la cuisse au tiers moyen du biceps fémoral; je fis l'ouverture de cet abcès et le pus coula, mais en poussant une injection dans ce nouvel orifice, le liquide passait dans le trou de la cuisse et en fermant ce dernier, il allait aussi sortir par l'orifice abdominal; il s'établissait donc ainsi un lavage complet.

A partir de ce jour, les accidents fébriles tombent rapidement, et le 30 octobre, on transporte la malade, sur une voiture, dans une propriété de son mari, éloignée de six kilomètres.

Tout le mois de novembre se passe bien et sans accident; on nettoie toujours les plaies dont l'écoulement est minime; la malade mange et se promène seule avec des béquilles à cause d'une certaine rétraction des muscles de la jambe. Elle prend de l'embon-

point et le muguet a presque entièrement disparu ; tout porte à croire que nous marchons vers une guérison prochaine.

Cependant, l'hiver nous apporte son contingent de bronchites ; quelque temps après, les sueurs nocturnes reparaissent. Malgré cela, les lésions primitives, les ouvertures, ne donnent qu'un liquide peu abondant.

Au mois d'avril 1873, cette jeune femme mourut d'une phthisie pulmonaire, consécutive aux longues péripéties de sa suppuration.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

206. Clérault. La Bourboule, ses eaux minérales, leurs applications thérapeutiques.
207. Chappuis. Du traitement chirurgical des tumeurs fluctuantes du rein.
208. Ocounkoff. Du rôle physiologique de l'éther sulfurique, de son emploi en injections sous-cutanées.
209. P. Chauvet. Des corps étrangers du canal de Wharton venant de l'extérieur.
210. Parinaud. Étude sur la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance.
211. Achard. Des ruptures isolées de la choroïde.
212. Darde. Des atrophies consécutives à quelques affections articulaires.
213. Lebard. De la pseudo-paralysie ou torpeur musculaire douloureuse des jeunes enfants.
214. Godard. Du bégaiement et de son traitement physiologique.
215. Pongis. Étude sur l'urémie à forme lente.
216. Pelet. Recherches sur le travail musculaire du cœur.
217. Hugonnet. Traitement du sarcocèle tuberculeux par le drainage.
218. Corson. De la bourse séreuse prétbyroïdienne de son hygroma.
219. Ribes. De la diarrhée dans la phthisie (étiologie, pathogénie, traitement).
220. Labbé. Étude sur le scorbut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Demons, chirurgien du petit collége de Talence, est nommé chirurgien adjoint du lycée de Bordeaux (emploi nouveau).

— M. docteur Armingaud est nommé chirurgien du collége de Talence (lycée de Bordeaux), en remplacement de M. le docteur Demons, appelé à d'autres fonctions.

— Le docteur Martin-Damourette commencera ses cours de chimie et de thérapeutique pour la préparation aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine et au premier examen de fin d'année, le jeudi 20 septembre, à une heure, rue de Seine, 70.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue, par le docteur Hennequin, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 fort. vol. in-8° avec 11 figures dans le texte. Prix : 13 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

De l'ophthalmie sympathique et spécialement de son traitement par l'énucléation. Résultats immédiats et éloignés de 90 cas observés et traités par cette méthode dans les hôpitaux de Lyon, par J.-C. Vigneaux. — Paris, 1877, in-8° de 203 pages. Prix : 4 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 108. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 18 SEPTEMBRE 1877. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Arthrite blennorrhagique.

Parmi les malades intéressants qui sont en ce moment dans le service, je vous signalerai, tout particulièrement, au n° 41, de la salle Sainte-Vierge, un jeune homme de dix-huit ans, qui est entré ici avec des douleurs extrêmement vives dans le genou droit. Ces douleurs du genou droit, sont arrivées, depuis cinq jours seulement, chez un sujet qui, jusque-là, n'avait jamais souffert de cette articulation, non plus que dans les autres, et qui, par conséquent, ne paraît pas être rhumatisant. Elles sont survenues tout d'un coup, et tout d'un coup elles ont acquis une grande intensité et se sont accompagnées de gonflement avec épanchement considérable, de perte complète de l'appétit, du sommeil, et, contraste frappant, avec un cortége de symptômes si considérables, d'un très-léger mouvement fébrile.

J'appelle votre attention sur ce début brusque et sur cette succession rapide de phénomènes aigus du côté de l'articulation. En effet, cet appareil symptomatique ne se rencontre que dans deux affections : dans l'arthrite rhumatismale ordinaire ou bien dans l'arthrite blennorrhagique.

Nous n'avons pas affaire à la première, et voici pourquoi : c'est que dans l'arthrite rhumatismale ordinaire, il est très-rare que la douleur soit aussi vive, que le gonflement soit aussi considérable, et surtout que cette douleur et ce gonflement persistent cinq jours de suite dans une seule grande articulation, sans que d'autres jointures se prennent à leur tour. Cela ne veut pas dire que demain ou plus tard d'autres phénomènes douloureux ne pourront pas apparaître dans d'autres articulations, mais alors même que les choses se passeraient de la sorte, je n'en aurais pas moins le droit de dire, d'après ce que nous observons depuis cinq jours, que les phénomènes qui ont lieu du côté du genou droit ne sont pas ceux du rhumatisme articulaire aigu.

Au contraire, cette localisation de phénomènes inflammatoires, extrêmement intenses dans une seule jointure, est un des caractères de l''arthrite blennorrhagique, Aussi, avons-nous immédiatement porté notre attention du côté de la verge où nous avons reconnu l'existence non douteuse d'une inflammation du canal de l'urèthre. Toutefois, ce que ce malade présente d'un peu irrégulier, c'est que sa blennorrhagie date de huit jours seulement. Ordinairement, en effet, l'arthrite blennorrhagique apparaît du quinzième au vingtième jour après le début de la maladie qui lui a donné naissance.

Par conséquent, nous avons diagnostiqué une arthrite blennorrhagique pour deux raisons : d'abord à cause de l'intensité des phénomènes inflammatoires, localisés dans une seule grande articulation, puis en raison de la coïncidence de l'affection du genou avec une blennorrhagie récente.

Les auteurs modernes ont beaucoup discuté la question de savoir s'il existe une arthrite blennorrhagique, à proprement parler, c'est-à-dire une maladie articulaire ayant une liaison particulière avec la blennorrhagie, ou bien s'il ne s'agit pas simplement, dans ces conditions, d'une attaque de rhumatisme articulaire coïncidant avec la lésion du canal de l'urèthre. Lorain a même été plus loin, et il a dit qu'il y avait une variété de rhumatisme coïncidant avec une maladie des organes génito-urinaires, et il a appelé cette variété morbide rhumatisme uro-génital.

Quand on cherche à bien apprécier les faits dont on est témoin, on voit que ces deux doctrines sont également fondées.

Il est incontestable que l'on voit survenir chez des individus atteints de blennorrhagie des rhumatismes articulaires aigus, sans qu'on sache si la blennorrhagie a exercé sur eux la moindre influence, et qui se comportent comme le rhumatisme articulaire aigu ordinaire. C'est une maladie qui se traite comme le rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui, comme lui, peut se porter sur le cœur et ses enveloppes, et qui, enfin, peut se terminer par la résolution parfaite, c'est-à-dire par le retour à l'état anatomique et physiologique normal des parties qu'elle a affectées.

Mais il est des raisons capitales pour admettre qu'il existe également une arthrite particulièrement liée à la blennorrhagie et due à une intoxication spéciale, partie de l'urèthre et dont les effets se portent sur l'articulation. C'est là, il est vrai, une théorie à laquelle je ne tiens pas beaucoup parce qu'elle n'est pas démontrée, mais, ce à quoi je tiens, c'est à l'existence d'une variété d'arthrite propre aux blennorrhagiques et qui diffère essentiellement des autres rhumatismes articulaires. C'est une maladie caractérisée par un début brusque, par l'apparition rapide de grands phénomènes inflammatoires, par un gonflement et une chaleur intenses, une douleur extrêmement vives, se localisant dans une seule articulation ou bien, si plusieurs jointures se prennent, tous

ces phénomèmes, ayant une intensité bien plus considérable dans une articulation, le genou, en général, que dans les autres. Enfin, ces phénomènes inflammatoires présentent ceci de particulier que, en général, ils ne se compliquent pas de lésions du côté du cœur et de ses enveloppes.

Maintenant il y a encore un autre caractère particulier, c'est que ces arthrites spéciales sont de bien plus longue durée que celles qui sont liées au rhumatisme articulaire aigu. Tandis qu'en effet celles-ci durent de quinze à vingt jours seulement, les arthrites blennorrhagiques persistent pendant quatre-vingt-dix, cent, cent vingt jours. Les premières se terminent par résolution, sans laisser de traces dans les articulations; les secondes se terminent très-fréquemment par des ankyloses; congestives au début, elles deviennent plastiques et donnent lieu à des exsudats néo-membraneux, lesquels s'organisent dans l'intérieur de l'articulation, dans l'épaisseur de la synoviale et s'accompagnent de la destruction des cartilages diarthrodiaux.

Autre caractère propre à l'arthrite blennorrhagique, surtout quand elle siége au genou, c'est que très-souvent elle s'accompagne de flexion de l'articulation, et si l'on n'y remédie par un traitement approprié, elle donne lieu à des attitudes vicieuses du membre. Si, chez notre sujet, nous n'observons pas ce dernier phénomène, cela tient probablement à ce que la maladie est récente.

Cette attitude vicieuse, due à la contraction des fibres musculaires, joue un rôle important dans cette maladie, et, comme l'arthrite blennorrhagique s'accompagne d'une grande tendance à se terminer par l'ankylose, il importe, au plus haut degré, de substituer une bonne à une mauvaise position et pratiquer le redressement du genou.

Eh bien, tous ces caractères, à part la contracture, nous les trouvons chez notre malade, à un degré très-prononcé. La douleur, chez lui, est surtout extrêmement vive, et elle est telle qu'elle a pu résister jusqu'ici aux divers moyens d'action que nous avons employés contre elle. Il faut savoir, qu'en effet, elle résiste souvent aux narcotiques, et que, dans tous les cas, elle revient très-vite lorsque ceux-ci ont épuisé leur action. Aussi, en présence de tels phénomènes, suis-je porté à croire qu'il y a quelque chose de particulier dans l'étiologie et dans la pathogénie de l'arthrite blennorrhagique. Ce quelque chose, je l'ignore, mais il est probable qu'il résulte du passage dans le sang de quelque poison septique qui se forme dans l'urèthre, dans les cas de blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, il importe de savoir à quelle maladie on a affaire pour traiter les individus qui sont atteints d'arthrite rhumatismale blennorrhagique. Pour cela, il faut se rappeler, d'abord, que cette affection, lorsqu'elle se développe à la hanche, peut avoir pour conséquence fâcheuse de déterminer la luxation spontanée des surfaces articulaires par le fait de l'épanchement énorme dont elle s'accompagne, et qu'il est malheureusement impossible de constater. Néanmoins, les recherches de J.-L. Petit, de Bonnet (de Lyon) de M. Parise, nous ont suffisamment édifiés sur la possibilité fréquente de cet accident, pour que notre attention soit éveillée de ce côté.

Ce qu'il importe également de savoir, c'est que la douleur peut amener la contraction des muscles qui donnera au membre une position vicieuse dans laquelle, si l'on n'y prend garde, il restera fixé, par suite de la tendance qu'a la variété d'arthrite que nous étudions en ce moment, à se terminer par l'ankylose; qu'enfin, celle-ci peut être complète ou incomplète, supprimer les mouvements ou seulement les diminuer.

Que faire maintenant chez ce malade pour combattre la douleur et empêcher la terminaison par ankylose? Contre celle-ci, le premier moyen à employer, c'est le repos dans une bonne position. Pour cela, nous avons immobilisé le membre dans une gouttière, de manière à empêcher la flexion; et c'est peut-être parce que nous avons mis la jambe dans l'extension forcée que ce jeune homme accuse des douleurs aussi vives. Il est certain, en effet, que la flexion du genou calme les douleurs et que c'est pour se soulager que les malades prennent instinctivement cette position vicieuse. En outre, j'ai volontiers pour habitude, dans ces cas, de pratiquer des émissions sanguines et j'aurais certainement appliqué ici quelques sangsues sur le genou malade, si nous n'avions, en ce moment, dans la salle, plusieurs cas d'érysipèle dont je craindrais la propagation. Aussi ai-je préféré appliquer des ventouses scarifiées, après lesquelles on voit moins souvent venir cette complication.

Enfin, nous combattrons la douleur au moyen des narcotiques et particulièrement des injections de morphine. Si les souffrances ne cèdent pas devant ces agents, si elles se lient à un gonflement énorme de l'articulation, qui m'autorise à attribuer l'intensité des douleurs à la distension exagérée de la synoviale par l'épanchement, peut-être arriverai-je à pratiquer la ponction ainsi qu'elle a été conseillée par quelques chirurgiens. C'est un moyen dont je ne me suis pas encore servi et auquel on est généralement peu porté à recourir, parce que c'est ajouter à l'articulation, déjà malade, une lésion traumatique qui peut, dans certains cas, favoriser le passage de la synovite simplement congestive à l'état purulent. Cependant, comme on sait que la variété d'arthrite à laquelle nous avons affaire actuellement a extrêmement peu de tendance à se terminer par résolution, peut-être me laisserai-je facilement entraîner à pratiquer la ponction, en ayant soin, toutefois, l'opération faite, de fermer exactement l'ouverture par laquelle nous aurons introduit le trocart et d'exercer une légère compression sur l'articulation, au moyen d'une couche de coton et d'un bandage approprié.

Mais ce n'est pas tout, et j'ai également fait prendre à ce malade du copahu, du cubèbe, de l'alun, comme on en donne aux sujets atteints de blennorrhagie, dans la pensée qu'en modifiant la nature de l'écoulement uréthral nous modifierions du même coup l'inflammation articulaire partie de l'urèthre. Mais, je l'avoue, cette manière de voir est purement théorique, et je n'ai par devers moi aucun fait qui me démontre, d'une manière positive, l'utilité de ce moyen.

EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS COMESTIBLES

Par M. le docteur Bazin
Médecin de la compagnie du chemin de fer du Nord.

Le 19 août 1877, à huit heures du soir, je suis appelé en toute hâte auprès du cantonnier qui occupe le poste situé entre Deuil et Groslay; cet homme, me dit-on, est devenu en un instant tout noir et se tord sur son lit en proie à d'affreuses coliques.

Je me transporte immédiatement auprès de lui, et je le trouve dans l'état suivant : couché dans le décubitus dorsal, le corps presque en arc de cercle, avec de violentes coliques, le pouls petit, irrégulier, les pupilles contractées, anxieux, comme terrifié; jusque-là, du reste, le malade n'avait eu aucune évacuation, ni par le haut, ni par le bas. Je prescris un éméto-cathartique en lavage, en recommandant de faire boire au patient soit de l'eau tiède, soit du thé léger, suivant la nature des effets produits.

Je rassure la famille et lui promets que, dans quelques heures, les accidents seront enrayés et que le malade pourra reprendre son service après quarante-huit heures.

Le lendemain, en effet, l'amélioration est complète, il ne reste qu'une courbature intense, due à la violence des symptômes et aussi sans doute à la fatigue amenée par les évacuations, qui ont été abondantes et se sont prolongées jusqu'à trois heures du matin.

La femme du cantonnier m'a raconté comment les accidents s'étaient produits, en voici la relation succincte.

Le dimanche matin, vers sept heures, deux ouvriers de la ligne, leurs parents, sont venus leur demander à déjeuner. Elle leur donne un plat de champignons qu'elle avait recueillis elle-même dans un terrain voisin; un quart d'heure à peine après le repas, ils commencèrent à ressentir des malaises inexplicables qui, bientôt, furent suivis de vomissements abondants; chez eux, tout se borna là, l'absorption n'avait pas eu le temps de se faire, le vomissement spontané suffit pour les débarrasser.

La femme, qui elle-même avait participé au repas, n'eut que quelques malaises qui se dissipèrent dans l'après-midi ; elle avait mangé fort peu.

Le mari, au contraire, soit qu'il eût pris une quantité plus grande de champignons, soit qu'il fût dans une disposition plus favorable à l'absorption du poison, eut des accidents plus graves, qui ont suivi la marche indiquée plus haut.

Désirant me rendre un compte exact de la cause des accidents, je demandai à voir les champignons ; la femme me conduisit alors à l'endroit où elle les avait trouvés ; j'en examinai quelques-uns, et il me fut facile de reconnaître qu'ils appartenaient à l'*agaricus arvensis*, excellente espèce comestible, mais qui présente cette particularité remarquable qu'il faut le prendre avant sa sortie de terre, c'est-à-dire très-jeune ; en effet, elle devient très-vite vénéneuse, et si on mange ce champignon lorsqu'il est déjà hors de terre, on s'expose à avoir un empoisonnement qui se rapproche de l'intoxication par les poisons narcotico-âcres.

Ces champignons croissent habituellement sur les terres mouvantes et incultes telles qu'il en existe dans les environs du trajet des voies ferrées, ils deviennent trop souvent alors un objet de convoitise pour les employés qui bordent la ligne, et ils s'exposent ainsi à des accidents graves. Il serait donc utile de leur recommander de ne jamais manger de ces champignons, avant de les avoir fait examiner par le médecin ou le pharmacien de la localité.

Je pense donc rendre service en signalant cette particularité de ce champignon qui, bien que bon à manger, a besoin cependant d'être recueilli dans certaines conditions déterminées, sous peine de voir survenir des accidents d'empoisonnement qui peuvent être fort graves.

Heureusement, il est vrai, l'indigestibilité de ce champignon est telle, dans ce dernier cas, qu'il provoque le plus ordinairement des évacuations qui sauvent le malade ; c'est ce qui s'est passé pour les deux invités du cantonnier, mais comme on l'a vu, il n'en a pas été de même pour lui, et en supposant un degré de plus aux accidents, ou l'impossibilité de recevoir à temps les secours nécessaires, le cas eût pu devenir mortel.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DU HAVRE.

La sixième session de l'association française pour l'avancement des sciences, s'est tenue, cette année, au Havre. Elle a été ouverte, le 23 août, par un très-remarquable discours de M. Broca, sur l'*étude des races fossiles de notre pays*.

« Depuis les temps quaternaires dont je viens de vous entretenir, dit en terminant M. Broca, bien des siècles se sont écoulés, bien des peuples, bien des races sont venus, avant et pendant la période historique, se heurter et se superposer sur notre sol, et ce n'est pas la moindre tâche de l'anthropologie de démêler, parmi les caractères physiques, intellectuels et moraux des populations actuelles, l'influence respective de tant d'éléments divers. Les peuples, comme les familles, aiment à dresser la liste de leurs aïeux, à vieillir leur généalogie, à considérer l'antiquité de leur origine comme un titre de noblesse. Notre nation complexe, qui a dû son nom moderne à un peuple germanique, sa civilisation aux Latins, sa première gloire aux Gaulois, peut maintenant ajouter à son passé une incalculable suite de siècles. Si elle ne rougit pas de la barbarie des Celtes, pourquoi rougirait-elle de compter parmi ses ancêtres ces Triptolèmes néolithiques qui surent féconder le sol par l'agriculture, ces rudes chasseurs quaternaires qui surent le conquérir sur des animaux plus terribles et plus réels que les monstres combattus par Hercule, — et surtout ces intelligents Troglodites de la Vézère, qui, les premiers dans le monde, bien longtemps avant les Assyriens et les Égyptiens, surent allumer le flambeau des arts? Barbares, ils l'étaient sans doute, mais ne le sommes-nous pas encore un peu, nous qui ne savons régler nos différends que sur les champs de bataille? Ils ne connaissaient ni l'électricité, ni la vapeur; ils n'avaient ni les métaux, ni la poudre; mais chétifs, avec des armes de pierre, ils soutinrent contre la nature une lutte qui ne fut pas sans grandeur, et les progrès qu'ils réalisèrent lentement au prix de tant d'efforts préparèrent le terrain sur lequel devait grandir la civilisation. »

Après le discours de M. Broca, M. Masurier, maire du Havre, a souhaité la bienvenue aux membres du congrès. M. Dehérain, professeur à l'école de Grignon, secrétaire général, a tracé l'histoire de l'association pendant et depuis la dernière session, et M. Georges Masson, en sa qualité de trésorier, a fait connaître les résultats de l'exercice financier pendant 1876. On a ensuite procédé à l'élection des bureaux des diverses sections. Le bureau de la section des sciences médicales est ainsi composé : président, M. Courty; vice-présidents : MM. Parrot, Gallard, Lecadre, Gibert; secrétaires : MM. François Franck, Reclus, Lafaurie, Brière.

Voici, en résumé, les diverses communications qui ont été faites dans la section des sciences médicales.

Séance du 24 août (matin).

Nystagmus des mineurs. — M. DRANSART a eu l'occasion d'observer douze cas de nystagmus chez les mineurs d'Anzin. Il fait connaître les résultats de ses recherches sur cette affection qui a été jusqu'ici incomplétement étudiée.

On désigne sous ce nom, comme on sait, une oscillation du globe oculaire, oscillation s'exécutant tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens transversal, quelquefois dans les deux sens; dans ce dernier cas, le globe oculaire décrit les mouvements de circumduction, si l'une des deux oscillations combinées est prédominante ou un vrai mouvement de rotation alternative de droite à gauche et de gauche à droite, si les deux oscillations verticale et transversale s'associent avec une égale intensité. Le nystagmus s'accuse surtout lorsque le regard est dirigé au-dessus d'un plan horizontal passant par les deux cornées; il s'atténue, au contraire, quand le regard s'abaisse au-dessous du même plan. C'est ainsi que les mineurs présentent un nystagmus qui va croissant pendant toute la durée de leur travail, et qui cesse ou s'atténue quand ils amènent leurs regards vers le sol. D'après toutes ses observations, M. Dransart conclut que le nystagmus est une myopathie portant sur les muscles élévateurs petit oblique et droit supérieur et sur le muscle droit interne. Cette myopathie s'accompagne de troubles de l'accommodation qui augmentent encore le nystagmus.

Aérophore pulmonaire. — M. GAYRAL rappelle le spirophore de M. Woillez et les critiques dont il a été l'objet de la part de M. Depaul. Il présente une sonde laryngée, à trois courbures disposées de façon à assurer l'introduction de son extrémité dans le larynx, pouvant s'allonger ou se raccourcir suivant l'âge du sujet. Cette sonde, une fois introduite, on y adapte une poire en caoutchouc portant un orifice qui lui permet de se remplir d'air et qu'on ferme avec le pouce, pendant qu'on insuffle cet air dans la trachée.

M. FRANCK fait observer que le principe du spirophore de M. Woillez est beaucoup plus physiologique que celui de l'insufflation trachéale proposée par M. Gayral et se rapproche beaucoup plus des conditions normales de l'aspiration thoracique.

M. GAYRAL répond que M. Depaul a démontré que l'air ne pénètre pas dans le poumon avec le spirophore.

Des végétations de la muqueuse utérine. — M. GALLARD a observé, avec M. Richet, un cas de végétations de la muqueuse utérine chez une femme de soixante-quatre ans. Cette femme avait d'abondantes métrorrhagies. Au toucher, le col était seulement entr'ouvert; le cathétérisme utérin indiquait 12 centimètres pour le diamètre vertical du corps de l'utérus. M. Gallard avait porté le diagnostic de végétations, cause des métrorrhagies. Des injections intra-utérines de perchlorure de fer, des applications de pâte de Canquoin étaient restées sans résultat.

La malade étant restée six mois sans se faire soigner, M. Gallard constata au bout de ce temps, à l'orifice du col, une petite saillie dont M. Richet examina des fragments au microscope; le diagnostic végétations internes fut confirmé. On décida de pratiquer l'ablation de ces végétations par le procédé de Récamier. Cette opération fut pratiquée par M. Richet, qui retira une pleine soucoupe de fragments blanchâtres de tissu de végétations. L'examen histologique montre un grand nombre de cavités à épithélium cylindrique, résultat évident d'une hypertrophie glandulaire. On voyait, sur les préparations, la coupe des vaisseaux volumineux à parois amincies, ce qui expliquait les hémorrhagies. Il s'agissait donc surtout d'une hypertrophie de la muqueuse, portant principalement sur les deux éléments vasculaire et glandulaire. M. Gallard montre des préparations et un dessin de ces végétations. Cette malade, après de nouvelles cautérisations avec la pâte de Canquoin, a été complétement guérie.

M. HOUZÉ DE L'AULNOIT craint, dans les injections intra-utérines, le danger de la pénétration des liquides par les trompes dans la cavité péritonéale.

M. GALLARD affirme que quand l'orifice du col n'est pas complètement oblitéré par la sonde, et qu'on ne peut ainsi maintenir une pression suffisante dans la cavité utérine pour faire pénétrer les liquides à travers les orifices des trompes, le liquide injecté dans la cavité utérine ne peut pas passer dans la cavité péritonéale.

Méthode d'observation médicale uniforme. — M. SEGUIN (de Boston) appelle l'attention du Congrès sur cette importante question d'uniformité en médecine. L'uniformité du codex pharmaceutique est une nécessité tellement pressante qu'il n'y a pas lieu de la faire sentir. M. Seguin pense que la France à qui l'on doit l'uniformité mathématique, dont le système métrique est la base, peut prendre une part active dans ce mouvement. Mais, suivant lui, l'uniformité du codex ne suffit pas, il faut aussi l'uniformité d'observation.

M. GALLARD fait observer à ce sujet que la France se rangera d'autant plus volontiers derrière la libre Amérique, qu'elle ne sera pas suspectée, de la sorte, de rechercher un nouveau triomphe pour le système métrique.

Luxations congénitales du fémur. — M. RECLUS communique cinq observations de luxations paralytiques dites congénitales du fémur. Ces observations ont été prises dans le service de M. Verneuil. Le travail de M. Reclus peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Du groupe des luxations dites *congénitales* il faudrait désormais distraire les luxations *paralytiques*.

2° Ces luxations succèdent aux amyothrophies, et pourraient, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges, bien qu'elles n'aient été guère observées que dans la jeunesse.

3° Pour que ces luxations se produisent, deux conditions sont nécessaires : d'une part, la paralysie d'un groupe musculaire antagoniste. Lorsque tous les muscles moteurs de l'articulation sont paralysés, il y a bien une très-grande laxité de l'articulation, mais pas de luxation.

4° A la hanche, les luxations iliaques sont les plus fréquentes et sont dues à la paralysie des fessiers et des pelvitrochantériens, et à la persistance fonctionnelle des adducteurs.

M. DALLY fait observer que, dans ces cas, la marche doit être défendue et la position horizontale rigoureusement prescrite.

M. VERNEUIL distingue deux périodes, une première dans laquelle la tête du fémur étant encore à sa place, il faut entretenir la contractilité musculaire affaiblie par l'exercice modéré de la marche et par l'électricité, puis une seconde période dans laquelle, la tête ayant commencé à se luxer, la marche devient nuisible. Dans la première période, il faut faire porter aux malades un caleçon élastique qui empêche la flexion exagérée de la cuisse. Cette flexion, en effet, et la rotation en dedans sont les mouvements qui favorisent le plus la luxation.

Traitement des névralgies par l'émétique. — M. MAZUREL (de Lille) communique quelques observations tendant à prouver les bons effets qu'on peut retirer de l'emploi de l'émétique dans le traitement des névropathies.

Séance du 24 août (soir).

Conservation des viandes. — M. DE LA BRANCHÈRE présente des morceaux de bœuf apportés d'Amérique en France sur le *Frigorifique* et qui ont cent dix-sept jours de date. Cette viande provient de jeunes bœufs et correspond, au dire des bouchers de Rouen, à une bonne seconde. Le principe appliqué pour leur conservation a été le froid sec constant de 0 à 1 degré. Après quelques jours, sous l'influence de cette température constante, cette viande devient imputrescible ; elle possède, en effet, une belle apparence et n'a pas la moindre odeur. On en vend actuellement à Paris 2,000 kilogrammes par jour; le prix de revient est seulement d'un tiers meilleur marché que la viande française; mais plus tard, la compagnie espère en vendre 10,000 kilogrammes par jour, à raison de 50 centimes.

Anévrysme fémoral traité par l'électrolyse.— M. LECADRE (neveu) communique une observation d'anévrysme fémoral traité par l'électrolyse. Il s'agit d'un nommé C..., tailleur, âgé de trente-neuf ans, qui, en 1871, voulant monter à bord d'un navire en partance, posa la jambe droite sur l'échelle de corde, mais, pendant qu'il avait encore le pied gauche sur le quai, le navire poussé par le vent se déplaça. A ce moment, C... s'accrocha par la main droite à l'échelle, pendant que ses membres inférieurs subissaient un écart exagéré. Aussitôt, il eut la sensation d'un craquement dans la cuisse droite, à deux centimètres au-dessous de l'arcade crurale sur le trajet des vaisseaux.— Six mois plus tard, C... remarqua, au niveau de ce point, une tumeur du volume d'une noisette, indolente, même pendant la marche, et qui, jusqu'au 4 février 1875, date de l'entrée de C... à l'hôpital, grossit régulièrement, devint douloureuse et parut animée de battements réguliers.

L'examen de la tumeur donna les résultats suivants :

Au pli inguinal droit, au-dessous de l'arcade de Fallope, tumeur ovoïde de la grosseur du poing, placée transversalement sur le trajet des vaisseaux. Peau normale, quant à la couleur et à la chaleur. Le soulèvement de la tumeur est manifeste à la vue, la main perçoit un mouvement d'expansion sur tous les points de sa surface, isochrone au pouls radial. Au sthétoscope, un souffle simple, rude, correspondant à la diastole artérielle. Les battements de l'artère tibiale postérieure, très-appréciables à gauche derrière la malléole interne, sont imperceptibles du côté droit.

15 février. 1re séance d'électrolyse avec 20 couples de la pile Trouvé, au sulfate de cuivre. Trois aiguilles de platine sont enfoncées dans l'anévrysme, distancées chacune d'au moins 3 centimètres. Désignons ces aiguilles par les lettres A, B, C. L'électrode positive est d'abord appliquée sur l'aiguille A, qui recueille les acides et l'électrode négative sur B, qui recueille les alcalis pendant trois minutes. Puis l'électrode positive est fixée sur B et la négative sur C. Les acides se rendent en B, où ils saturent les alcalis qui y sont déjà ; en C s'amassent les alcalis. Enfin, l'électrode positive passe de B en C, et la négative retourne sur l'aiguille A. Chaque application dure trois minutes.

Quand on retire les aiguilles, il sort un petit jet de sang rouge vif qu'on arrête facilement par le collodion.

Le lendemain, petits noyaux d'induration au niveau de chaque piqûre. Mêmes battements, même bruit de souffle, mêmes douleurs dans la cuisse.

20 février. 2e séance d'électrolyse identique à la première pour le manuel opératoire et pour ses résultats.

28 février. 3e séance d'électrolyse avec 20 couples Trouvé et 8 couples Marié-Davy. Une seule aiguille est enfoncée dans la tumeur et représente le pôle positif. Le pôle négatif est une plaque métallique doublée d'agaric, mouillée d'eau salée, appliquée sur la cuisse au-dessous de l'anévrysme; la séance dure environ cinq minutes.

1er mars. La tumeur grossit toujours, sans changer de consistance.

7 mars. 4e séance avec 20 couples Trouvé, même disposition que le 28 février. Les premières minutes d'application du courant sont peu douloureuses, mais, au bout d'un quart d'heure, les souffrances sont intolérables, surtout dans les adducteurs de la cuisse. La piqûre de l'aiguille est entourée d'une zone d'un noir grisâtre de deux millimètres de diamètre, le sang jaillit par l'ouverture; on s'en rend maître difficilement, au bout d'un quart d'heure, par le collodion.

11 mars. La tumeur offre le volume d'un fœtus à terme; elle refoule en haut l'arcade fémorale qu'elle déborde; elle présente toujours des battements et un bruit de souffle un peu moins rude; mais l'état du malade s'aggrave et je me décide à pratiquer le lendemain la ligature de l'artère iliaque externe.

12 mars. Opération. Ligature de l'iliaque externe. Depuis cette époque jusqu'au 7 avril, jour où tombe le fil étreignant l'iliaque externe, le malade n'a pas éprouvé d'accidents sérieux; les battements ont cessé dans l'anévrysme, le membre inférieur entouré d'ouate a conservé sa sensibilité et une température satisfaisante; tout fait espérer une heureuse terminaison. Mais, pendant le courant du mois d'avril, le malade affaibli par le séjour au lit, par une petite toux suspecte et par la diarrhée, ne s'alimente plus, ne peut plus subvenir aux frais de la suppuration abondante qui s'est établie dans la fosse iliaque et dans le sac; il décline de jour en jour et meurt le 25 avril, quarante-quatre jours après l'opération.

L'autopsie et l'injection poussée par l'aorte abdominale démontrent que l'obturation de l'iliaque externe était complète. Rien n'a pénétré dans le membre inférieur droit.

En résumé, quoique, dans ce cas particulier, la méthode électrolytique n'ait pas donné de résultats heureux, elle n'a amené cependant aucune complication fâcheuse et M. Lecadre pense qu'avant d'en venir au moyen suprême, en présence d'un grand anévrysme, on fera toujours bien de tenter l'électrolyse, en suivant avec prudence les préceptes posés par les chirurgiens de Crémone et de Turin.

M. LANDOWSKY partage l'opinion de M. Lecadre, sur le peu de dangers que présente l'électrolyse comme moyen de traitement des anévrysmes. Il rappelle, à cette occasion, une intéressante observation de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine. (Voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 17 juillet 1877.)

Accidents cardiaques et respiratoires consécutifs à des injections intravasculaires de chloral. — M. FRANÇOIS FRANCK, en son propre nom et au nom de M. TROQUART, fait une communication sur l'action du chloral sur les appareils respiratoire et circulatoire. Si l'on injecte dans les vaisseaux des animaux des doses importantes d'une solution concentrée de chloral, le cœur se ralentit, puis s'arrête, la respiration se ralentit et s'arrête en même temps. Or, MM. Franck et Troquart, à l'aide de leurs expériences dans le laboratoire de M. Marey, ont pu démontrer que ces phénomènes étaient provoqués par le contact du chloral sur l'endocarde, et non par une action primitive sur le système nerveux central. Si, en effet, on dépose directement, à l'aide d'un instrument spécial, du chloral sur l'endocarde, ces phénomènes se produisent bien avant que le chloral ait pénétré dans les vaisseaux de l'encéphale. Au premier abord, on croit pouvoir expliquer cette action d'arrêt de la façon suivante : le chloral excite les nerfs sensitifs de l'endocarde, cette excitation se transmet au bulbe et, en ce point, elle se réfléchit sur les nerfs moteurs du cœur. Mais si l'on sectionne les nerfs qui conduisent les excitations jusqu'au bulbe, l'arrêt du cœur ne s'en produit pas moins. Il faut donc admettre que ce réflexe se fait tout entier dans le système ganglionnaire du cœur; l'excitation des nerfs périphériques de l'endocarde gagne les ganglions et se réfléchit sur les nerfs moteurs pour produire l'arrêt. Si, en effet, avec de l'atropine, on paralyse ce système ganglionnaire, le réflexe ne se produit plus. Quant au ralentissement et à l'arrêt de la respiration, il est certainement provoqué par un réflexe qui a le bulbe pour centre, car ces phénomènes ne se produisent pas si, avant l'injection, on a sectionné les pneumo-gastriques. (Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 91, p. 726.)

Fausses intermittences ou intermittences du pouls. — M. FRANÇOIS FRANCK fait une communication sur ce sujet. (Voyez *Gaz. des hôp.* n° du 14 juin 1877, p. 541).

De l'ataxie dans ses rapports avec le traumatisme. — M. VERNEUIL, au nom de M. PETIT, communique un travail sur ce sujet. Le traumatisme peut-il engendrer l'ataxie locomotrice? peut-il modifier la marche d'une ataxie préexistante? présente-t-il chez les ataxiques quelques caractères particuliers? telles sont les questions qu'a cherché à résoudre M. Petit. Suivant lui, l'origine traumatique de l'ataxie, bien que non encore démontrée par des observations, n'est pas inadmissible. Il n'est pas douteux que chez les sujets prédisposés, il peut hâter le développement de l'ataxie. Il peut évidemment réveiller une ataxie guérie en apparence ou aggraver une ataxie préexistante. S'il était démontré qu'une irritation locale prolongée peut produire une ataxie locomotrice vraie, il ne faudrait pas hésiter à intervenir chirurgicalement chaque fois que cela serait possible. L'ataxie locomotrice s'accompagnant parfois de troubles dans la nutrition de certains tissus, on conçoit qu'elle modifie la marche de certaines blessures. M. Petit a réuni un certain nombre de cas de blessures chez les ataxiques, qui viennent à l'appui des opinions qu'il vient d'émettre.

M. FRANCK pense que ces modifications imprimées à la nutrition des tissus par l'ataxie dans le traumatisme, pourraient être rapprochées de celles qu'on observe chez un animal auquel on a coupé tous les nerfs d'un membre fracturé. On observe, dans ce cas, la formation d'un col exubérant.

M. POTAIN, à propos des influences réciproques du traumatisme et des affections nerveuses, rapporte l'exemple d'un enfant chez lequel une légère écorchure de la jambe est devenue le point de départ d'accidents choréiques,

Rétroversion utérine pendant la grossesse. — M. MASSART (de Honfleur) rapporte un cas de rétroversion utérine survenue pendant la grossesse et qu'il a traitée avec succès par l'application d'un grand vase formant ventouse sur la paroi abdominale.

Présentation. — M. PERRETON dépose sur le bureau, les comptes rendus des travaux de la société des sciences médicales de Gannat (Allier) et fait de ces travaux une courte analyse.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. — Aphasie. — L'observation suivante, rapportée par M. le docteur Blanquinque, est une nouvelle preuve en faveur de la théorie de MM. Bouillaud et Broca qui placent dans la troisième circonvolution frontale gauche le siége du langage articulé.

Charles X..., âgé de quarante-deux ans, ivrogne incorrigible, entre à l'Hôtel-Dieu de Laon. Il est maigre, son teint est jaune terreux, ses jambes faibles ne peuvent le porter longtemps et ses mains sont agitées d'un tremblement alcoolique très-accusé. Quelques jours auparavant, il a eu chez lui des accès convulsifs avec pertes de connaissance à la suite d'excès de boisson prolongés.

Huit jours après l'entrée du malade, le bras droit commence à présenter un peu d'affaiblissement et, en même temps, se manifestent des signes évidents d'aphasie. L'intelligence est intacte, le malade comprend parfaitement ce qu'on lui dit, mais, il ne répond plus aux questions qu'on lui adresse que par le monosyllabe : oui. Ces phénomènes font penser à une pachyméningite siégeant au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche, avec ramollissement de l'écorce grise.

Ce diagnostic est confirmé par l'autopsie. En effet, cet homme ayant succombé à la marche rapidement progressive de la lésion, on découvre dans la troisième circonvolution, un vaste foyer de ramollissement qui comprend toute la moitié interne et inférieure de la substance blanche du lobe frontal : dans cette pulpe, se trouvent disséminés une quinzaine de tubercules crus, entourés d'une enveloppe distincte de couleur vineuse ; ils sont de la grosseur d'une aveline, quelques-uns sont réunis : ils sont plus nombreux au voisinage de la face inférieure et siégent dans la substance blanche, sauf un qui arrive très-près de l'écorce de la troisième circonvolution. — (*Union méd. et scientif. du Nord-Est.*)

Paralysie diphthérique de l'accommodation. — Les cas de paralysie de l'accommodation ne sont point tellement fréquents qu'il n'y ait avantage à faire connaître ceux qu'on a pu observer surtout lorsqu'ils s'éloignent du type classique, soit par quelques particularités dans le symptôme, soit par l'emploi heureux d'un nouveau traitement.

L'observation suivante, rapportée par M. le docteur Denioux, et dans laquelle on note, entre autres caractères intéressants, une paralysie du muscle ciliaire sans aucune paralysie des muscles du voile du palais avec intégrité complète de tous les muscles innervés par la troisième paire, y compris l'iris et la guérison complète par l'emploi des courants continus, alors que le sulfate d'ésérine seul, n'avait donné que des résultats insuffisants, nous a paru digne d'être mentionnée.

Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une angine diphthérique, pendant laquelle il n'y avait jamais eu le moindre symptôme de paralysie du voile du palais ni d'aucun autre muscle de l'économie et qui avait d'ailleurs parfaitement guéri, fut prise d'une diminution de la vue tellement rapide que du jour au lendemain, il devint complétement impossible à la malade de lire et d'écrire.

L'examen de l'œil montrait les phénomènes suivants : intégrité absolue des fonctions de l'iris ; état normal du fond de l'œil.

Acuité visuelle physiologique à 20 pieds.

L'œil est emmétrope mais l'accommodation complétement supprimée. La malade ne peut déchiffrer, en les tenant très-éloignés, que les caractères n° 8 de l'échelle de Snellen.

L'interposition d'un verre convexe n° 10 lui permet de lire les caractères les plus fins n° 1 de l'échelle.

On institue le traitement suivant : matin et soir instillation, dans les yeux, d'une goutte d'une solution au 1/100 de sulfate d'ésérine. La malade doit chercher à lire le plus longtemps possible, dès que l'effet du collyre se sera fait sentir.

Frictions excitantes au pourtour de l'orbite.

Traitement tonique (fer, quinquina) et teinture de Baumé, dix gouttes par jour.

Le 12 janvier, ne trouvant pas les progrès de l'amélioration assez sensibles, M. Denioux eut l'idée de faire une séance d'électrisation par les courants continus, d'une durée de cinq minutes d'abord, chaque jour, tout en continuant l'usage de l'ésérine.

Le 18 janvier, la malade put lire une heure et demie de suite après l'instillation du collyre ; l'amélioration continua les jours suivants ; le 27, l'accommodation était complétement rétablie. — (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Du sulfure de carbone dans le traitement des ulcérations scrofuleuses. — Guidé par un travail publié dans le *Journal de thérapeutique*, par M. Guillaumet, interne à l'hôpital Saint-Lazare, M. le docteur Obissier a eu l'idée d'employer le sulfure de carbone chez une malade qui présentait, à la face, une ulcération de nature scrofuleuse.

Cette femme, de constitution fortement lymphatique, et chez laquelle la scrofule avait donné lieu à des manifestations nombreuses : ulcérations sur diverses régions du corps, adénites cervicales, carie des os du tarse, présentait à la joue gauche une perte de substance arrondie, de la largeur d'une pièce de cinq francs environ, à bords décollés et violacés, à fond blanc-grisâtre, d'un aspect lardacé ; pas de bourgeons charnus ; la suppuration était extrêmement abondante et très-fétide. Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés et légèrement douloureux, la santé générale très-ébranlée.

Cette ulcération, au dire de la malade, avait débuté par une pustule du volume d'une petite lentille ; elle s'était bientôt recouverte d'une croûte ; puis celle-ci s'était détachée, laissant après elle une perte de substance qui n'avait pas tardé à s'accroître.

Un traitement local, joint à un traitement général approprié et consistant dans des lavages avec de la macération de quinquina et dans un pansement avec un mélange de glycérine et d'alcool phénique, fut institué et suivi pendant neuf jours sans amener aucune amélioration notable. On le remplaça, sans plus de succès pendant deux semaines, par une solution d'hydrate de chloral, dans la proportion de 3 grammes pour 100 grammes d'eau.

M. Obissier eut alors recours au sulfure de carbone qu'il prescrivit de la sorte :

Sulfure de carbone	16	grammes
Teinture d'iode	4	—
Essence de menthe	4	gouttes

Le premier pansement fut fait le 16 mars ; dès le 20 des changements remarquables commencèrent à se manifester : la suppuration diminua, la plaie prit un bon aspect, la cicatrisation s'établit rapidement, et le 14 avril l'ulcération avait absolument disparu. (*Bordeaux méd.*)

Deux cas de chancre induré observés chez des sujets ayant eu précédemment la syphilis. — Un des faits les plus remarquables dans la pathologie de la syphilis, c'est l'immunité à peu près complète dont jouissent les sujets qui ont été atteints, une première fois, de cette maladie. Les deux cas suivants, que publie M. le docteur Malherbe, méritent, à ce titre, d'être relatés.

En 1873, M. Malherbe fut consulté par un jeune homme de vingt-huit ans, d'excellente santé habituelle, robuste et ayant comme antécédents vénériens :

1° Un chancre simple avec un bubon chancreux vers la fin de 1870.

2° A peu de temps de là, un chancre infectant suivi d'accidents secondaires peu sérieux, mais bien nets, constatés par un médecin et soignés par le mercure. Au moment où ce jeune homme vint réclamer les soins des médecins, il portait sur le gland, au niveau de la couronne, une petite érosion papuleuse, assez insignifiante, reposant sur une base légèrement indurée. Cette érosion était survenue plus de huit jours après le coït infectant, ce qui exclut toute idée de chancre simple ; elle était unique, présentait une légère ulcération et une induration très-manifeste. Pas d'adénite. L'ulcération guérit en quatre semaines environ et ne fut suivie d'aucun accident. Le traitement spécifique avait été continué pendant quelques mois avec d'assez longs intervalles de repos.

Le sujet de la seconde observation est également un jeune homme qui, quelques années auparavant, avait eu un chancre et des plaques muqueuses. Le médecin qui l'avait soigné lui avait fait prendre du mercure pendant assez longtemps.

Quand M. Malherbe le vit, il portait dans la rainure glando-préputiale, une petite érosion, un peu surélevée, donnant lieu à un léger écoulement de sanie, présentant à la base une légère induration, ayant enfin l'aspect caractéristique du chancre syphilitique. Il n'y avait point de ganglions dans l'aine.

Sous l'influence du traitement local, le chancre arriva, en trois semaines, à une guérison complète.

M. Malherbe conclut, de ces deux observations, que la syphilis peut se rencontrer chez un malade guéri d'une précédente syphilis contractée quelques années auparavant ; que dans ce cas, la deuxième syphilis est beaucoup plus bénigne que la première et peut se borner à l'accident primitif.

Qu'enfin une première atteinte de la syphilis entraîne une immunité tout à fait analogue à celle de la variole pour les gens qui ont déjà eu cette fièvre éruptive. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*)

Moyen simple à employer dans l'œdème des membres inférieurs. — M. le docteur Michelon conseille d'employer, contre l'œdème des membres inférieurs et dans le but de débarrasser

ceux-ci de la sérosité qu'ils contiennent, le moyen suivant usité en Angleterre.

On enfonce, dans les tissus œdématiés, un trocart explorateur de trousse, dont on retire ensuite l'aiguille, comme s'il s'agissait de ponctionner une véritable tumeur. Aussitôt la sérosité s'écoule goutte à goutte par la canule de l'instrument. Cet écoulement devient bientôt continu, et, pour éviter de salir les draps du malade, on adapte, à l'extrémité libre de la canule, un tube en caoutchouc de 60 centimètres à 1 mètre de longueur, qu'on laisse pendre hors du lit, en ayant soin de déposer au-dessous un vase destiné à recevoir la sérosité qui s'écoule. Une seule ponction suffit pour chaque membre.

Ce procédé aurait, sur les piqûres faites avec une aiguille, l'avantage de fournir une quantité plus considérable de liquide, et de ne pas donner lieu à ces eschares qui viennent compliquer fréquemment l'état des malades, de ne pas multiplier les piqûres, et enfin d'établir vers l'extérieur un courant rapide susceptible, dans une certaine mesure, de rétablir l'équilibre circulatoire interrompu.

Il serait en outre peu douloureux et très-bien supporté par les malades. (*Un. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française décrète :

Art. 1er. — Il est créé des cours annexes de clinique consacrés à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales ci-après désignées, dans les facultés de l'État où des chaires magistrales sur les mêmes sujets n'ont pas été précédemment instituées.

Les maladies des voies génito-urinaires ;

Les maladies des enfants ;

Les maladies syphilitiques et vénériennes ;

Les maladies des yeux ;

Les maladies mentales ;

Les maladies de la peau.

A cet enseignement complémentaire pourront être ajoutés ultérieurement d'autres cours, dont l'avenir démontrerait l'utilité.

Ces cours sont annoncés à la suite des programmes des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 2. — Les cours annexes de clinique sont confiés soit à des agrégés en exercice ou à des agrégés libres pourvus d'un service hospitalier, soit à des médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Une commission mixte permanente, composée de délégués du ministre de l'instruction publique et du ministre de l'intérieur, est chargée de préparer un règlement pour l'organisation des cours annexes de clinique qui seront institués dans les hôpitaux en vertu du présent décret, et d'en surveiller le fonctionnement.

Art. 3. — Les agrégés ou docteurs chargés de ces enseignements sont nommés, pour dix ans, par le ministère de l'instruction publique.

Ils peuvent être, après ces dix années, rappelés à l'exercice ; toutefois, ils cessent leurs fonctions de plein droit du jour où ils ne font plus partie du corps des médecins, des chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Les agrégés libres ou docteurs chargés de cours annexes de cliniques prennent part aux examens de la Faculté.

Art. 5. — Des services spéciaux sont mis à la disposition de la Faculté par les soins de l'administration hospitalière, pour le fonctionnement des cliniques complémentaires, sans que ces administrations soient tenues de créer des services nouveaux, si ceux qui existent sont jugés suffisants par la commission mixte.

Art. 6. — Les agrégés en exercice participent à l'enseignement de la Faculté. A cet effet, des locaux sont mis à leur disposition soit dans les bâtiments de la Faculté, soit dans des bâtiments annexes.

Chaque année, le ministre de l'instruction publique détermine l'objet et le nombre des leçons confiées aux agrégés. Ces leçons sont annexées à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté.

Les agrégés chargés de cours sont entendus, sur leur demande, par l'assemblée de la Faculté, dans tous les cas où il est délibéré sur l'enseignement qui leur est confié.

Art. 7. — Le ministre de l'intérieur et le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts sont chargés de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 août 1877.

— MM. Ozanne, médecin du lycée de Versailles, et Nicolle, médecin-adjoint du lycée de Rouen, ont été nommés officiers de l'instruction publique.

Aperçu historique de l'origine de la médecine, par le docteur HANDVOGEL. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium..........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS

du Dr G. FOURNIER, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contre la phthisie pulmonaire et les affections chroniques des voies respiratoires,

contenant par cuillerée à soupe ; { le vin, 0,20 / l'huile, 0,10 } de créosote VÉGÉTALE.

Capsules d'huile de foie de morue créosotée, 0,02.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure ;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène ;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

VENTE EN GROS : Chez DESNOIX et Ce,
17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*
AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement; détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Salicylate de soude

du Dr CALMANN,

Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

N° 109. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 20 SEPTEMBRE 1877. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

« La phthisie, dit M. Pidoux, entre dans l'homme par des portes nombreuses et très-diverses. Il faut s'appliquer à fermer autant que possible toutes ces portes.... » C'est à fermer ces portes, ou du moins à en indiquer les moyens, que s'est attaché M. G. Lagneau, candidat pour la section d'hygiène, dans la lecture qu'il a faite hier à l'Académie. On sait que M. Lagneau s'est successivement occupé, dans plusieurs études antérieures, de rechercher les causes restrictives de l'accroissement de notre population. Dans cette nouvelle lecture, il s'est proposé d'étudier les mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie.

Quand on songe que la phthisie est la maladie la plus meurtrière de toutes, puisque, à elle seule, elle constitue, dans notre pays, près d'un cinquième de la mortalité générale, l'étude de son étiologie et de sa prophylaxie est, sans contredit, la question d'hygiène publique la plus importante et la plus utile qu'on puisse se proposer. L'immigration des habitants des campagnes dans les grandes villes, où ils viennent s'accumuler dans des logements et dans des ateliers étroits, malsains et insuffisamment aérés, l'encombrement des soldats dans les casernes, des enfants dans les lycées et les écoles, l'insuffisance d'exercice au grand air, etc., figurant au nombre des conditions étiologiques les plus communes de la phthisie, M. G. Lagneau propose comme moyens prophylactiques : d'encourager, par des prix ou tout autre moyen d'émulation à tous les exercices du corps, d'établir des gymnases gratuits, des cours publics de chant, des maisons agricoles bien aérées et convenablement situées pour y recevoir les personnes délicates, prédisposées à la phthisie, enfin de donner aux conseils de salubrité, aux commissions de logements insalubres, la mission de prévenir l'encombrement humain dans les ateliers et d'exiger air et lumière dans toutes les nouvelles maisons en construction.

Ces avis sont excellents et plus justes que nouveaux. Il n'est personne de nous, qui ne connaisse, pour en avoir vu autour de soi des exemples frappants, tout ce que peut une bonne hygiène aidée par un régime approprié, par des déplacements opportuns et un choix intelligent de résidence hivernale, pour prévenir le développement d'une phthisie imminente ou pour en enrayer la marche déjà envahissante. Mais ce sont là des moyens qui ne sont guère à la disposition que des favorisés de la fortune ou tout au moins de l'aisance. Il est restreint singulièrement le cercle des influences hygiéniques favorables à mettre à la disposition de cette masse de la population que les besoins quotidiens de la vie tiennent rivée au sol qu'elle habite, et qui ne peut se donner le bénéfice d'une température printanière constante. C'est en vue de cette population surtout, qui est de beaucoup la plus nombreuse, que M. Lagneau a tracé son programme, et c'est précisément en raison même de la restriction des influences disponibles, qu'il importerait d'autant plus de n'en rien perdre, et de leur donner la plus grande utilisation possible. Mais le médecin ne peut, dans ces conditions, que donner un avis. C'est ce qu'a fait notre distingué confrère. C'est aux pouvoirs publics, c'est aux corps consultatifs constitués, à étudier à leur tour les moyens d'exécution. L'Académie, qui s'est déjà préoccupée très-sérieusement, dans plusieurs circonstances, de cette grave question, a un rôle important à prendre dans cette grande campagne à ouvrir contre ce grand fléau destructeur.

M. Rochard a communiqué, dans cette même séance, à l'Académie, des renseignements qu'il a reçus de plusieurs médecins de la marine, et notamment de M. le docteur Talairach, médecin de 1re classe, et desquels il résulte que ce n'est pas le *tænia solium*, comme on l'a dit jusqu'ici, mais bien le *tænia mediocanellata* qu'on trouve à la côte de Syrie, que ce cestoïde y est extrêmement commun, et qu'on retrouve le cysticerque qui lui donne naissance dans la chair musculaire des bœufs de ce pays. On lira avec intérêt dans le compte rendu de la séance la note de M. Rochard. Nous n'en voulons extraire ici, pour le signaler plus particulièrement à l'attention de nos lecteurs, que ce fait important, au point de vue de la géographie médicale, de la distribution du tænia, savoir : le botriocéphale dans le nord de l'Europe et dans l'Inde ; le *tænia solium*, dans l'Allemagne tout entière où la chair de porc se mange presque crue ; le *tænia inermis* en France, seulement depuis que la mode s'y est répandue d'alimenter les phthisiques avec de la viande de bœuf crue, et dans tous les pays musulmans où l'usage de la chair de porc est condamnée.

Enfin l'Académie, — c'est-à-dire un groupe d'une dizaine de membres restants, — a entendu un rapport de M. Briquet sur quelques communications relatives au choléra de 1875. Le savant rapporteur y a jugé et exécuté d'une manière sommaire les inventeurs et partisans des théories de l'origine tellurique du choléra.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Traitement des maladies valvulaires du cœur à la première et à la deuxième période.

Les affections valvulaires du cœur sont le plus ordinairement des affections très-graves : excepté cependant pour les enfants, chez lesquels on a vu les signes et les symptômes d'une lésion organique du cœur, disparaître parfois par le fait même dû développement de cet organe, suivant les progrès de l'âge. Mais, à part cela, on peut dire que chez les adultes, la guérison des lésions ne s'obtient jamais. Néanmoins, les effets de ces lésions, les symptômes auxquels elles donnent lieu, les conséquences physiques et physiologiques qui en découlent, peuvent être diminués et même disparaître par une thérapeutique sage, raisonnée et bien entendue.

Au point de vue du traitement, il est nécessaire de diviser les maladies du cœur en trois périodes :

Dans la première, la lésion valvulaire est caractérisée par quelques troubles momentanés : elle existe, sans doute, mais elle est compensée et le malade, sauf quelques symptômes légers, jouit d'une santé relativement bonne. Chez ces individus dont la lésion ne se traduit que par un peu d'essoufflement, par quelques palpitations qui se produisent à l'occasion d'un exercice un peu violent, quand ils montent des escaliers, par exemple; par quelques signes physiques enfin, que le médecin peut seul reconnaître, tout le traitement consiste dans quelques précautions hygiéniques excessivement importantes, d'ailleurs. Chez les enfants, on évitera toute cause capable de provoquer une excitation du cœur trop considérable : les exercices violents, la course, le saut à la corde, en un mot, on les empêchera de se livrer à la gymnastique ordinaire de leur âge. De même, on recommandera aux adultes, de ne pas faire de marches trop longues, de se donner peu de mouvement, de ne pas se livrer à des efforts trop considérables, d'éviter les veilles et surtout toute espèce d'excès, alcooliques ou vénériens.

En effet, sous leur influence, on voit généralement le cœur bondir dans la poitrine, et cela surtout sous l'influence des excès alcooliques au nombre desquels se range l'abus du café et même du tabac, qui sont autant de causes d'excitation cardiaque. Telles sont les prescriptions auxquelles se borne le plus ordinairement la tâche du médecin. Dans cette première période des maladies valvulaires du cœur, et si ces principes hygiéniques sont rigoureusement observés, le malade peut vivre longtemps encore sans soupçonner pour lui l'existence d'une affection cardiaque. La plupart des gens du monde sont en effet extrêmement effrayés, et à bon droit, de ce mot *maladie du cœur*, qui, pour eux, se représente par de l'enflure, des étouffements et enfin par la mort.

Aussi, un précepte moral que je ne saurais trop vous recommander de ne pas oublier, c'est de ne jamais dire aux malades qu'ils sont atteints d'une affection de cette nature.

Si vous avez affaire à un individu intelligent, porté à mettre ses palpitations, ses étouffements, sur le compte d'une lésion organique du cœur, efforcez-vous de votre mieux de le détromper, dites-lui qu'il a seulement le cœur un peu gros, un peu fort, et ces raisons le satisferont beaucoup mieux que si vous lui affirmiez absolument qu'il a le cœur parfaitement sain. C'est une règle que j'ai toujours suivie et dont je me suis constamment bien trouvé.

Cependant, dans cette première période, caractérisée comme je vous l'ai dit, par des palpitations et par un peu d'étouffement, il est des accidents un peu plus sérieux que vous devez vous appliquer à combattre. Il arrive en effet, quelquefois, que la compensation dépasse le but et que l'hypertrophie du cœur est trop considérable pour l'obstacle contre lequel elle doit lutter. Dans ces cas, les malades ont des étourdissements, la face est un peu congestionnée, parfois même un léger œdème apparaît le soir aux membres inférieurs, enfin quelques phénomènes de congestion cérébrale ou pulmonaire se manifestent. Il est utile alors de pratiquer une petite saignée du bras ou bien d'appliquer quelques sangsues à l'anus, et cette dernière précaution est surtout bonne à prendre quand les malades ont eu des hémorrhoïdes antérieures. Une ou deux applications de cinq à six sangsues, faites dans ces conditions, calmeront ces phénomènes de pléthore et apaiseront tous ces accidents.

D'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, loin de présenter ces phénomènes de congestion cérébrale, surtout quand il s'agit d'affection valvulaire siégeant à l'orifice aortique, les malades offrent des signes d'anémie, et principalement d'anémie cérébrale. Ils ont de la pâleur de la face, des étourdissements, des lipothymies, quelquefois des syncopes. Dans ces cas, les émissions sanguines, locales ou générales, iraient contre le but que vous vous proposez d'atteindre et c'est alors, au contraire, que vous devez prescrire les toniques : le vin, un peu de café à faible dose et, au lieu de la diète blanche qui est indiquée dans la forme précédente, recommander une nourriture réparatrice, des viandes noires, un peu de vin aux repas et quelquefois le quinquina et le fer. Souvent, en effet, sous l'influence de la médication reconstituante, on voit rapidement cesser ces phénomènes qui résultent de la diminution de force, de la circulation et de la faiblesse avec laquelle le sang afflue dans l'arbre artériel. Mais, c'est surtout dans ces cas d'anémie, que l'on peut se trouver bien de l'hydrothérapie. Si, en effet, appliquée d'une manière générale, à toutes les maladies du cœur, ainsi que l'ont conseillée certains médecins, cette méthode est une chose dangereuse, elle est souvent d'une efficacité incontestable dans les cas spéciaux dont je viens de vous parler. Administrée sous forme de douches, en pluie, en jets ou de toute autre manière, en ayant soin toutefois que la réaction se fasse, l'hydrothérapie peut améliorer considérablement certains des phénomènes anémiques et agir comme le quinquina et le fer.

Mais il n'en est plus de même dans la seconde période des maladies du cœur. Dans celle-ci, en effet, nous voyons des phénomènes plus graves qui réclament des indications tout autres que celles qui caractérisent la première phase des affections valvulaires. A un moment donné, la compensation n'étant plus suffisante pour vaincre l'obstacle qu'elle doit surmonter, c'est alors que les troubles qui se manifestent du côté du cœur réagissent sur la circulation tout entière. La tension artérielle diminue, la tension veineuse augmente et l'on voit apparaître quelques phénomènes d'asystolie, légère si vous voulez, mais caractérisée par des palpitations, de l'oppression, un sentiment de plénitude à la région précordiale, par des congestions pulmonaires, rénales même quelquefois; par quelques troubles du côté du cerveau et de l'intestin, et enfin par un peu d'œdème. C'est, dans ces cas surtout, où la mécanique cardiaque est plus ou moins entravée, que l'intervention du médecin peut être utile pour faire disparaître ces symptômes, pour rétablir l'équilibre et réparer la santé, pour un temps plus ou moins durable, quelquefois pour des années.

Les moyens à employer, dans ces cas, sont, en première

ligne, les saignées. Toutes les fois, en effet, que l'on a affaire à un individu vigoureux, dans la plénitude de l'âge; quand il n'existe pas de phénomènes d'asystolie bien caractérisés; alors que le pouls devient très-irrégulier, souvent petit, que le malade a des palpitations, de l'irrégularité dans les pulsations cardiaques, le cœur ayant cependant encore une impulsion suffisante; quand, enfin, il n'existe pas encore ces signes de cachexie cardiaque qui caractérisent la période ultime des maladies du cœur; quand la tension veineuse n'est pas considérable et que l'on ne trouve pas surtout de développement énorme du réseau veineux sous-cutané; c'est, dans ces cas, dis-je, qu'une saignée générale ou une application de sangsues à l'anus amènent quelquefois un soulagement notable. Il n'est pas rare, en effet, chez un individu qui n'est pas encore épuisé par la maladie ou qui présente pour la première fois des accidents d'asystolie, de voir une saignée du bras de 300 à 400 grammes, ou une ou deux applications, à l'anus, de sept, huit, dix sangsues, donner des résultats favorables en désemplissant le système circulatoire, en favorisant le cours de la circulation, et faire ainsi cesser quelquefois, dans l'espace de quarante-huit heures, les phénomènes d'asystolie.

A côté des émissions sanguines, je vous parlerai encore, comme pouvant rendre de grands services dans cette seconde période, d'un médicament qui agit mieux que les saignées peut être, et dont il peut d'ailleurs avec utilité compléter les effets. Je veux parler de la digitale, substance infiniment précieuse en pareil cas et qui est, pour ainsi dire, l'antidote des maladies du cœur. Une des propriétés les plus remarquables de cette plante, c'est en effet d'agir sur le cœur dont elle régularise les battements, quelquefois même rendant aux contractions cardiaques une partie de leur énergie. De là cette opinion qui consiste à regarder, à juste titre d'ailleurs, la digitale comme un tonique du cœur.

Comment cette substance intervient-elle pour ralentir les battements du muscle cardiaque et les régulariser? Bien des théories ont été émises à ce sujet.

Pour les uns, la digitale agirait directement sur le cœur lui-même : pour d'autres, elle n'exercerait son action sur cet organe que par l'intermédiaire des vaisseaux et, en particulier, des artères et des capillaires, dont elle augmenterait la tension. Si, en effet, comme ceux-ci l'admettent, le cœur lance le sang dans un arbre artériel qui a perdu toute sa tension, il en résultera que le cours de ce liquide sera notablement accéléré puisqu'il ne rencontrera aucun obstacle devant lui; qu'au contraire, les vaisseaux se resserrent, que le sang qui les parcourt trouve des canaux petits, étroits, la conséquence de ce fait sera un ralentissement de la circulation; partant, le cœur devra se contracter plus énergiquement pour lutter contre l'obstacle que les artères et les capillaires opposent au cours du liquide qu'il est chargé de mettre en mouvement, et il lui faudra plus de force, plus de temps, pour le chasser dans les vaisseaux.

Eh bien, ce serait précisément la digitale qui, en agissant comme je viens de vous le dire, serait la cause du ralentissement du cours du sang.

D'autres enfin, et à leur tête Marey, ont pensé que la digitale n'agissait sur le cœur que par l'intermédiaire du système nerveux et en particulier du nerf pneumo-gastrique. On sait en effet, en physiologie, que les battements du cœur sont subordonnés à deux ordres de rameaux nerveux. Les uns émanés du grand sympathique auraient pour fonction d'activer le cœur, d'en précipiter les battements. Les autres, au contraire, issus du pneumo-gastrique ou du nerf de Cyon, auraient pour mission de ralentir, de régulariser les contractions cardiaques. Le pneumo-gastrique est, en un mot, le pendule du cœur. Eh bien, c'est sur celui-ci que la digitale exercerait son influence : elle augmenterait la force, l'activité de ce nerf et c'est alors qu'on verrait survenir, comme conséquence de l'action de ce médicament, une modération plus ou moins considérable des pulsations du cœur et de leur ralentissement.

Mais ce sont là autant de théories sur lesquelles je n'ai pas à discuter ici. Ce qui nous importe de savoir, à nous cliniciens, c'est que l'action physiologique de la digitale est de ralentir et de régulariser les battements du cœur, tout en communiquant à ceux-ci une énergie plus grande.

Mais il ne suffit pas de connaître les propriétés de cette substance médicamenteuse, il faut encore que vous sachiez comment on l'emploie et quelles sont les diverses préparations officinales ou magistrales dans lesquelles entre cette substance. Mais avant d'aborder cette étude, rappelez-vous bien que la digitale est indiquée dans tous les cas où l'on observe quelques phénomènes d'asystolie, que ceux-ci surviennent dans la première période où ils sont caractérisés par des palpitations, des impulsions cardiaques un peu fortes, tous phénomènes qui indiquent que l'hypertrophie du cœur est poussée un peu loin; ou bien, comme c'est le cas le plus souvent, que ces symptômes d'asystolie apparaissent à une période plus ou moins avancée de la maladie.

Les propriétés thérapeutiques de la digitale résident dans la tige et surtout dans les feuilles. Aussi, ces dernières sont-elles employées de préférence. Le mode de préparation sous lequel on les administre le plus ordinairement, c'est l'infusion, et celle-ci agit non-seulement comme modératrice du cœur, mais elle est encore utile comme diurétique, dans les cas d'hydropisie. Elle doit être employée avec de grandes précautions, car elle constitue nn médicament très-énergique, et prise à doses trop fortes, elle déterminerait bientôt des symptômes d'intoxication grave. Généralement, on donne l'infusion de digitale à la dose de 20, 40, 50 centigrammes de feuilles pour 500 grammes d'eau; en quantité plus considérable, elle exercerait une action fâcheuse sur l'estomac en provoquant dcs nausées, des vomissements qui obligeraient à en suspendre l'usage.

A côté de l'infusion, il faut placer les préparations de la digitale en poudre ou en pilules, lesquelles constituent encore un très-bon médicament. La première se donne à la dose de 10, 20, 25, 30 centigrammes délayés dans un peu d'eau, ou dans des confitures ou du pain à chanter. Quant aux pilules, que l'on obtient en associant la poudre avec une matière molle inerte, la conserve de roses, par exemple, ou le miel, elles sont encore une bonne préparation, à condition toutefois, qu'elles ne soient ni trop anciennes, ni trop desséchées.

Enfin, je vous citerai également la teinture de digitale qui est le produit de la macération plus ou moins prolongée des feuilles de cette plante soit dans l'éther, soit dans l'alcool. Quoique bonnes toutes deux, la teinture alcoolique doit pourtant être préférée à la teinture éthérée, car le principe actif de la digitale étant moins soluble dans l'éther que dans l'alcool, il en résulte que la première constitue un médicament plus sûr. Ces teintures se donnent à la dose de 10, 20, 25 quelquefois 30 gouttes par jour, on peut même porter la dose jusqu'à 40 gouttes pour la solution éthérée.

Enfin, on obtient également de très-bons résultats de l'administration de la digitale sous forme de sirop donné à la dose de 15 à 30 grammes par jour.

A côté de la digitale, nous trouvons également des succédanés de ce médicament, auxquels on peut recourir avec plus ou moins d'avantage, chez les gens qui supportent mal cette substance ou qu'un trop long usage en a dégoûtés. Tel est l'aconit que l'on peut employer alternativement avec la digitale ou prescrire isolément. On l'administre le plus ordinairement sous forme de teinture alcoolique à la dose de 20, 30, quelquefois 40 gouttes par jour. Je vous citerai, au même titre, la caféine qui jouit également de la propriété de ralentir les battements du cœur et enfin certains calmants, la belladone particulièrement, dont l'on obtient souvent de très-bons résultats.

Mais vous emploierez de préférence les médicaments qui jouissent de la propriété d'exercer une action sédative sur le système nerveux. C'est ainsi que, chez ces malades anxieux qui ont des palpitations fréquentes, de l'insomnie, le bromure de potassium ou de sodium à la dose de 1, 2, 3 gouttes par jour, déterminera la sédation des phénomènes cardiaques et ramènera le sommeil. J'en dirai autant de l'éther, qui agit de la même manière, quoique avec moins d'efficacité, de l'opium et de ses différentes préparations telles que le laudanum ou même de ses alcaloïdes.

Enfin, on a cherché, dans ces derniers temps, à substituer à la digitale son principe actif, dont on a fait une préparation spéciale connue sous le nom de granules de digitaline cristallisée. Un certain nombre de médecins la préfèrent aux autres formes médicamenteuses de la digitale. On la donne à la dose de 2, 3, 4 ou 5 milligrammes par jour : chaque granule devant contenir un milligramme de digitaline. Pour moi, je repousse absolument cette préparation officinale de la digitale, et je la considère comme un médicament excessivement inférieur aux divers autres modes d'administration de cette substance. D'abord elle n'est pas toujours préparée de la même manière, elle varie suivant l'officine où elle a été préparée ; de plus rien n'est plus inconstant, plus infidèle que ces granules qui sont censés contenir un milligramme de principe actif : il en est, en effet, qui ne renferment pas trace de digitaline, d'autres, au contraire, qui contient 2 et même 3 milligrammes de ce principe actif, de sorte que le médecin agit à l'aventure, sans savoir au juste ce qu'il prescrit. Il ne donne rien à son malade, ou bien il lui donne une dose trop forte.

Quant à moi, j'ai observé plusieurs cas de ce genre et j'ai banni de ma pratique cette préparation défectueuse. Et pourquoi m'en servirais-je? On comprend très-bien qu'on substitue le sulfate de quinine au quinquina : ce dernier est un médicament extrêmement désagréable qui n'agit qu'à forte dose, et il y a un intérêt très-grand à lui substituer la préparation précédente. Mais à la digitale qui s'emploie à petite dose, qui est une substance insipide, facile à administrer, à surveiller, pourquoi substituer une préparation dont on n'est jamais sûr, qui est infidèle et difficile à manier? N'y a-t-il pas avantage, dans ces conditions, à préférer le médicament actif au médicament suractif?

Enfin, dans les cas où vous avez des phénomènes d'asystolie complète, alors que le cœur est faible, dilaté, mou, où il se contracte mal et d'une façon insuffisante ; alors que se déclarent les phénomènes de la troisième période des affections valvulaires du cœur, de la période dite de la cachexie, ce n'est plus à la digitale que vous devez vous adresser.

Elle n'agit plus dans ces cas graves que d'une manière insuffisante. Vous ferez alors appel à une médication plus énergique, qui agit plus directement sur la fibre musculaire du cœur pour en augmenter l'activité. C'est alors que les préparations de noix vomique et en particulier la teinture à la dose de 10 à 20 gouttes, ou la poudre à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, vous rendront de réels services. De même 3, 4, 5 milligrammes de strychine vous donneront de bons résultats.

Enfin, une autre préparation qu'on emploie avec avantage dans ces conditions, c'est l'ergotine, mais surtout l'ergot de seigle. A la dose de 20, 30, parfois 50 centigrammes par jour, cette substance, administrée pendant un temps assez long, provoque une contraction plus énergique du cœur et l'aide à lutter plus victorieusement contre l'obstacle que cet organe doit surmonter.

C'est encore à cette période ultime des maladies du cœur que vous vous trouverez bien de l'administration du quinquina et de ses diverses préparations, ainsi que de l'emploi de l'alcool. Mais n'oubliez pas que ces divers médicaments sont indiqués dans des conditions tout à fait contraires à celles dans lesquelles la digitale et les saignées doivent intervenir. Il ne s'agit plus, en effet, de tempérer l'action du cœur, mais d'en relever l'énergie et de communiquer une nouvelle activité à la fibre musculaire relachée.

Mais, dans cette dernière phase des affections valvulaires du cœur, non-seulement il y a à intervenir dans les phénomènes qui ont lieu du côté du cœur, mais encore à remédier, s'il est possible, aux congestions viscérales et surtout aux hydropisies. En un mot, à côté du phénomène principal, il est des phénomènes accessoires, consécutifs dont le traitement apporte souvent un soulagement considérable dans l'état des malheureux malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Marne, en 1876. (Commiss. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un rapport sur la revaccination pratiquée, en 1877, au 3e régiment d'infanterie, par M. Dupeyron, médecin-major de première classe.

LECTURE

Des mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie. — M. G. Lagneau lit sous ce titre un mémoire dont voici un résumé :

A Paris, actuellement, comme au commencement de ce siècle, la phthisie continue à entrer, pour près d'un cinquième (18 p. 100) dans la mortalité générale; proportion plus considérable qu'à Berlin et à Londres, moindre qu'à Bruxelles et à Vienne.

Les décédés phthisiques masculins, anciennement, étaient moins nombreux que les décédés phthisiques féminins, ainsi que cela s'observe généralement. Contrairement, depuis plusieurs années, les décédés phthisiques masculins sont plus nombreux que les féminins dans le rapport de 115 à 100, un huitième de plus.

Les décédés phthisiques, natifs de Paris, sont proportionnellement moins nombreux que les décédés phthisiques immigrés des départements et de l'étranger : 10,000 natifs perdent annuellement 33 phthisiques, 10,000 immigrés en perdent 44; différence d'un quart.

Après avoir rappelé, par de nombreux témoignages, que la phthi-

sie se montre sous tous les climats chauds et froids, M. Lagneau insiste sur l'immunité phthisique constatée, d'une part, à certaines altitudes, dans les Alpes, les Pyrénées, les Cordillières des Andes, sur le plateau du Mexique, par MM. Lombard, Schnepp, Guilbert, Jourdanet, et, d'autre part, dans certains pays septentrionaux, comme l'Islande, les îles Hébrides, certaines parties du nord-ouest de l'Écosse, les îles Féroë, par MM. Olafsen, Troïl, Hjattelin, Schleisner, Jacolot, Art. Mitchell, Morgan, Panum et bien d'autres médecins.

Faisant remarquer que ces pays de montagnes et ces pays du nord diffèrent, sous la plupart des conditions atmosphériques, sauf au point de vue de la basse température du froid, il montre que le froid ne peut être considéré comme préventif de la phthisie, car M. Homann signale la fréquence de la phthisie à Christiansand, par le 62e degré de latitude nord, et sous une température moyenne annuelle de 4°,5, et MM. Etzel, Bellebon et Guérault indiquent une certaine proportion de décès phthisiques au Groënland.

En France, les recherches de Boudin, sur les exemptés du service militaire pour maladie de poitrine, montrent qu'ils sont beaucoup plus nombreux dans les départements les plus septentrionaux, dans ceux du Nord et du Pas-de-Calais que dans le reste de la France, mais elles montrent aussi qu'ils sont assez nombreux dans certains départements du littoral méditerranéen, où l'on envoie souvent les phthisiques. L'influence nocive de l'habitat dans les villes des départements du midi ressort, également, de quelques récents documents statistiques recueillis par M. Champouillon sur les soldats.

Les influences climatologiques étant insuffisantes pour expliquer l'absence ou la fréquence relative de la phthisie dans les divers pays, l'auteur montre que la misère et l'insuffisance de l'alimentation qui en est la conséquence, ne peuvent non plus les expliquer. Comparant le département du Nord où les exemptions pour maladies de poitrine sont au maximum, et celui du département du Morbihan où elles sont au minimum, il montre que, dans le premier, les salaires sont beaucoup plus élevés, et la consommation du pain beaucoup plus considérable que dans le second.

Rappelant que les recherches de Benoiston de Châteauneuf, de MM. Lombard, Marmisse, Neufville et Neumann montrent que la mortalité phthisique est surtout considérable chez les bijoutiers, les dentellières, les tailleurs, les cordonniers; rappelant, d'après MM. Godelier; Laveran, Villemin, Champouillon, Tholozan, combien la phthisie est fréquente chez les soldats soumis au casernement; enfin, montrant que si le département du Nord présente le plus d'exemptés pour maladie de poitrine, il est aussi l'un de ceux présentant le plus d'individus livrés aux travaux industriels sédentaires, tandis que, si celui du Morbihan présente le moins d'exemptés, il est aussi l'un des moins industriels de la France, M. Lagneau arrive à déduire que la phthisie se montre principalement chez les personnes vivant renfermées, casernées, se livrant à des occupations sédentaires, dans une attitude assise, courbée, faisant obstacle au complet fonctionnement des organes respiratoires, et est amené à penser que, pour prévenir le développement de la tuberculose pulmonaire, non-seulement il faut un renouvellement constant de l'air ambiant, qu'il soit chaud ou froid, sec ou humide, à une pression barométrique basse ou haute, mais aussi il faut que, par suite d'occupations actives, cet air, largement inspiré, pénètre profondément les vésicules pulmonaires. L'air *intus et extra* semble être le meilleur prophylactique, non pas le curatif, de la phthisie pulmonaire.

Au nombre des mesures d'hygiène publique prophylactiques de la phthisie remplissant le mieux ces conditions biologiques, après avoir exprimé le regret qu'une centralisation administrative exagérée et des travaux publics trop considérables entraînent de plus en plus les ruraux vers les villes où sévit surtout la phthisie, il indique de créer des gymnases gratuits; de fonder des prix encourageant à tous les exercices de corps; d'ouvrir des cours gratuits de chant, de faire des sociétés chorales; d'établir des sanatoria, de petites et nombreuses maisons agricoles bien aérées, bien retirées, soit à proximité des villes, soit sur le littoral, soit dans les montagnes, pour y recevoir les personnes délicates prédisposées à la phthisie; de donner aux conseils de salubrité, aux commissions des logements insalubres la mission de prévenir l'encombrement humain dans les ateliers, et d'exiger air et lumière dans toutes les nouvelles maisons en construction; de chercher à appliquer la loi sur le travail des enfants dans les manufactures, aux jeunes brodeuses et dentellières et autres enfants-ouvriers travaillant prématurément et assidûment chez leurs parents; de donner plus de temps aux récréations et aux exercices physiques dans les lycées, dans les pensions, des récompenses encourageant les élèves les plus agiles, les plus adroits; de substituer aux casernes, si fatales à la santé des soldats, les camps ruraux où les jeunes gens ne seraient retenus que le temps nécessaire à leur instruction militaire, afin d'éviter l'oisiveté de la vie de garnison également préjudiciable au point de vue phthisiogénique, etc., etc. — (Renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection).

Du tænia en Syrie. — M. ROCHARD donne lecture de la note suivante :

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des renseignements que je viens de recevoir et desquels il résulte que ce n'est pas le *tænia solium*, comme on l'a cru jusqu'ici, mais bien le *tænia mediocanellata* qu'on trouve à la côte de Syrie; que ce *cestoïde* y est extrêmement commun, et qu'on retrouve le cysticerque qui lui donne naissance, dans la chair musculaire des bœufs de ce pays.

Ces observations m'ont été adressées par M. le docteur Talairach, médecin de 1re classe de la marine, médecin-major du croiseur le *Ducouëdic*, attaché à la station du Levant. C'est à Beyrouth qu'elles ont été faites. Le *Ducouëdic* y était arrivé le 9 août dernier, avec un équipage en parfaite santé, lorsque au bout de deux mois de séjour, les premiers cas de tænia se sont déclarés à bord. Sur 152 hommes d'équipage, 19 en ont été atteints en peu de temps. La plupart des malades en ont rendu plusieurs. Un domestique de l'état-major, après avoir pris une forte décoction d'écorce de racine de grenadier, en a rendu quatre à la fois, mesurant 17 mètres de long. Un timonier en a rendu trois dans l'espace d'un mois. Tous ces cestoïdes présentaient le même caractère que ceux du *tænia inermis* de Moquin-Tandon ou *tænia mediocanellata* de Küchenmeister. M. Talairach a retrouvé chez tous, ces anneaux larges, grisâtres, munis de pores génitaux alternes, mais placés du même côté, pour une série successive de plusieurs anneaux, cette tête volumineuse, tronquée, inclinée sur le côté avec ses quatre ventouses latérales, complétement dépourvue de rostre et de crochets.

Le piqueté pigmentaire, signalé par quelques auteurs autour du cou et des ventouses, y faisait complétement défaut.

Une fois fixé sur les caractères du tænia auquel il avait affaire, M. Talairach a dû, tout naturellement, en rechercher l'origine. Les Européens fixés à Beyrouth attribuent la fréquence du tænia chez les indigènes, à leur alimentation grossière et surtout à l'abus qu'ils font des fruits et des légumes, mais le médecin-major du *Ducouëdic* ne s'est pas arrêté à vérifier cette opinion; c'est vers la viande de bœuf qu'il a immédiatement porté ses recherches. En Syrie, elle entre pour une large part dans l'alimentation. Les habitants sont en particulier très-friands d'un mets qui ressemble beaucoup au *brondou* des Abyssins et qui consiste en viande de bœuf crue, pilée, réduite en boulettes, saupoudrée de farine et exposée au feu pendant quelques instants seulement. Sauf cette cuisson très-imparfaite, c'est, on le voit, le mode de préparation auquel on a recours, en Europe, pour administrer la viande crue aux malades et on doit s'attendre à la voir produire les mêmes effets, au point de vue de la multiplication du *tænia inermis*.

Il restait à découvrir son cysticerque dans la viande consacrée à l'alimentation. M. Talairach s'est livré à cette recherche avec la plus grande persévérance. Chaque jour, il examinait avec soin les pièces de bœuf destinées à la ration de l'équipage, à mesure qu'elles étaient apportées à bord et, au bout de quelque temps, il est parvenu à découvrir, au milieu des fibres musculaires, de petits kystes situés en général à la surface des muscles, plus rarement dans leur épaisseur, et presque jamais dans le tissu cellulaire. Ces kystes, faciles à isoler, plus abondants dans les muscles psoas et dans ceux de la cage thoracique que partout ailleurs, se composaient d'une enveloppe fibreuse, résistante et renfermant un liquide, au milieu duquel

se trouvait un ovule d'un blanc nacré, gros comme un grain de semoule, adhérent fortement à la membrane d'enveloppe, et dans lequel le microscope a fait reconnaître à M. Talairach tous les caractères du scolex du *tænia mediocanellata*, tels qu'ils sont partout indiqués. Se défiant du reste de sa propre expérience, le médecin-major du *Ducouëdic* a fait contrôler ses observations par le docteur Bonnet médecin principal de la marine, dont les beaux travaux sur les parasites de l'homm e et notamment sur le développement de sa chique (*pulex penetrans*) sont connus de tous les savants.

Les observations que je viens de rapporter me paraissent intéressantes au double point de vue de la géographie médicale et de l'helminthologie. La distribution géographique du *tænia* laisse encore beaucoup à désirer, surtout en ce qui concerne la destruction des espèces.

Jusqu'en 1860, en géographie médicale, on n'en reconnaissait, ou du moins on n'en signalait que deux : le *botriocéphale* et le *tænia solium*. Le premier avait pour domaine les contrées du Nord de l'Europe jusqu'à la Vistule, une partie de la Suisse et certaines régions de l'Inde, qu'on ne faisait que soupçonner. Le second régnait d'une manière à peu près exclusive sur le reste de l'Europe, sur l'Afrique tout entière, depuis les états barbaresques jusqu'au cap de Bonne-Espérance; sur l'Amérique du Nord, sur le Brésil et sur une partie de l'Asie, comprenant notamment l'Arabie et la Syrie. En ce qui a trait à ce dernier pays, les médecins de l'armée avaient reconnu sur leurs soldats l'existence fréquente du tænia pendant la campagne de Syrie; ils avaient cru, comme tout le monde, avoir affaire au tænia solium.

Aujourd'hui, on a trouvé chez l'homme sept espèces de tænias : quatre d'entre eux sont, il est vrai, tout à fait rares, mais les trois autres se rencontrent avec une fréquence presque égale : le *tænia solium*, le *tænia mediocanellata* et le *botriocephalus latus*. Les deux premières étaient, comme je l'ai dit, confondues sous le nom de *tænia solium* avant que Küchenmeister apprît à les distinguer, et maintenant il faut, de toute nécessité, recommencer ces observations sur tous les points où la fréquence du tænia a été signalée, afin d'arriver à reconnaître la variété à laquelle on a affaire.

C'est ce que M. Talairach a fait avec un succès complet, pour la côte de Syrie, et de plus il a démontré l'origine du cysticerque qui l'a produit avec plus de rigueur qu'on ne l'avait encore fait.

En effet, Leuckart, dans ses expériences, n'a trouvé de cysticerques que chez les veaux, auxquels il avait fait avaler des fragments de strobila, des centaines de proglottis, et on peut en dire autant des expériences de Spencer Cobbold et de Simonds. MM. Cauvet et Jules Arnould ont, il est vrai, trouvé et reconnu le *cysticercus inermis* à Constantine, et chez le bœuf, le premier dans le diaphragme et le second dans le filet; mais Leuckart et ceux qui l'ont imité n'ont observé qu'une maladie, qu'ils avaient artificiellement produite et n'ont, en fin de compte, trouvé chez leurs veaux que ce qu'ils y avaient mis. Les observations de MM. Cauvet et J. Arnould, quelque intéressantes qu'elles soient, ne sont que des faits isolés. M. Talairach, au contraire, a eu la bonne fortune de pouvoir observer à la fois le tænia inerme sous les deux formes, à l'état adulte chez les hommes de son équipage, à l'état de cysticerque, dans la viande dont ils se nourrissaient.

En résumé, aujourd'hui la géographie médicale de ce cestoïde peut être déjà rectifiée. En laissant au botriocéphale le nord de l'Europe, une partie de la Suisse, et ces régions de l'Inde qu'on ne fait que soupçonner, on retrouve le *tænia solium* presque seul dans les pays où la chair de porc se mange presque crue. C'est le cas de l'Allemagne tout entière. En France, où l'on n'a pas de telles habitudes, où le ver solitaire était rare autrefois, on trouve très-fréquemment aujourd'hui le *tænia inermis*, depuis que la mode s'est répandue d'alimenter les phthisiques et les autres débilités avec de la viande de bœuf crue. Le *tænia inermis* se rencontre, à l'exclusion de tout autre, dans tous les pays musulmans où la chair de porc inspire une horreur véritable. C'est lui qu'on trouve en Syrie, en Algérie, et probablement en Abyssinie. C'est encore lui qu'on doit s'attendre à rencontrer dans tout le reste de l'Afrique, mais ce ne sont là que des présomptions, et c'est surtout dans ces questions de *parasitisme* qu'il ne faut rien avancer que sur des preuves.

RAPPORT

M. BRIQUET lit un rapport sur les travaux relatifs au choléra asiatique que l'Académie a reçus pour l'année 1875. M. le rapporteur consacre la partie principale de ce rapport à l'examen des théories telluriques de MM. Decaisne et Pottenkoffer, et il résume son jugement en ces termes : La théorie tellurique n'a absolument aucune raison d'être, elle ne supplée à rien et elle ne donne aucune notion nouvelle.

Il s'élève à ce sujet une courte discussion entre MM. Gubler, Jules Guérin et le rapporteur, qui conduit jusqu'à cinq heures, heure à laquelle la séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DU HAVRE (1).

Séance du 25 août (matin).

Du délire malicieux. — M. DALLY pense qu'il faut diviser et décrire à part certains des divers phénomènes qui constituent le grand groupe hystérie, et, en particulier, les troubles intellectuels qui se manifestent par des actes raisonnés ayant pour but d'en imposer à la famille, au médecin et qui constituent ce qu'il appelle le délire malicieux.

MM. LECADRE, BRIÈRE et FIEUZAL citent à cette occasion plusieurs exemples de troubles oculaires observés chez de jeunes sujets; ces faits peuvent s'expliquer par la grande puissance d'accommodation de l'œil dans la jeunesse.

Amputations sus et sous-périostées, hémostase naturelle. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT (de Lille), lit un travail ayant pour titre : *Nouvelles études cliniques sur les amputations sus et sous-périostées et sur l'hémostase naturelle et définitive à l'aide de l'élévation du membre et de la pression du bandage. Grandes et petites amputations sous-périostées chez les adultes.*

L'auteur rappelle ses premières communications sur ce sujet, qui datent de 1871, et les présentations qu'il [a faites, au Congrès de Lille, en 1874, d'une série de moulages démontrant les bons résultats qu'il avait obtenus sur des enfants à l'aide de son procédé. Depuis 1875, M. Houzé de l'Aulnoit s'est occupé d'expérimenter la valeur des grandes et des petites amputations sous-périostées sur les adultes et l'importance de l'élévation du membre comme moyen hémostatique.

« Je suis heureux, dit-il, de pouvoir affirmer que chez les adultes les avantages ne sont pas moindres que chez les enfants. Pour en avoir la preuve, il suffit d'examiner ces deux moignons, représentation fidèle : 1° d'une amputation d'avant-bras sur une femme de quarante-trois ans, qui fut sous-périostée pour le cubitus, mais sus-périostée pour le radius; 2° d'une amputation de bras sur une femme de dix-neuf ans, que je dus amputer pour un écrasement du coude par un engrenage.

Ce dernier fait est très-concluant, puisque l'amputation a eu lieu sur une adulte et pour une cause traumatique. Ces deux moignons sont très-remarquables : 1° par l'épaisseur des lambeaux comprenant la totalité des couches normalement superposées à la diaphyse depuis le périoste jusqu'à la peau; 2° par le rejet de la ligne cicatricielle à 3 ou 4 centimètres au-dessus du plan de section de l'os; 3° par la faible adhérence au tissu osseux, excellentes conditions pour prévenir la formation des ostéophytes, des ulcères et l'apparition, dans l'avenir, de la conicité. L'allongement ultérieur de l'humérus, pour la jeune femme de dix-neuf ans, pourra repousser dans son accroissement les couches superposées, mais jamais ne pourra les traverser.

De là la nécessité, comme je l'ai recommandé en 1872 et 1873, dans toutes mes observations, de rejeter la cicatrice le plus en arrière possible pour mieux coiffer l'extrémité osseuse.

Les planches photographiques présentées au Congrès rappellent

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 septembre.

également d'une manière très-exacte deux désarticulations de l'index par un seul lambeau latéral externe sous-périosté, sur une femme de dix-neuf ans et sur une autre de trente-sept ans. La désarticulation simultanée des doigts auriculaire et annulaire sur une femme de quinze ans et la formation, sur la face interne du petit doigt, d'un seul lambeau périosté pour recouvrir les deux métacarpiens. Par ce même procédé d'un seul lambeau latéral, j'ai deux fois désarticulé le médius. Dans deux autres petites amputations de la première phalange de l'index et du médius, les lambeaux ont été pris à la partie antérieure.

Le caractère distinctif des amputations sous-périostées des doigts est de fournir des lambeaux très-épais, insensibles et capables de supporter des pressions énergiques, les lignes cicatricielles se trouvant placées au niveau des commissures dans tous les cas de désarticulation métacarpo-phalangienne.

Le chiffre de mes amputations sous-périostées s'élève à 20, dont 11 sur les enfants, savoir :

Amputations de cuisse	7
— de bras	2
— de jambe	2

Les 17 sur les adultes comprennent :

Amputations de cuisse	2
— de bras	2
— d'avant-bras	2
— de doigts	11

Sur ces 28 cas, pour des causes étrangères aux amputations, il y a eu 4 décès, dont deux amputations de cuisse sur les adultes, une amputation de cuisse et une de jambe sur des enfants. D'où, en somme, 24 guérisons.

Ma communication de ce jour a un autre intérêt que de prouver que les amputations sous-périostées des adultes, pratiquées avec le concours de l'immobilisation articulaire et d'une très-faible pression ischémique avec une bande réglementée, offrent des avantages sérieux au point de vue des accidents consécutifs et du bon fonctionnement des membres amputés. Elle est à même de confirmer la valeur de l'élévation des membres pour arrêter de graves hémorrhagies. Au mois de décembre 1876, j'avançai ce fait, à la Société de chirurgie, en ne l'appuyant que sur trois amputations de doigts pratiquées sur une même malade, âgée de vingt-cinq ans et sur une amputation de jambe au tiers supérieur sur un enfant de quatre ans. Je promettais d'expérimenter sur une amputation d'adulte. C'est ce que je fis sur l'amputée de l'avant-bras, âgée de quarante-trois ans, et dont le moignon est présenté au Congrès. Sur cette opérée, les artères ne furent ni liées, ni tordues, ni forcipressées. Sitôt l'amputation terminée, le lambeau fut rabattu au-devant des os, le pansement avec sutures, bandelettes, ouate, bandes, était complétement terminé quand j'enlevai le lien constricteur appliqué sur le bras. Le membre, à ce moment, se trouvait complétement élevé, l'impulsion sanguine colora la peau d'une teinte bleuâtre pendant cinq à six secondes, puis elle reprit sa coloration naturelle. Pas une goutte de sang ne vint ensanglanter les pièces du pansement. L'aide placé près de la malade pendant vingt-quatre heures, ne fut aucunement obligé d'intervenir.

La solution du problème de l'hémostase naturelle et définitive venait donc d'être résolue sur un adulte et pour une grande amputation, à la période anémique, avec l'aide seulement de l'élévation verticale du membre et de la pression du bandage.

Ce puissant moyen hémostatique, qui, je pense, n'a jamais été mentionné, pourra rendre de signalés services, non moins pour les hémorrhagies des champs de bataille, entre les mains des infirmiers, en l'absence d'un chirurgien, que pour les hémorrhagies qui accompagnent ou suivent les grandes et les petites opérations. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une enquête est ouverte en ce moment, à la préfecture de la Seine au sujet d'un projet d'agrandissement des dépendances du Muséum d'histoire naturelle. Il s'agit de l'achat d'un terrain, sis rue de Buffon, 61, qui forme enclave du Muséum et met obstacle à toute communication directe entre les divers services, dont les laboratoires sont construits sur les terrains du Muséum. Il est non-seulement nécessaire d'établir définitivement une communication assurée entre ces laboratoires, il faut encore prévoir le cas où il deviendrait indispensable de construire de nouveaux bâtiments pour agrandir les services installés actuellement dans des localités insuffisantes.

Jusqu'ici ni l'administration du Muséum, ni le ministre de l'instruction publique n'ont encore indiqué d'une façon positive, la destination qui serait donnée à l'immeuble ci-dessus indiqué. Il est cependant probable que l'on y élèvera de nouveaux laboratoires.

Annuaire de la pharmacie française et étrangère pour 1875, par le docteur C. Méhu, avec suppléments publiés en 1876 et 1877. — 1 vol. in-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, au bureau du *Moniteur scientifique*. Quesneville, 12, rue de Buci.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Bain Pennès, reconstituant,
stimulant et résolutif des plus efficaces.

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux*. — PRIX : 1 fr. 25. — *Se garantir des contrefaçons en exigeant le* TIMBRE DE L'ÉTAT *sur l'étiquette.* — **Vente en gros**, à la Fabrique, 2, r. de Latran, Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies.

Bourboule,
GRANDE SOURCE PERRIÈRE
(PROPRIÉTÉ COMMUNALE)

La thermalité de ces eaux est de 60° centigr.

Elles contiennent 13 millig. d'arsenic par litre, soit 21 millig. d'*acide arsenique*.

Les autres sources de la BOURBOULE, toutes moins arsenicales, permettront aux médecins de varier leurs prescriptions sur place, mais c'est la GRANDE SOURCE PERRIÈRE qui devra toujours être préférée pour le traitement à domicile.

Guérison radicale : *scrofules*, *lymphatisme*, *syphilis tertiaire*, *maladie de la peau*, *des os*, *de la poitrine*, *fièvres intermittentes*, *anémie*, *diabète*, etc.

LES THERMES DE LA BOURBOULE
Bel et grand Établissement nouveau pourvu de tous les perfectionnements modernes.

Expédition : 30 bouteilles 22 fr. — 50 — 35 fr. } Franco en gare de Clermont.

S'adresser : Compagnie fermière des eaux de la Bourboule, à Clermont-Ferrand ; Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris. Agences dans toutes les grandes villes.

Névroses. — Sirop Collas
au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas
au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Pancréatine Defresne
Admise dans les hôpitaux de Paris.

La Pancréatine possède un pouvoir digestif d'une très-grande puissance. Un gramme de cette substance digère *simultanément* : 24 grammes d'axonge, 30 grammes d'albumine ou de viande, 150 grammes de fibrine et 8 grammes d'amidon, soit 212 *fois son poids*.

Les préparations expérimentées dans les hôpitaux sont :

1° Les *Pilules pancréatiques de Defresne*; elles contiennent 20 centigrammes de pancréatine, et se donnent à la dose de 2 à 4 pilules, avant chaque repas.

2° La *Pancréatine Defresne*; elle se prend en poudre, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme avant chaque repas. Chaque flacon est muni d'une petite cuiller contenant 25 centigrammes.

DÉPÔT *à la pharmacie* DEFRESNE, 2, *rue des Lombards, et dans les principales pharmacies.*

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les Ecoulements rebelles des organes génitaux et les Affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Etablissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

REMÈDE DU

Dr Ate LACÔTE. Anti-goutteux
A L'IODURE DE LITHIUM FERRUGINEUX.

— Spécifique de la goutte, du rhumatisme et de la gravelle. — Flacon, 10 fr. ; demi-flacon, 5 fr. — Dépôt central, maison HUGOT, 19, rue Vieille-du-Temple. — Détail toutes les pharmacies.

Bitter—Hollandais
Tonique apéritif Breveté S. G. D. G.

A. BUFFIÈRE-MAGNAUX et MOURGET (de Limoges), seuls fabricants.

Se méfier des contrefaçons.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble
de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**,
pharmacien de 1re classe,
lauréat (médaille d'or), des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU ; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop et Pilules de Bromure
DE ZINC chimiquement pur, inaltérable, préparés par FREYSSINGE, pharmacien, 97, rue de Rennes, Paris. — Le Bromure de Zinc produit à doses beaucoup moindres les effets thérapeutiques du Bromure de potassium sans en avoir les nombreux inconvénients. — *Pilules de Bromure de Zinc arsenical.*

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
A L'ALBUMINATE DE FER

Seule employée par les médecins des hôpitaux de Paris : *MM. Féréol, M. Raynaud, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise*, etc.

Toujours supportée par l'estomac, *Gaz. des Hôp.*

Une cuillerée à chaque repas.

A la phie, 20, fbg Poissonnière, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Morny-Châteauneuf (PUY-DE-DOME)
Sources bicarbonatées gazeuses, calciques, ferrugineuses. — EAU DE RÉGIME ET DE TABLE apéritive, digestive, reconstituante.

Administr., 4, rue Lavoisier, Paris. (Écrire.) — Vente chez tous les march. d'eaux minér. naturelles, dans les pharmacies, restaurants, hôtels.

Tamar indien Grillon.
(Électuaire lénitif n° 532 du Codex.)
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT
contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte, 2 fr. 50.

Élixir de Pepsine à la Glycérine
DE CATILLON.

Cette préparation a un pouvoir digestif bien supérieur à celui de la pepsine ordinaire. Elle n'est pas alcoolique; l'alcool paralyse la pepsine. Son action puissante et rapide entrave les accès de migraine venant de l'estomac, r. Fontaine St-Georges, Paris, 1.

Nº 110. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1877. · 50e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1877. — Nº 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le nouvel Hôtel-Dieu.

Aux souvenirs évoqués, dans la précédente Revue, par l'aspect des ruines de l'ancien Hôtel-Dieu, je me suis engagé à ajouter quelques mots sur l'impression de ma première visite au nouvel Hôtel-Dieu.

En présence du fait accompli, à quoi bon rappeler l'opposition si vive qu'a soulevée le choix de l'emplacement, alors que tout n'était encore qu'en projet ? L'œuvre est faite. Est-elle bien faite? Répond-elle en tous points à sa double destination de maison hospitalière et d'établissement d'instruction? Voilà ce qui seul doit nous intéresser pour le moment. On ne s'attendra pas à une description architecturale par le détail. Les éléments techniques me manqueraient aussi bien, d'ailleurs, que la compétence. Qu'il me suffise de dire que l'espace, relativement exigu, dont avait à disposer l'architecte pour un établissement de cette importance, a été le mieux possible utilisé. Mais, à raison même de cette exiguité, il avait fallu d'abord, pour remplir le premier programme, d'après lequel l'hôpital devait contenir huit cents lits, prendre en hauteur ce qui manquait en surface, et accumuler étages sur étages. L'administration s'est rendue aux justes observations qu'avait suscitées cette superposition de galeries, condamnée d'avance par la science. Le troisième étage a disparu et le chiffre des lits a été réduit à cinq cents ou quatre cent cinquante, non sans un surcroît considérable de dépense, mais en définitive avec un bénéfice net pour l'hygiène. Bref, tel qu'il est aujourd'hui, le nouvel Hôtel-Dieu occupe tout l'espace compris entre le parvis Notre-Dame, sur lequel il a sa façade principale et son entrée, au midi, en face les anciens bâtiments, le quai Napoléon au nord, la rue d'Arcole à l'est et la rue de la Cité à l'ouest. Il a extérieurement une forme rectangulaire. Il se compose d'un avant-corps avec porte basse et à claire-voie au milieu, laissant voir l'intérieur, et deux corps de bâtiments latéraux destinés aux bureaux et aux logements du personnel administratif et des internes; d'un grand corps de bâtiment formant le fond avec large façade sur le quai Napoléon, c'est-à-dire sur le grand bras de la Seine, où se trouvent, au milieu, la chapelle non encore terminée, et des deux côtés, à droite l'habitation de la communauté, à gauche les salle et chapelle des morts, les salles d'autopsie, les amphithéâtres de cours et d'opérations, et les locaux destinés aux laboratoires; de deux longues galeries intérieures parallèles réunissant l'avant-corps avec le fond, circonscrivant une grande cour intérieure ou vaste préau parallélogramme, et d'où partent latéralement trois pavillons à trois étages (compris le rez-de-chaussée), de chaque côté, où sont les salles de malades. Ces pavillons sont séparés les uns des autres par des préaux, cours ou parterres, le tout rappelant assez bien la disposition générale de l'hôpital Lariboisière.

La porte d'entrée donne accès dans un large vestibule, ouvrant au milieu sur une première cour où peuvent accéder et stationner les voitures, et conduisant, à droite, dans la galerie des bureaux et des logements du personnel, et, à gauche, dans les salles de consultations. De la cour, bordée des deux côtés par les salles de garde et diverses dépendances du service, un large et bel escalier conduit à la grande cour intérieure ou jardin, au fond duquel est un deuxième escalier tournant, peut-être un peu trop monumental, conduisant à la chapelle. Tout autour de cette grande cour intérieure règne un promenoir couvert sur lequel ouvrent les entrées des galeries et des pavillons. De semblables galeries couvertes, à colonnades légères, règnent également aux deux étages supérieurs. Le coup-d'œil d'ensemble de tout cet intérieur ne manque ni d'ampleur, ni d'élégance, et il contraste agréablement avec l'aspect froid et sévère de l'extérieur.

Les salles des pavillons, pleine d'air et de lumière, ne renfermant pas chacune plus de vingt-quatre lits, convenablement espacés, frappent au premier abord par leur exquise propreté. Elles reçoivent le jour et l'air par de grandes croisées, non opposées, mais alternes, ouvrant des deux côtés sur les préaux. A l'aération par les croisées, on a joint une combinaison des deux systèmes d'appel et de ventilation de Hecke et de Duvoir. Le chauffage est assuré à la fois par des cheminées et par un double système de circulation d'air chaud et d'eau chaude, alimenté par de vastes appareils placés dans les sous-sols. Les deux galeries parallèles du centre, d'où rayonnent les pavillons, sont divisées en petites salles, en chambres à un, deux ou trois lits, coupées, par intervalles, par des réfectoires ou des salons de réunion pour les malades. C'est provisoirement dans ces salons, à défaut d'amphithéâtres actuellement disponibles, que les chirurgiens font

leurs opérations. Quant à ces amphithéâtres, ainsi qu'aux vastes locaux que l'administration a mis à la disposition de la Faculté de médecine pour les besoins de l'enseignement, nous n'en pouvons rien dire, les dispositions intérieures étant encore à faire.

Nous avons parlé, en passant, des sous-sols. Ce n'est pas la partie la moins intéressante de ce nouvel établissement. C'est là, en effet, que résident et fonctionnent tous les services accessoires si importants d'un hôpital, magasins d'approvisionnement, salles de bains, pharmacie avec ses laboratoires, ses distilleries et sa tisanerie, cuisines, appareils de chauffage, etc., le tout desservi par des voies ferrées, par des monte-charges, et des ascenseurs faisant communiquer les rez-de-chaussée avec tous les étages supérieurs, à chaque pavillon.

Maintenant tout est-il parfait dans cette distribution et dans cet agencement complexe? Il serait téméraire ou tout au moins prématuré de l'affirmer. C'est à l'usage qu'on en pourra juger. Architectes et ingénieurs se sont entendus pour faire le mieux possible, étant donné l'emplacement, et ils ont mis au service de l'œuvre les moyens et les procédés de la science moderne. Cependant quelques lacunes et quelques imperfections ont été déjà signalées, qui, peut-être, eussent pu être évitées si les médecins avaient eu une part plus large que celle qui leur a été faite dans les conseils. Nous avons vainement cherché des salles d'isolement pour les maladies contagieuses, si vivement réclamées aujourd'hui par le corps médical tout entier dans tous les hôpitaux, — car nous ne pouvons pas considérer comme telles les petites salles ou chambres particulières, qui communiquent toutes entre elles et avec les grandes salles voisines. Une part large, avons-nous dit, a été faite à l'enseignement et à la science, et sous les réserves de ce que nous apprendra la prochaine installation des services qui y sont consacrés, nous croyons que la Faculté et les élèves n'auront qu'à s'en louer. Mais on nous semble avoir oublié que l'enseignement officiel n'était pas le seul dont il y eût à garantir les intérêts. Il y a, à côté de lui, l'enseignement libre, auquel coopèrent plus ou moins activement les médecins et les chirurgiens étrangers à la Faculté. Or, nous n'avons rien vu jusqu'à présent qui indique qu'on s'en soit préoccupé. Enfin, une plainte a été adressée au directeur de l'Assistance publique par les internes, auxquels ont été affectés, pour les services de garde et autres dépendances, des locaux véritablement insuffisants ou imparfaitement aménagés. Espérons qu'il sera fait droit à leur légitime réclamation.

De la coexistence de la fièvre typhoïde avec les fièvres éruptives chez le même individu.

C'est sous un point de vue quelque peu différent de ceux qui occupent depuis quelque temps l'attention, que nous allons parler encore aujourd'hui de la fièvre typhoïde. On sait qu'après avoir admis longtemps le principe de l'incompatibilité des actions morbides, principe qui excluait naturellement l'idée de la simultanéité ou de la contemporanéité des fièvres éruptives entre elles ou avec d'autres affections pyrétiques, les médecins, forcés par l'évidence des faits qui se sont en quelque sorte imposés à leur observation, en sont venus aujourd'hui à reconnaître et à constater la possibilité de voir évoluer simultanément deux fièvres éruptives ou l'une des fièvres éruptives et la fièvre typhoïde. C'est de ce dernier point, la coexistence des fièvres éruptives avec la fièvre typhoïde chez le même individu, que nous allons entretenir un instant nos lecteurs. Les éléments de cette petite exposition de faits vont nous être fournis par une intéressante étude sur ce sujet, que vient de publier M. le docteur J. Bez, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

M. Bez a réuni dans ce travail, sous autant de chefs distincts, toutes les observations qu'il a pu trouver dans les annales de la science, et qui établissent la coexistence de la fièvre typhoïde avec une fièvre éruptive; et il a pu démontrer ainsi par des exemples la présence simultanée dans l'organisme, ou la succession immédiate, du poison typhoïde avec le virus scarlatineux, avec le virus morbilleux et avec le virus variolique.

Fièvres typhoïde et scarlatine.

Les exemples de fièvre typhoïde développée pendant le cours d'une scarlatine sont assez rares pour que Murchison, dans une période de dix ans, à l'hôpital des fiévreux de Londres, n'ait pu trouver qu'un seul fait où un sujet, entré pour une scarlatine, ait pris la fièvre typhoïde dans les salles. Chez ce malade, la fièvre typhoïde débuta dans la convalescence de la scarlatine (le vingt-sixième jour). Les exemples de scarlatine développée dans le cours d'une fièvre typhoïde, sont beaucoup plus communs. Le même observateur en a rapporté neuf cas; dans quatre au moins d'entre eux, les éruptions des deux affections étaient présentes en même temps. Dans deux de ces cas, l'éruption scarlatineuse apparut dans la troisième semaine de la convalescence. Dans un autre, la scarlatine se montra le vingt-unième jour de la fièvre typhoïde. Elle fut suivie d'adénites, d'otorrhées et se termina par la mort. Dans un cinquième cas, la fièvre scarlatineuse apparut au seizième jour de la fièvre typhoïde. Chez tous ces malades, les symptômes concomitants habituels de l'exanthème scarlatineux étaient manifestes.

M. Bez a réuni sept observations de scarlatine développée dans le cours de la fièvre typhoïde. Dans ces sept cas, la fièvre typhoïde était en général bien caractérisée par les taches rosées, les sudamina, les symptômes abdominaux, l'état de la langue et des lèvres, la prostration, le délire, la toux, etc.

La durée de l'affection typhoïde a été assez longue, pas moindre de quatre septénaires. Presque tous les observateurs ont expressément noté la persistance des symptômes typhoïdes pendant tout le cours de la desquamation scarlatineuse.

Les prodromes scarlatineux ont duré de un à trois jours, dans les faits où ils sont signalés. On a remarqué principalement une recrudescence fébrile du mal de gorge, avec rougeur et tuméfaction des organes de l'isthme, et la disparition subite de l'enduit lingual, avec saillie des papilles de la muqueuse.

L'éruption scarlatineuse est apparue une fois dans le premier septénaire; deux fois dans le second; trois fois dans le troisième; enfin, une fois dans le quatrième.

Quelle que fût d'ailleurs l'époque de cette apparition, les phénomènes typhoïdes étaient encore dans toute leur vigueur, et, le plus souvent, les taches rosées persistaient encore.

L'évolution de l'exanthème scarlatineux, constamment généralisé, n'a jamais présenté d'irrégularités. Il n'a pas duré moins de quatre jours et le plus souvent il a persisté au-delà de cinq jours.

La desquamation a toujours été abondante et n'a pas souffert de retard appréciable.

Les taches rosées et le pointillé scarlatineux ont coexisté côte à côte plus ou moins longtemps.

(1) *De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la fièvre typhoïde chez le même individu.* — In-8°, 1877. — Chez V. A. Delahaye et Ce.

Les symptômes scarlatineux concomitants n'ont fait défaut dans aucun cas : amygdalite caractéristique, souvent exsudative, langue framboisée, accélération subite et considérable du pouls, chaleur âcre des téguments, agitation et délire nocturne.

La contagion scarlatineuse a toujours été postérieure à celle de la fièvre typhoïde.

La période d'incubation de la scarlatine chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, soit enfants ou adultes, hommes ou femmes, a présenté la même longueur qu'à l'ordinaire.

La terminaison a été, sauf dans un cas, la guérison. Chez le malade qui a succombé (un enfant), la mort est survenue le vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde, cinquième de la scarlatine, au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques. A l'autopsie, on a trouvé deux plaques de Peyer ulcérées, en voie de cicatrisation.

L'influence de la fièvre typhoïde sur la scarlatine paraît avoir été nulle.

Il n'en a pas été de même de la scarlatine sur la fièvre typhoïde. Pendant la période de développement de la scarlatine, les symptômes typhoïdes sont devenus latents, pour ainsi dire, et comme rejetés au second plan. La scarlatine n'a aucunement augmenté l'intensité de la fièvre typhoïde.

Fièvre typhoïde et rougeole.

M. Bez a observé, en 1873, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron, un petit garçon de quatre ans, qui, le vingt-huitième jour d'une fièvre typhoïde, présenta une éruption de rougeole. La période d'invasion se révéla uniquement par de la fièvre pendant les deux jours qui précédèrent l'éruption. L'exanthème débuta et s'étendit régulièrement. Le troisième jour, il était encore en croissance sur quelques régions, et, le jour suivant, il n'était plus reconnaissable qu'à quelques macules. La desquamation fut insensible. Les catarrhes n'apparurent qu'avec l'éruption et furent peu intenses. Durant l'exanthème morbilleux, il se développa de nombreux furoncles, puis de l'otorrhée bilatérale, de l'albuminurie avec anasarque. Le petit malade finit par guérir après trois mois de séjour à l'hôpital.

Fièvre typhoïde et variole.

La variole et la varioloïde ont été observées chez des enfants atteints de fièvre typhoïde, mais beaucoup plus souvent elles se sont montrées pendant la convalescence. Dans ce cas, la variole se complique plus facilement de purpura qu'à la suite de toute autre affection. La variole s'observe très-fréquemment dans les asiles de convalescence, à la suite des pyrexies et particulièrement de la fièvre typhoïde.

La coexistence de la variole et de la fièvre typhoïde a été constatée aussi avec antériorité de l'éruption variolique, mais les exemples en sont beaucoup plus rares; et, même dans les faits les plus authentiques qui ont été publiés, il a été extrêmement difficile, vu l'incertitude où l'on est encore sur la période d'incubation de la fièvre typhoïde, de bien déterminer de quel côté a été la priorité réelle.

L'influence de la variole sur la fièvre typhoïde n'a pas été très-nettement appréciée. Dans les cas rappelés dans le travail de M. Bez, la fièvre typhoïde avait été sérieuse, mais sans que l'on pût dire que cela ait tenu à la présence de la variole, qui avait été bénigne.

Quant à l'influence de la fièvre typhoide sur la variole, elle a paru se résumer dans deux particularités communes aux observations réunies dans ce travail : l'insignifiance de l'exanthème varioleux et la tendance hémorrhagique qu'il a montrée en présence de la fièvre typhoïde, au début de la période de dessiccation.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Effets curatifs des arsenico-ferriques. — Observation clinique.

Par le docteur Xavier Blanchin.

L'arsenic et le fer combinés entre eux, d'une manière naturelle, présentent au médecin des garanties qu'il ne saurait trouver dans aucune des préparations pharmaceutiques de ces deux agents médicamenteux par excellence. Déjà le docteur Clermont (de Lyon) a écrit à ce sujet que « l'arseniate de fer naturel, outre la préférence que lui doit le praticien, écarte les hésitations du dosage à observer, que l'effet de l'arsenic, comme reconstituant, y reste au complet et que l'action de l'agent martial est d'autant plus assurée que l'arsenic lui sert de véhicule dans tout l'appareil circulatoire du malade. »

Le docteur Clermont parle ainsi de la source Dominique de Vals, et spécialement des dragées qu'on a eu l'heureuse idée d'en composer en prenant les éléments de sa minéralisation exceptionnelle. Les dragées Dominique sont donc la préparation la plus remarquable de l'arséniate de fer naturel qui caractérise cette source.

Mis en possession du médicament sous cette forme de bonbon, la première idée qui vient au médecin, c'est d'en adopter particulièrement l'emploi dans la thérapeutique du jeune âge qui ne se prête pas, sans dégoût ou répugnance, aux autres formes. Or, chez les enfants et les jeunes filles, le fer et l'arsenic ont les plus utiles applications, si on songe aux maladies sur lesquelles ils ont une action curative. La faiblesse de constitution, les vices ou défauts de la circulation, l'altération des humeurs, les affections cutanées, les caprices de la digestion, l'inflammation atonique du système lymphatique et glandulaire, les accidents fébriles, les nombreux malaises de l'état chlorotique, etc., etc., ne sont-ils pas les cas les plus fréquents de la pathologie de cet âge, aujourd'hui surtout que les générations sont tributaires de l'anémie organique?

Nous voulons citer, à l'appui de ces réflexions générales, un fait d'observation qui nous est fourni par M. le docteur Lecoconnier.

C'est une jeune fille, Constance S..., dont les règles débutèrent à l'âge de quatorze ans. Le sang se montre régulièrement tous les mois, mais il est pâle. Au terme de ses époques, ce sont toujours des céphalalgies et des vomissements. Le sommeil est troublé de rêvasseries, etc.

Examinée sous le rapport anémique, le médecin constate le bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps; ce bruit se perçoit aussi aux vaisseaux du cou avec intensité. Les muqueuses sont décolorées et les flueurs blanches ont lieu entre les époques d'une manière continue.

Soignée durant sept mois avec les pilules de Vallet, le sirop d'iodure de fer, le vin de quinquina, l'état morbide persiste sans amélioration.

Le 7 juin, commence l'usage des dragées de la Dominique, deux par jour, durant un mois.

Le 9 juillet, tous les principaux phénomènes de l'anémie existent encore; mais les forces se sont un peu relevées et les digestions sont meilleures.

Le 30 juillet, les dragées ayant été continuées à la même dose, le souffle cardiaque est encore perceptible, mais il ne l'est plus aux carotides. Les flueurs blanches ont cessé dans la dernière quinzaine, l'appétit est rétabli, même pour la viande que la malade ne pouvait point voir, les maux de tête ont disparu et la coloration rose des muqueuses est revenue.

La jeune fille, dans tout ce traitement de trois mois, n'a pris que cent dragées Dominique de Vals; l'amélioration progressive, à la dose de deux par jour, paraissait suffisante au docteur.

Nous ferons observer, à ce propos, que ce médicament peut être ordonné à une dose plus élevée, et que, de toutes les relations cliniques que nous connaissons, celle de M. Lecoconnier, dans le cas que nous venons de citer, est unique pour l'effet obtenu avec la dose de deux dragées seulement. On peut donc penser que, s'il les avait ordonnées ici en plus grand nombre, le traitement de la jeune fille aurait donné le résultat obtenu en moins de temps. Nous connaissons des observations analogues dans lesquelles les dragées ont été portées jusqu'à la dose de dix et de douze par jour, et les médecins n'y ont vu que des avantages, notamment dans les cas rebelles de maladies de la peau, ce qui, en vérité, est bien différent du cas qui vient de nous occuper.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DU HAVRE (1).

Séance du 25 *août* (*matin*). — Suite.

Albuminurie d'origine nerveuse. — M. TEISSIER (de Lyon) fait une communication sur ce sujet. Il pense que cette forme d'albuminurie est moins rare qu'on le suppose. On s'accorde généralement à attribuer l'albuminurie à deux causes principales, à une lésion rénale ou à une altération du sang; il en est une troisième qu'on néglige trop souvent, c'est l'influence du système nerveux encéphalique et du grand sympathique. Tous les auteurs reconnaissent l'existence de troubles nerveux importants au début des maladies albuminuriques; mais on les attribue à la congestion rénale et à la déperdition de l'albumine. M. Teissier professe une opinion inverse; il pense que ces phénomènes nerveux jouent assez souvent le rôle de cause, au lieu d'être de simples effets; car ils peuvent exister longtemps avant l'apparition de l'albumine dans l'urine. Il cite cinq observations tirées de sa pratique, dans lesquelles les lésions encéphaliques, se traduisant par de l'amaurose, des vertiges apoplectiformes, des attaques d'hémiplégie, des phénomènes médullaires, ont été suivis d'apparition d'albumine dans l'urine, chez des sujets qui n'en présentaient pas auparavant.

Un autre ordre de faits démontre la possibilité de l'origine nerveuse de l'albuminurie; c'est l'alternance qu'on observe assez souvent entre elle, la glycosurie et la phosphaturie chez les arthritiques. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des sujets à disposition graveleuse ou goutteuse présenter des symptômes de diabète sucré, alternant de mois en mois, de trimestre en trimestre, ou plus encore, suivant le régime et la médication, tantôt avec l'albuminurie, tantôt avec la phosphaturie ou l'azoturie, et cela pendant plusieurs années consécutives.

Dans ces cas, il est évidemment impossible d'expliquer l'albuminurie dans une lésion rénale, ou une altération du sang. On ne peut s'en rendre compte que par une affection des nerfs qui président à l'excrétion urinaire : interprétation qui trouve, du reste, son explication dans les expériences physiologiques.

M. Teissier tire des faits exposés par lui deux conclusions thérapeutiques : la première, c'est que, dans les albuminuries d'origine nerveuse, il faut recourir surtout aux préparations de quinquina, de valériane, de noix vomique, de fer et d'arsenic; la seconde, c'est que, chez les arthritiques, diabétiques et irritables, il faut se garder d'administrer les alcalins à trop fortes doses, sous peine de favoriser les lésions cérébrales.

Des indications de la thoracocentèse. — M. POTAIN, après avoir rappelé les indications de la thoracocentèse : abondance du liquide épanché, ancienneté et nature de l'épanchement, gêne circulatoire qui en résulte, insiste d'une façon toute particulière sur le diagnostic de l'abondance de l'épanchement et sur les difficultés qu'apporte à ce diagnostic l'hyperémie pulmonaire.

M. Potain passe en revue ces deux points de la question. Suivant lui, les difficultés du diagnostic relatif à l'abondance du liquide épanché tiennent surtout aux degrés variables d'affaissement du poumon et aux adhérences qu'il a pu contracter avec la paroi. Quand ces adhérences sont partielles, elles ne jouent qu'un faible rôle et n'empêchent nullement le poumon d'abandonner la paroi thoracique et de se laisser refouler par le liquide. Mais l'hyperémie pulmonaire, quand elle existe à un degré prononcé, diminue la rétractilité du poumon, qui reste volumineux, plonge dans le liquide et produit ainsi une élévation du niveau de l'épanchement que l'on peut croire dès lors beaucoup plus abondant qu'il ne l'est en réalité. M. Potain pense que les signes les plus certains de la congestion pulmonaire associée à l'épanchement consistent dans l'étendue considérable du souffle, et dans la persistance des vibrations thoraciques beaucoup plus bas que le niveau du liquide. C'est à la congestion pulmonaire qu'il faut attribuer la crépitation pleurale. M. Potain pense que cette crépitation est absolument différente du frottement pleural; elle est fine, sèche et limitée à l'inspiration; si elle était due à un frottement pleural, elle devrait se faire entendre aux deux temps.

L'extraction *totale* du liquide constituant une condition favorable à la production de la congestion pulmonaire, qu'on voit si souvent suivre la thoracocentèse, il faut chercher à n'extraire qu'une partie du liquide épanché, et pour cela posséder des indications aussi précises que possible sur les degrés de l'évacuation de la plèvre aux différents instants de l'opération. Dans ce but, M. Potain adapte au tube aspirateur un petit manomètre qui indique, chaque fois qu'on met sa cavité en rapport avec la cavité pleurale, les différents degrés de l'aspiration thoracique, laquelle augmente à mesure qu'on enlève du liquide. Quand on voit augmenter brusquement cette aspiration pleurale, on interrompt l'écoulement du liquide.

Séance du 25 *août* (*soir*).

Sur un nouveau mode de propagation de la fièvre paludéenne. — M. LECADRE (du Havre) présente quelques considérations sur ce sujet; il admet le transport du miasme paludéen par les foins mouillés et rappelle, à cette occasion, les recherches de Salisbury sur les végétaux microscopiques considérés comme le point de départ des accidents d'impaludisme.

Une discussion s'élève à ce sujet entre MM. Leudet, Séguin et Gibert.

De la tuberculose chez les hystériques. — M. LEUDET (de Rouen) lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

1° L'hystérie peut précéder, accompagner le début de la tuberculisation pulmonaire ou même apparaître dans son cours.

2° Le plus souvent, l'hystérie convulsive cesse au moment du début de la tuberculose ou dans sa première période.

3° La névrose provoque souvent, dans le cours de la tuberculose, des troubles de la sensibilité et de la motilité.

4° Ces manifestations de l'hystérie doivent être distinguées des troubles nerveux périphériques vaso-moteurs qu'on observe dans les maladies chroniques et surtout dans la phthisie.

5° La préexistence de l'hystérie n'empêche pas le développement rapide de la phthisie.

6° Le plus souvent, la tuberculose pulmonaire chez les hystériques offre une longue durée. Les rémissions paraissent plus longues que chez les malades non hystériques.

M. VERNEUIL demande à M. Leudet si les hystériques tuberculeuses qu'il a observées, avaient eu des manifestations scrofuleuses dans leur enfance. Car il a cru remarquer une sorte d'antagonisme entre la scrofule et l'hystérie.

M. LEUDET, sur vingt-trois hystériques tuberculeuses, n'en a rencontré qu'une seule qui avait été scrofuleuse dans son enfance.

Du climat algérien. — M. LANDOWSKI lit une étude sur la climatologie algérienne, dans laquelle il cherche à démontrer l'influence heureuse qu'exerce le climat du littoral algérien sur la marche de la phthisie.

Oligurie et polyurie. — M. NEPVEU lit un travail sur l'oligurie et la polyurie par action reflexe d'origine testiculaire. Voici les conclusions de ce travail :

1° Le testicule peut être dans certaines conditions anormales

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 septembre.

(injection iodée dans la vaginale, affections douloureuses des testicules), le point de départ d'actions réflexes qui agissent sur la sécrétion urinaire.

2° Cette action réflexe, envisagée particulièrement dans le cas d'hydrocèle traitée par l'injection iodée, se traduit par une série d'oscillations en sens inverse, dans la sécrétion : oligurie pendant quelques jours, puis polyurie et enfin retour à l'état normal.

3° L'opération de l'injection iodée dans la vaginale doit être envisagée comme une véritable expérience physiologique qui, mieux sur l'homme que toute autre expérience sur l'animal, peut servir à établir la réalité de ces connexions physiologiques entre la sécrétion rénale et les irritations portant sur les plexus spermatiques.

Gaz libres intra-artériels. — M. COUTY a fait dans le laboratoire de M. Vulpian un très-grand nombre de recherches et d'expériences sur les troubles produits par les gaz libres intra-artériels. Voici les conclusions de son travail :

1° Les bulles gazeuses créent un obstacle à la circulation capillaire sans constituer de véritables embolies.

2° Cet obstacle varie avec l'organe ; ainsi 5 à 20 centimètres cubes de gaz, injectés vers la carotide, ont traversé l'encéphale en quelques minutes; les mêmes quantités injectées vers l'artère crurale ont produit dans le membre un arrêt momentané de la circulation : enfin cet arrêt de la circulation a été, dans la rate et les intestins, durable et persistant.

3° L'obstacle varie avec l'état de la pression artérielle, et si cette pression est très-élevée, le passage des bulles est plus rapide.

4° L'obstacle varie avec l'état des vaisseaux et la section du sciatique a toujours accéléré la circulation des bulles dans le membre correspondant.

5° La pression nécessaire pour pousser de l'air par le bout périphérique d'une artère, a varié avec l'organe, 8 centimètres de mercure en moyenne pour un membre ; plus de 14 centimètres cubes pour la rate et l'intestin.

6° Dans certains organes, poumons, membres et encéphale, l'air poussé par le tronc artériel ne traverse pas les capillaires; mais, refluant dans les anastomoses artérielles, il revient dans l'aorte et la circulation générale.

7° Les gaz aortiques, ou mieux les gaz artériels généralisés, en quantité moyenne, 10 à 30 centimètres cubes n'ont pas paru produire d'accidents, au moins immédiats.

8° Ces gaz ont déterminé dans quelques cas un arrêt brusque et primitif du cœur ; arrêt dû peut-être à la présence de bulles dans les artères coronaires, ou mieux à l'anémie brusque du myélencéphale.

9° Plus souvent, la mort s'est produite, après des injections considérables de 150 à 200 centimètres cubes, par arrêt primitif de la circulation, arrêt consécutif de la respiration, puis du cœur.

L'arrêt circulatoire primitif, la chute de la tension avaient pour causes : 1° le passage dans les veines d'une partie des gaz artériels, et consécutivement tous les accidents de distension du cœur droit et d'asystolie déjà décrits par M. Couty, dans un autre travail; 2° le ralentissement du sang déterminé directement par les bulles dans les capillaires ; 3° surtout quand la mort est assez lente, la paralysie des centres vaso-moteurs; due à l'anémie prolongée du myélencéphale, et une chute consécutive de la pression artérielle.

Pansement de Lister. — M. LETIÉVANT communique un travail sur le pansement antiseptique de Lister. Il emploie ce mode de pansement depuis deux ans, et voici les trois principaux résultats qu'il a obtenus : il n'y a plus eu d'infection purulente dans son service ; les blessures compliquées graves ont guéri plus facilement et plus rapidement. Il a presque toujours obtenu la réunion immédiate après les opérations.

Pessaires. — M. GAYRAL présente une série de pessaires destinés à soutenir l'utérus et à porter des substances médicamenteuses au contact du col.

Séance du 27 août (matin).

Les maladies des yeux au Havre et dans les environs. — M. BRIÈRE présente, sur ce sujet, quelques considérations qui peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les affections oculaires externes sont plus fréquentes au Havre que dans les pays de l'intérieur, dans une proportion qui varie de 10 à 15 et 20 pour 100, suivant les années.

2° Mai est le mois où ces affections sont le plus nombreuses; août et décembre sont ceux qui en comptent le moins.

3° Cette proportion plus élevée de maladies d'yeux ne tient pas seulement au voisinage de la mer, mais surtout à la réunion de mauvaises conditions hygiéniques qu'on observe dans certains quartiers, car ces maladies affectent de préférence les pauvres de ces mêmes quartiers.

4° Saint-François, Notre-Dame et le Perret sont les points de la ville le plus éprouvés. Il serait urgent d'assainir ces quartiers en élargissant les rues étroites qui s'y trouvent.

5° Les ophthalmies scrofuleuses et notamment les conjonctivites granuleuses et les kératites consécutives sont fréquentes, mais beaucoup plus dans les quartiers où les logements sont malsains et dans les familles où l'on méconnaît les lois de l'hygiène accessible à tous.

6° Il serait nécessaire que tout enfant qui entre dans un asile ou dans une école et qui est atteint d'ophthalmie, fût soumis à un examen qui permettrait de constater s'il s'agit de conjonctivite granuleuse; auquel cas, l'enfant ne pourrait fréquenter l'école, du moins pendant les périodes aiguës.

M. GALEZOWSKI, à l'occasion de la communication de M. Brière, insiste sur la différence qui doit être établie entre les granulations conjonctivales papillaires et les granulations vraies néoplasiques contagieuses. Il appuie la proposition d'isolement que vient de faire M. Brière.

M. LECADRE, aux causes d'ophthalmies signalées par M. Brière, croit qu'il faut ajouter l'habitation dans les maisons neuves.

De la thermométrie dans les maladies oculaires. — M. GALEZOWSKI communique un travail sur ce sujet. Si l'on compare, dit-il, la température des différentes régions du corps, on constate qu'elle est diminuée normalement dans les parties qui sont moins abritées. Ainsi la température de l'œil est généralement plus basse que celle de la région axillaire. Elle s'élève assez facilement de 1 degré, de 2 degrés ou même de 2,5 dans les cas de conjonctivite grave, d'iritis ou d'irido-choroïdite. M. Galezowski a soin, en même temps qu'il prend la température de l'œil, d'examiner les variations de la température générale du corps. Celle-ci, en effet, est très-importante dans les affections oculaires, parce qu'elle permet de reconnaître si c'est à une cause générale qu'est due l'affection oculaire.

Des lésions vasculaires dans les maladies de la rétine. M. GALEZOWSKI, après de nombreuses recherches, est arrivé à cette conclusion, qu'il n'existe pas de maladies de la rétine sans lésions vasculaires. Les rétinites syphilitiques sont toujours dues à une sorte d'endartérite. Les rétinites albuminuriques, glycosuriques sont toujours accompagnées d'infiltrations périvasculaires ou d'apoplexies. Les embolies rétiniennes, les endartérites accidentelles et les anévrysmes miliaires, dont M. Galezowski a rapporté, avec M. Liouville, plusieurs exemples viennent à l'appui de cette proposition qu'il n'y pas d'affection rétinienne sans lésion vasculaire.

De l'artérite cérébrale syphilitique.— M. LANCEREAUX fait une communication sur les lésions syphilitiques des artères cérébrales. Ces lésions, dit-il, peuvent s'étendre à toutes les artères de l'encéphale. Mais elles n'intéressent le plus souvent que la sylvienne; ce sont des lésions circonscrites qui ont pour siége le tissu sous-épithélial. Au microscope, on observe de jeunes cellules embryonnaires, quelquefois fusiformes, les amas de ces cellules forment une petite tumeur qu'envahit la dégénérescence graisseuse, autour d'eux se voient des zones d'altération qui peuvent atteindre

les tuniques voisines. De l'évolution que suivent ces amas cellulaires dépend l'état anatomique de l'artère, tantôt ulcération, tantôt résorption et dilatation partielle, tantôt rétrécissement ou même oblitération, tantôt, enfin, formation d'un anévrysme. On reconnaît que ces lésions sont syphilitiques parce qu'elles sont circonscrites à un organe et non pas générales comme dans l'athérome, parce qu'enfin elles apparaissent à un âge relativement jeune tandis que l'athérome se produit toujours a un âge avancé?

Le rétrécissement s'annonce par des phénomènes transitoires, l'oblitération par des phénomènes contraires; dans l'apoplexie les phénomènes sont immédiats; dans la syphilis, au contraire, il y a une période prodromique caractérisée par de la céphalée, des vertiges, des vomissements, etc.

M. LIOUVILLE, rapprochant les deux communications précédentes, insiste sur le caractère commun des deux lésions anévrysmales indiquées par MM. Galezowski et Lancereaux, caractère qui consiste dans la généralisation. Dans tous les cas indiqués par ces messieurs, les malades présentaient une diathèse que l'on devrait toujours chercher dans les cas de ce genre.

De l'alcoolo-diabétisme. — M. VERNEUIL fait une communication sur les blessures dans l'alcoolo-diabétisme. On commence à connaître assez bien aujourd'hui l'influence des diathèses sur le traumatisme; mais il est des cas plus complexes, dans lesquels tel sujet peut se trouver sous l'influence simultanée de deux diathèses. M. Verneuil en donne un exemple par l'étude de l'alcoolo-diabétisme. Il rapporte trois observations dont voici le résumé.

Un marchand de vin de Suresnes, de cinquante-cinq ans, se fait une piqûre extrêmement légère au doigt; il s'ensuit un phlegmon de l'avant-bras, et le malade succombe dans un état adynamique profond, avec des plaques gangréneuses dans toute l'étendue du membre. Il était diabétique.

Un autre marchand de vin reçoit sur la tubérosité du tibia un violent coup de pied; les téguments, cependant ne sont pas excoriés; mais notre homme est diabétique. Aussi, quelques jours après, les téguments se sphacèlent, la gangrène s'étend, et de la région du genou se propage à toute la cuisse; la mort survient dans l'adynamie la plus complète.

Dans une troisième observation, il s'agit encore d'un marchand de vin de quarante-neuf ans, qui, en 1872, était déjà atteint de polydipsie.

Il consulta le médecin pour une sorte de strangurie; les urines renfermaient environ 30 grammes de sucre par litre, et de l'albumine en quantité notable. En même temps on vit paraître tous les signes d'une cystite purulente, après une simple exploration du canal. Le traitement antidiabétique diminua de beaucoup la quantité du sucre, qui disparut même à un certain moment; l'albumine persistait. Le malade est envoyé à Contrexéville; il en revient très-fatigué, avec des frissons et de la fièvre. Les urines renferment du pus et même des cylindres fibrineux. Il est pris de ballonnement du ventre, d'un état de subdélirium inquiétant; le pouls accuse 120 pulsations, les douleurs lombaires s'accroissent, la néphrite se caractérise d'une façon positive, et le malade meurt le 5 août.

Chez tous ces malades, les lésions anatomiques étaient considérables; la muqueuse gastrique était ardoisée, le foie était cirrhosé, les reins offraient des traces de périnéphrite : toutes lésions signes de l'alcoolisme.

L'alcoolisme doit donc être aussi recherché chez les diabétiques; les malheureux atteints de cette double affection sont très-fréquemment pris d'inflammation diffuse, de phlegmons graves, suivis d'un état adynamique très-prononcé, de gangrène étendue et de congestions viscérales importantes.

Il semblerait que, dans tous les faits observés, la mort soit plutôt due aux altérations viscérales d'origine alcoolique.

M. GALEZOWSKI dit que les diabétiques de sa clientèle privée, opérés de la cataracte, guérissent très-bien, tandis qu'à sa clinique il a eu plusieurs insuccès qu'il explique par la combinaison des deux diathèses, l'alcoolisme et le diabétisme.

Thermo-cautère. — M. VERNEUIL, au nom de M. PAQUELIN, présente une brochure sur l'emploi du thermo-cautère.

Anneaux-pessaires, hystérophore. — M. DUMONTPALLIER présente les anneaux-pessaires et l'hystérophore qu'il a fait construire par M. Galante. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, nº du 24 mars 1876, page 265.)

Séance du 27 août (soir).

Névralgie de la face et névrotomie. — M. TRIPIER (de Lyon), communique un cas de névralgie de la face avec zone épileptogène pour lequel il a pratiqué une opération de névrotomie et d'ostéomie combinées qui a été suivie de guérison.

Le café. — M. LEPLÉE (de Rouen), lit un travail sur le café. Après avoir passé successivement en revue les points relatifs à sa découverte, à son importation en Europe, à ses caractères botaniques, il expose les diverses opinions des auteurs sur son usage thérapeutique, et insiste particulièrement sur son action anaphrodisiaque.

M. BERGERON, d'accord avec M. Leplée, demande que l'on combatte cette idée que la chicorée peut être substituée au café.

Trocart pour l'anasarque. — M. SOUTHEY (de Londres), présente un instrument destiné à faciliter l'écoulement continu du liquide dans l'anasarque. Il introduit dans le tissu cellulaire des membres, du scrotum, un petit trocart presque capillaire sur la canule duquel s'adapte un tube en caoutchouc. La canule de ce trocart est percée de plusieurs trous latéraux qui permettent au liquide d'y pénétrer. A l'aide de ce procédé, l'écoulement du liquide est assez abondant pour que, dans l'espace de vingt-quatre heures, une canule fixée à chacun des deux membres inférieurs donne issue à deux litres de liquide. Les avantages de ce procédé sur les anciennes mouchetures sont les suivants : souffrance moins vive, écoulement plus abondant et plus rapide, propreté parfaite, et, par suite, absence d'ulcérations, d'érysipèle; contrôle et analyse possibles du liquide. M. Southey insiste sur la nécessité de nettoyer la canule avec le plus grand soin, et d'apporter la plus grande propreté dans les pansements consécutifs.

Empoisonnement par le pétrole. — M. DERO (du Havre), communique un cas d'empoisonnement par le pétrole.

M. LALESQUE indique, à M. Dero, un autre cas d'empoisonnement par le pétrole, qui a été publié par un journal médical de Bordeaux.

Traitement de l'ectropion. — M. FIEUZAL compare les résultats de la tarsorrhaphie et de la blépharoplastie dans les cas d'ectropion invétéré. Il est arrivé à cette conclusion, basée sur un certain nombre d'observations, que dans les ectropions matériels invétérés, la tarsorrhaphie est un moyen très-utile, mais insuffisant pour restaurer des paupières tenues ouvertes par le tissu cicatriciel. Contrairement à M. Verneuil, il pense qu'on ne peut venir à bout de surmonter la rétraction cicatrielle qu'en faisant d'abord la tarsorrhaphie, et en y adjoignant la blépharoplastie, et même, dans bon nombre de cas, la greffe dermo-épidermique et les sutures de Snellen. On peut affirmer aujourd'hui, qu'à l'aide de la combinaison de ces divers procédés, il n'y a plus d'ectropions qui soient au-dessus des ressources de l'art. M. Fieuzal cite cinq observations qui justifient l'emploi des moyens qu'il vient d'indiquer pour mettre fin à des ectropions contre lesquels une première tarsorrhaphie s'est constamment montrée impuissante. Il prie donc M. Verneuil de vouloir bien faire connaître les motifs de l'abandon qu'il fait aujourd'hui de la blépharoplastie, après avoir magistralement décrit, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, les procédés applicables aux divers ectropions.

M. VERNEUIL répond que, dans les cas qu'il a eu à opérer, la tarsorrhaphie a réussi, qu'il a eu non-seulement des succès immédiats, mais des succès persistants, puisqu'il a revu plusieurs de ses opérés six années après l'opération. Il préfère donc la tarsorrhaphie à tous les autres procédés, parce qu'elle est plus simple, plus facile à pratiquer et qu'elle lui a toujours donné de très-bons résultats. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 septembre 1877, MM. les docteurs Gillet et Madon ont été promus au grade de médecin principal de la marine.

M. Malespine a été promu au grade de pharmacien principal de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Reclus, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, pour entrer en fonctions le 1er novembre 1877, en remplacement de M. Berger.

M. Peyrot, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, pour entrer en exercice à dater du 15 mars 1878, en remplacement de M. Humbert.

— Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs fait à ladite Académie par M. Herpin (Jean-Charles), suivant son testament en date des 3, 4 et 5 octobre 1871, et consistant en « partie d'un titre de rente italienne 5 0/0 n° 219.342, de quatre cents francs de rente annuelle », pour la fondation d'un prix à décerner tous les quatre ans.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Dumas (Jules-Léon), est institué chef de clinique obstétricale pour une période de trois années (emploi nouveau).

— MM. les docteurs Cautel (des Mées), Régnoul (de Villeneuve-la-Guyard) et Delotz (de Saint-Flour) sont nommés officiers d'Académie.

— Une épée d'honneur va être offerte par les habitants de l'île Molène, à M. Danguy Desdéserts, médecin de première classe de la marine du port de Brest, en témoignage de reconnaissance des soins qu'il leur a donnés, pendant l'épidémie de typhus qui a sévi dans cette île il y a quelques mois. (*Union médicale.*)

— Les fêtes du 400e anniversaire de la fondation de l'université d'Upsal ont commencé le 5 septembre, dans cette ancienne résidence des rois de Suède.

Voici quelques détails sur la première journée :

A neuf heures du matin, les invités se sont réunis au parc Caroline, près de la statue de Charles XIV (Bernadote); à dix heures, le cortége s'est rendu à la cathédrale, à travers les rues de la ville, décorées de drapeaux de toutes les nations.

On remarquait des savants et des représentants des universités d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie, de Danemark, de Hollande, de Belgique, d'Angleterre, de France, de Suisse et des Etats-Unis.

A onze heures, le roi Oscar a pris place sur son trône, à l'intérieur de la cathédrale, à droite de l'autel, ayant à ses côtés le prince héritier.

Après le service religieux, l'archevêque d'Upsal, primat du royaume, a prononcé une allocution ; puis le « le rector magnificus » a souhaité en latin, la bienvenue aux savants étrangers. Un délégué de chaque nation a répondu dans la même langue. C'est M. Geffroy, de l'Institut, qui a parlé au nom des Français.

Le soir, toutes les maisons de la vieille cité scandinave, l'observatoire, le château et les rives de la Fyris ont été illuminés.

(*Journal officiel*).

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1876, 3e et 4e fascicules). — In-8° de 380 pages. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 111. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 25 SEPTEMBRE 1877. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. PARROT.

Des lésions osseuses à l'aide desquelles on peut diagnostiquer la syphilis héréditaire.

Lorsque les enfants sont amaigris, soit par le fait de la maladie elle-même, soit pour toute autre cause, il est certaines parties du système osseux sur lesquelles il est possible, avec un peu d'attention, de discerner des indices certains de syphilis.

La première région sur laquelle le médecin doit immédiatement porter ses recherches quand il soupçonne, chez un enfant, l'existence de la syphilis et en l'absence de toute autre manifestation clinique, c'est la face interne du tibia. Là, en effet, au lieu de cette dépression habituelle qui existe chez tous les individus sains, bien conformés, on trouve une véritable tuméfaction osseuse, bombée, en forme de bosselure.

Quelquefois, le gonflement existe d'une manière générale et occupe toute l'étendue de la face interne du tibia; dans d'autres cas, exceptionnels il est vrai, au lieu de cet épaississement général de l'os, on constate toute une série de petites saillies, de petites tubérosités, séparées les unes des autres par des dépressions.

Un autre point qu'on devra également examiner avec soin, c'est la partie inférieure de l'humérus. Mais tandis que, pour le tibia, l'os superficiellement situé se prêtait facilement aux investigations des médecins, ici les recherches sont un peu moins aisées. L'humérus, en effet, notamment à sa partie inférieure, est recouvert de muscles, de tendons nombreux; à ce niveau, la peau est notablement épaissie et toutes ces conditions empêchent de sentir d'une façon bien évidente, surtout quand on n'y est pas suffisamment habitué, les lésions osseuses dont il importe cependant de constater l'existence.

Quoi qu'il en soit, quand, chez un enfant atteint de syphilis héréditaire, on saisit entre les doigts, et d'avant en arrière, la partie inférieure du bras, on constate une augmentation d'épaisseur, plus ou moins considérable, de l'humérus. Rien n'est plus facile, il est vrai, que de méconnaître l'existence de cette lésion, surtout lorsqu'on n'est pas familiarisé avec cet exercice et que l'on n'a pas l'habitude de ces enfants, mais dans ces cas douteux, il suffit, pour se convaincre que l'os est réellement malade, de saisir d'abord la partie moyenne de l'humérus puis de laisser glisser la main jusqu'à l'extrémité inférieure. On constate alors, en comparant l'épaisseur de la diaphyse avec celle de l'épiphyse, une différence assez notable en faveur de cette dernière.

Un autre signe très-important que vous rencontrerez dans un assez grand nombre de cas, mais à un âge un peu plus avancé, vers les septième, huitième ou douzième mois, est le suivant : quand chez ces enfants on examine la calotte crânienne, non-seulement on reconnaît qu'elle est notablement dépourvue de cheveux, phénomène d'ailleurs assez commun, même chez les individus indemnes de syphilis, mais encore on est frappé, à la simple inspection, de l'existence de bosses disséminées autour du bregma, des fontanelles antérieures. Sur les deux frontaux, dans leur angle mousse et sur les pariétaux, dans l'angle qui confine au bregma, on remarque quatre saillies plus ou moins notables, une sur chaque os. Ces saillies, ces bosses, sont arrondies, semblables à de petites calottes d'oranges qu'on aurait appliquées sur cette partie du crâne. Il est facile, d'ailleurs, en promenant la main sur la tête, de constater l'existence de ces bosses quand elles ne sont pas assez apparentes pour qu'on puisse le reconnaître à la simple inspection.

Enfin, un autre caractère que je dois vous signaler, mais celui-ci beaucoup plus rare que les précédents, c'est que chez certains enfants, et notamment chez ceux qui n'ont pas encore dépassé quinze jours à deux ou trois mois, on observe dans la continuité des membres un et quelquefois deux tubercules fusiformes, de véritables nodosités. Il semble qu'en ces points les os soient enchâssés dans un corps de forme olivaire. Ces lésions osseuses s'observent surtout autour du fémur et principalement à l'origine des membres. Elles sont dues à des fractures en voie de consolidation et sont constituées par l'existence d'un col semi-osseux, semi-fibreux, ainsi que l'anatomie pathologique le démontre à l'autopsie.

Telles sont les lésions que l'on rencontre quelquefois sur les os des enfants affectés de syphilis et qui, quand ils existent, sont autant d'indices certains de la maladie. Aussi la connaissance de ces faits est-elle d'autant plus précieuse que vous les observerez fréquemment chez des individus qui ne porteront, ni sur la peau ni ailleurs, aucun signe, aucune manifestation qui puisse, en quoi que ce soit, éclairer votre religion.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

—

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV.

Dans un cas, celui de Campbell de Montréal (*The Lancet*, vol. II, 1862, p. 41), l'artère fessière elle même, fut liée immédiatement au-dessus du sac, d'après la méthode d'Anel, après l'insuccès de l'injection de perchlorure de fer. Le cas est fort intéressant. Il participait de la nature des plaies d'artères, car bien qu'il existât un sac anévrysmal, il était ouvert et saignait constamment. L'artère avait été blessée par un morceau de fer pointu chauffé au rouge ; la plaie ne s'était pas cicatrisée, ses bords s'étant sphacélés. Le malade était un garçon de quatorze ans, et sa maigreur rendit facile la recherche de la fessière. Si la compression de cette artère n'avait pas réussi à arrêter la circulation dans la tumeur, le docteur Campbell dit qu'il aurait été facile, en écartant les lèvres de la plaie, d'atteindre le bord inférieur du pyramidal et de lier l'ischiatique.

Le cas de Schuh est intéressant sous plusieurs rapports. J'ai déjà indiqué ses traits principaux. L'erreur de diagnostic avait conduit le chirurgien à ouvrir l'anévrysme, et dans un anévrysme traumatique ouvert, il ne pouvait pas y avoir de doute sur la conduite à tenir. Le sac fut largement incisé, d'abord sans chloroforme ; mais comme l'hémorrhagie était effrayante, et que l'indocilité du malade empêchait le chirurgien d'en découvrir la source, le sac fut tamponné avec une éponge, et on administra le chloroforme. On fit alors une grande incision cruciale de huit pouces de long et deux pouces en travers, pendant qu'un aide essayait vainement de comprimer l'aorte. Les grandes branches de la fessière furent exposées à la vue. Une ligature passée autour de quelques-unes d'entre elles, donna au chirurgien le moyen d'exercer une traction sur le tronc de la fessière et, il amena enfin au jour le point blessé. Le tronc avait été partiellement divisé et la piqûre semble avoir été, en partie du moins, dans le bassin, car l'hémorrhagie ne put être arrêtée, qu'en plongeant une aiguille à anévrysme sous les vaisseaux et le nerf, en-dedans de l'échancrure sciatique et en liant le tout. Tout alla bien pendant un mois et la plaie était presque guérie, quand après, une indigestion, il fut pris de fièvre, tomba dans le coma, et mourut, à ce que croit l'auteur, uniquement de cet excès. Tous les organes étaient sains, l'artère liée était imperméable, et toutes les parties autour de la ligature, solidement cicatrisées.

Un autre cas, inédit, d'anévrysme traumatique de la fessière, s'est présenté récemment à l'infirmerie de Liverpool. Le malade était un homme de trente-trois ans, reçu le 21 mars 1872, pour un anévrysme traumatique, résultant d'une piqûre reçue six mois auparavant. Le sac ayant été ouvert et les deux bouts de l'artère liés, il guérit rapidement et quitta l'hôpital le 22 avril.

Dans un anévrysme traumatique, soigné par Blasius (*Deutsche Klinik*, 1859, p. 105), on essaya la galvano-puncture, mais le traitement n'était pas achevé quand le malade mourut de choléra épidémique. Dans l'opinion de ceux qui virent le malade, c'était l'ischiatique qui était lésée ; mais comme on ne fit pas l'autopsie, ce point n'a pas pu être éclairci. Blasius porta ce diagnostic, à cause des douleurs particulières et lancinantes le long du nerf sciatique, qui suivirent la compression prolongée de la tumeur. Il faut ajouter que ce cas n'a pas une grande valeur comme preuve de l'efficacité ou de l'inefficacité de la galvano-puncture, puisque, d'après Blasius lui-même, l'appareil n'était pas convenable. Le diagnostic avait été pendant longtemps obscur, et le patient s'était confié aux soins de Blasius, pour qu'il fît une incision dans sa tumeur qui avait été prise par tous ceux qui l'avaient vue, pour un abcès consécutif à une affection de l'articulation sacro-iliaque. En examinant avec soin, on sentit une légère pulsation et alors l'examen stéthoscopique fit découvrir un bruit de souffle.

Voyons maintenant ce qu'est notre expérience, dans le traitement des anévrysmes de la fesse, que l'on considère comme spontanés.

Ici on n'a aucun indice sur le siége de l'ouverture du sac, ni sur l'état des tuniques artérielles au point affecté. Il ne faut donc pas s'étonner, que l'on ait généralement adopté le traitement par la méthode de Hunter.

Le nombre des anévrysme de la fesse, considérés comme spontanés dans la table de Fischer est de vingt et un. Je serais disposé à rejeter le cas de Baum, qui semble avoir été une tumeur érectile ou téléangiectasis, et à lui substituer le cas de Thomas que j'ai déjà cité. Cela fait toujours vingt-et-un cas, dans cinq desquels on n'adopta aucun traitement. Des seize qui restaient, neuf furent traités par la ligature de l'iliaque interne, deux par la ligature de l'iliaque primitive, quatre par l'injection de perchlorure de fer (une fois, on fit sans succès la compression de l'aorte), dans le dernier, la guérison est attribuée au régime et au repos aidés de la compression directe.

La ligature de l'iliaque primitive, fut fatale dans les deux cas où on la fit. Dans l'un, cas de Dugas et Halt de Georgia (*Americ. Journ. of Med. Scien.* 1860, p. 572) l'ischiatique avait été précédemment liée par la méthode d'Anel, mais il y eut une hémorrhagie secondaire le dixième jour ; le malade mourut d'épuisement vingt-huit heures après la seconde opération.

L'autre est le cas de Uhde (*Deutsche Klinik*, 1853, p. 174), dans lequel on essaya la ligature de l'iliaque interne, mais le chirurgien eut le malheur de lacérer l'artère, en cherchant à passer une aiguille au-dessous d'elle et fut ainsi forcé de lier l'iliaque primitive, pour empêcher son malade de mourir d'hémorrhagie séance tenante. Ce cas est fort intéressant sous tous les rapports ; son histoire, les desseins et la description de l'état des parties, ont les rapports les plus étroits avec les questions pratiques qui touchent à notre sujet. L'anévrysme était spontané, autant qu'on en pouvait juger, c'est-à-dire que le malade parlait vaguement d'un accident ou d'un coup, et qu'il se plaignait constamment de douleurs rhumatismales, si communes dans les anévrysmes. Le patient avait vingt-six ans, il était ouvrier en cuivre, avec une bonne santé générale. L'anévrysme n'avait pas été aperçu avant son entrée à l'hôpital, il avait eu seulement de violentes douleurs le long du trajet du nerf sciatique, pendant une quinzaine de jours, mais avait ressenti dans le membre des douleurs rhumatismales pendant cinq ans. Deux jours après son entrée, le sac s'ouvrit, les pulsations et le bruit disparurent, la tumeur augmenta et les douleurs devinrent si affreuses, qu'il suppliait qu'on l'opérât. On n'éprouva pas de difficultés pour dénuder l'iliaque interne et pour passer au-dessous d'elle une aiguille à anévrysme ; mais, comme le chirurgien cherchait à dégager le fil, un flot de sang s'échappa tout à coup et l'artère s'affaissa. La ligature immédiate de l'iliaque primitive arrêta l'hémorrhagie, mais le malade mourut, le quatrième jour après l'opération, d'épuisement et de gangrène commençante.

L'autopsie montra une ouverture arrondie à la partie interne

1 Suite. — Voir le numéro du 15 septembre.

et postérieure de l'artère iliaque interne, à six ou sept lignes de son origine, et ayant environ une ligne de diamètre. C'était là que l'artère s'était rompue pendant l'opération. Cette ouverture était entourée d'un disque jaunâtre, et çà et là, on voyait sur l'iliaque et la crurale des plaques indurées. L'artère fessière s'était rompue, juste au point de sa sortie du bassin, et là, elle communiquait avec un sac (l'anévrysme du début) au delà duquel elle était oblitérée, pendant une petite distance, puis elle redevenait perméable. On ne dit rien de l'état des tuniques artérielles, au point de la rupture. Le sac primitif, consistait en tissu fibreux, doublé d'une couche de fibrine, et il présentait cinq prolongements différents, dans l'épaisseur du fessier moyen; l'un d'eux s'était rompu, formant une large cavité irrégulière remplie de sang, s'étendant dans l'épaisseur du grand fessier et dans la partie postérieure de la cuisse sous le *fascia lata*. Le sac primitif n'avait que le volume d'un citron; le second sac, formé par le fessier moyen, mesurait neuf pouces et demi de long sur huit pouces et demi de large. L'orifice de communication avec la fessière ne paraissait pas d'abord plus large qu'une pointe d'épingle, mais, en retirant un caillot qui y était engagé, on pouvait y introduire une sonde.

L'anévrysme me semble avoir été formé par la rupture accidentelle de l'artère préalablement malade, et il est probable qu'un semblable état pathologique des tuniques de l'iliaque interne a occasionné sa rupture, pendant que le chirurgien cherchait à la lier. Ce cas vient à l'appui de la remarque de Bouisson, que la ligature de l'iliaque interne donne peu de sécurité au chirurgien, par suite du danger de trouver le même état pathologique, au point où il pose sa ligature, que celui qui a déterminé la production de l'anévrysme. La ligature de l'iliaque interne a été faite au moins douze fois pour anévrysme. Fischer en énumère neuf cas dans sa table : ceux de Stevens (1812), Atkinson (1817), Altmüller (1818), Pomeroy White (1827), Valentine Mott (1834), Kimbal (1849), Bigelow (1849), Syme (1860), et Morton de Pensylvanie (1867). Il faut y ajouter le cas de Thomas des Barbades et celui de Arendt auquel j'ai fait allusion plus haut. Le docteur Valentine Mott, dans sa traduction de Velpeau, parle ainsi d'un cas du docteur J. K. Rodgers; — « Le docteur J. Kearney Rodgers « m'informe qu'il a lié l'iliaque avec un succès complet, dans « un cas d'anévrysmes compliqués, qu'il n'a pas encore publié... « L'iliaque externe et la fémorale furent également liées « toutes deux chez ce malade. » Je ne sache pas qu'il ait paru d'autres détails sur ce cas extraordinaire, qui est cependant accepté comme authentique par Mott et par Norris. Si nous acceptons l'authenticité de tous ces cas, nous avons douze cas, dans lesquels l'iliaque interne a été liée pour anévrysme; cinq sont morts, ceux de Atkinson, Altmüller, Kimbal, Thomas et Bigelow.

J'ai fait allusion à un autre cas malheureux, celui du docteur Tripler, dans lequel l'opération fut faite pour hémorrhagie et non pour anévrysme et à un autre encore par Toracchi. Il y a enfin le cas malheureux de Porta (de Pavie), dont j'ai également parlé, et dans lequel le diagnostic se trouva en défaut puisqu'on se trouva avoir affaire à un cancer.

La ligature de l'artère aboutissant au sac, par la méthode d'Anel, a été faite deux fois pour anévrysme spontané et ces deux fois elle a échoué. L'ischiatique semble avoir été dans les deux cas le vaisseau affecté.

Le premier cas est celui de Sappey (*Rev. méd. chir. de Paris*, vol. VII, avril 1850; Bouisson, *Tribut à la chir.* 1,361), dans lequel le malade tomba et se contusionna la fesse à l'âge de douze ans. Il y eut toujours depuis une légère tuméfaction, mais il n'y eut pas de pulsations pendant dix ans; ce n'est que vingt ans après l'accident que la tumeur s'accrut suffisamment, et devint assez douloureuse pour nécessiter l'opération. Le malade avait trente-cinq ans quand il fut opéré. Les caractères d'un anévrysme de l'ischiatique étaient bien marqués et la compression au-dessus de la tumeur arrêtait les pulsations. On essaya, mais inutilement, de guérir l'anévrysme par la compression méthodique appliquée en ce point. En conséquence, M. Sappey lia l'ischiatique au-dessus du sac sans ouvrir ce dernier, et les pulsations disparurent dans la tumeur, qui diminua de volume et resta sans battements pendant deux jours; mais, le troisième jour, les pulsations reparurent et augmentèrent jusqu'à ce que l'affection fût revenue à son état primitif. Cependant, le malade déclina l'offre de M. Sappey, de pratiquer l'opération ancienne, et, pendant dix ans, on ne fit rien de plus. Il fut alors traité par M. Nélaton au moyen des injections de perchlorure de fer.

Il n'y a pas de doute, à mon avis, que l'ischiatique n'ait été liée. La description de l'opération de M. Sappey est faite avec grand soin et me paraît tout à fait décisive sur ce point.

L'autre cas d'opération d'Anel sur l'ischiatique est celui qui est rapporté dans l'*American journal of medical science* de 1860, par le professeur Dugas. Dans ce cas, comme dans celui de Sappey, l'artère pouvait être comprimée au-dessus de l'anévrysme, de façon à faire cesser les pulsations et le bruit. L'ischiatique fut liée au niveau du bord inférieur du pyramidal. Les pulsations s'arrêtèrent immédiatement et la tumeur s'affaissa. Cependant, de faibles pulsations reparurent le quatrième jour après l'opération. Le malade eut quelques épistaxis. Le huitième jour, il y eut une hémorrhagie par la plaie, le dixième jour, celle-ci fut ouverte et on vit un gros jet de sang s'échappant de l'artère au-dessus de la ligature. La plaie fut alors tamponnée et l'iliaque primitive fut liée aussitôt. Pendant ce temps, le malade était fort épuisé par l'hémorrhagie. Il mourut le troisième jour après la ligature de l'iliaque primitive, sans avoir perdu de sang depuis ce moment.

Il n'y eut pas d'autopsie et on ne dit pas quel était l'aspect de l'ischiatique quand elle fut dénudée pour l'opération. L'anévrysme, ou du moins la tumeur, avait été remarqué depuis quinze ans et son origine était attribuée à une chute sur le siége, faite à l'âge de quatre ans. Le malade ne pouvait pas dire à partir de quelle époque il avait remarqué les pulsations.

En citant de semblables cas, nous pouvons toujours critiquer la manière de faire de nos prédécesseurs, et dans le cas présent, je dois dire qu'à mon avis, les chances de vie du malade furent, au point de vue pratique, diminuées plutôt qu'augmentées par la ligature de l'iliaque primitive.

DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE

CONSÉCUTIVE AUX MALADIES DES ARTICULATIONS (1)

Par M. le docteur E. Valtat, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — La plupart des maladies des articulations retentissent énergiquement sur la nutrition du système vasculaire. — Dès les premiers jours, dans la plupart des variétés d'arthrites, on voit survenir une atrophie considérable et une paralysie plus ou moins accentuée de certains muscles plus spécialement destinés à la jointure affectée. — Cette atrophie ne saurait être rattachée ni à l'inertie fonctionnelle ni à l'inflammation des muscles, des nerfs ou

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

de la moelle. Très-vraisemblablement, elle se produit par le même mécanisme que les phénomènes dits réflexes. — Elle est très-importante au point de vue des troubles fonctionnels; elle s'accroît, le plus habituellement, tant que dure la maladie articulaire; et si, parfois, elle peut n'avoir qu'une durée passagère, dans l'immense majorité des cas, elle persiste après la guérison de l'arthrite, se substitue à elle et constitue, dès lors, le seul obstacle au rétablissement des mouvements. — Sa durée est, en général, fort longue, et elle n'a que peu de tendance à la guérison spontanée. Quelquefois, les muscles, sous l'influence de l'exercice seul, peuvent reprendre leur force et leur volume, mais cette heureuse terminaison est rare, toujours tardive et, le plus souvent, incomplète. — Ces lésions atrophiques guérissent facilement et rapidement par l'emploi des courants continus faibles et permanents, tels que les a fait connaître M. le professeur Le Fort, et, mieux encore, par l'usage combiné de ces derniers et de la faradisation.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DU HAVRE (1).

Séance du 27 août (soir). — Suite.

Du daltonisme. — M. FAVRE (de Lyon) communique un travail intitulé : *Recherches cliniques sur le daltonisme, éléments de statistique.* Il rappelle ses précédentes recherches, produit des statistiques basées sur ses observations personnelles ou communiquées par d'autres auteurs. Il recommande l'introduction des exercices sur les couleurs dans les écoles, la marine, les chemins de fer, l'armée et les ateliers.

Composition anormale du lait de la femme. — M. MARCHAND (de Fécamp) lit un mémoire sur ce sujet. Il insiste particulièrement sur la diminution de la lactine dans les affections utérines. Il recommande le lait de vache pour l'alimentation du nouveau-né, quand l'allaitement maternel n'est pas possible, mais à condition que ce lait, non bouilli, soit additionné d'eau convenablement sucrée et contienne au moins 4 pour 100 de son poids de beurre.

ÉLECTIONS

La section procède à l'élection d'un président pour l'année prochaine, d'un délégué au conseil d'administration, d'un membre de la commission des subventions. Sont élus : MM. Teissier (de Lyon), président, Potain délégué et Courty membre de la Commission de subvention.

La scrofule au Havre. — M. GIBERT fait une communication sur ce sujet. Les accidents de la scrofule, dit-il, ont été fort bien décrits, mais on n'a jamais fait l'histoire d'un scrofuleux depuis sa naissance jusqu'à sa mort. La scrofule est très-fréquente au Havre, et M. Gibert attribue cette fréquence à une série de conditions qu'il passe en revue, à la nature du sol, à la mauvaise hygiène des logements, au défaut de propreté, à la nourriture, à la fréquence de la syphilis, et surtout à l'effrayant abus des boissons alcooliques qu'il considère comme la cause la plus active de la scrofule et de la tuberculisation au Havre. Beaucoup d'enfants sont scrofuleux dans cette ville, et cependant les registres de la conscription prouvent que très-peu de jeunes gens sont scrofuleux à vingt et un ans. Il faut donc admettre, ou que les scrofuleux sont morts avant d'atteindre cet âge, ou qu'ils ont été guéris de leur scrofule. Les tables de la mortalité prouvent que c'est la seconde de ces hypothèses qui doit être admise et M. Gibert attribue ces guérisons à l'air de la mer.

M. LECADRE trouve un peu sombre le tableau que vient de faire M. Gibert de l'état sanitaire de la ville du Havre. Il pense qu'il faudrait peut-être attacher une grande importance à l'influence de l'encombrement sur le développement de la scrofule.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 septembre.

M. HOUZÉ DE L'AULNOIT insiste sur l'influence de l'encombrement et préconise l'emploi des cheminées comme moyen d'aération des logements d'ouvriers.

M. LUNIER partage l'opinion de M. Gibert sur l'influence de l'alcoolisme sur la production de la scrofule; il ajoute que l'alcoolisme doit surtout être envisagé au point de vue de l'hérédité. Il partage également cette opinion que les enfants scrofuleux deviennent plus tard tuberculeux.

M. MAIRE s'étonne des résultats fournis par les statistiques de M. Gibert au point de vue de la répartition de la mortalité dans les divers quartiers du Havre. Il pense que ces statistiques ne portent pas sur un assez grand nombre d'années.

M. BERGERON reconnaît l'action puissante de l'encombrement et de l'alcool, surtout de l'alcool de betterave sur le développement de la scrofule, mais il pense qu'il faut aussi accorder une large part à l'hérédité des diathèses scrofuleuse et tuberculeuse : c'est là un facteur important dont on n'a pas assez tenu compte dans l'étiologie de la scrofule; les autres causes aidant, chaque génération voit s'accroître son contingent de scrofuleux et de phthisiques.

M. DE BOUMY (de Neufchâtel), accorde à la syphilis une part importante dans l'étiologie de la scrofule, et de la phthisie au Havre, cette ville étant, comme tous les ports de mer, plus facilement infectée que les villes du centre.

Températures périphériques dans la fièvre. — M. COUTY lit un travail sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, nº du

M. POTAIN fait observer que chez les hystériques la température s'élève, pendant la crise, au point d'atteindre aux extrémités la température centrale, et comme le pouls s'élève en même temps, on pourrait être induit en erreur, et croire qu'il y a de la fièvre alors qu'en réalité la température reste normale.

Séance du 29 août (matin).

Traitement palliatif du cancer de l'utérus. — M. COURTY fait connaître les résultats de sa pratique sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus. Les tumeurs cancéreuses ou épithéliales, dit M. Courty, sont le produit d'une altération de nutrition des éléments anatomiques. On ignore ce qui fait leur malignité et on ne peut dire quelles différences histologiques profondes séparent une végétation syphilitique sans gravité d'une tumeur épithéliale dont on connaît la terminaison funeste, sait-on même comment telle production épithéliale de la peau, bénigne et stationnaire se transforme en une forme grave et mortelle, comment le psoriasis lingual, par exemple, dégénère en épithélioma? De ces idées générales, découle le mode de traitement palliatif. Il faut alimenter les malades le plus souvent possible, leur donner des préparations arsenicales, puis revenir au traitement local. S'il s'agit d'un épithélioma intra-utérin, il faut l'attaquer avec les caustiques. S'il s'agit d'un cancer du col, non étendu aux parois vaginales, il faut, dans une première opération, enlever la partie saillante de la tumeur, puis, dans une seconde, attaquer la base même de la tumeur avec le thermo-cautère, ou faire une véritable amputation du col.

Lorsque la racine de la tumeur n'a pas été enlevée, il reste des ulcères que l'on doit attaquer énergiquement avec les caustiques, en particulier avec le chlorure de zinc ou la pâte de Canquoin. On doit faire tous les jours des attouchements avec l'iodoforme, la poudre des frères Cosme et de Rousselot. Pour ces applications, la femme doit être placée dans la position préconisée par Bowman, afin que le col de l'utérus soit le plus rapproché possible de l'orifice vulvaire. Si les malades ne sont pas guéries par ce traitement, elles sont au moins fort soulagées et leur vie est prolongée.

Lymphorrhagie bronchique. — M. HENROT lit un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

1º Il peut se produire dans le cours de la pneumonie, et probablement aussi dans le cours de la pleurésie, une complication caractérisée par la formation dans les bronches, du côté atteint, de concrétions leucocyto-fibrineuses non-tubulées, compactes, parsemées de petites vésicules aériennes.

Cette concrétion est pour l'auteur le résultat d'une exsudation fibrineuse et d'une diapédèse des leucocytes du sang ou de la lymphe à travers les parois extrêmement fines des capillaires et des bronchiales : M. Henrot propose de donner à cette complication, qui a des symptômes et une marche absolument distincts, le nom de leucocytorrhagie ou plutôt de lymphorrhagie bronchique.

2° La lymphorrhagie bronchique est caractérisée :

a. Par une dyspnée non en rapport avec le degré d'étendue de la maladie première.

b. Par des quintes de toux expulsives, extrêmement fatigantes, se prolongeant sans interruption jusqu'à l'expulsion de la concrétion.

c. Par des accès de suffocation avec angoisse précordiale et commencement de cyanose.

d. Par de la matité, de la diminution, puis de l'absence complète du murmure vésiculaire.

e. Par des bruits de soupape qui s'entendent tantôt dans les deux temps de la respiration, tantôt à l'expiration seulement et par des bruits de *quacquac*. Ces bruits sont passagers.

f. Par l'expectoration de concrétions non canaliculées, finement ramifiées, infiltrées de fines bulles d'air, sans tendance aucune à l'organisation.

g. Enfin par la disparition instantanée de la matité pulmonaire et le brusque retour du murmure vésiculaire à la suite de l'expulsion des concrétions fibrineuses.

Ce signe est absolument pathognomonique de la lymphorrhagie bronchique.

3° Le fait clinique qui ressort d'une façon indiscutable de cette étude est que : *l'oblitération des bronches par des concrétions leucocyto-fibrineuses donne une matité aussi considérable, une absence du murmure vésiculaire aussi complète que l'épanchement pleural le plus évident, qu'en conséquence la thoracocentèse, sous peine de blesser le poumon, ne doit être tentée que lorsqu'on a acquis la certitude que ces deux signes importants ne sont pas produits par des concrétions, mais bien par la présence d'un liquide dans la plèvre.*

Névrite du radial. — M. DAGRÈVE communique l'observation d'un malade qui a présenté une éruption très-douloureuse de zona le long du bras; l'éruption a disparu, mais les douleurs ont persisté. Au bout de deux mois, le malade souffrait beaucoup moins, mais il présentait une paralysie incomplète des régions innervées par le nerf radial. Les muscles se sont atrophiés. Tous ces phénomènes ont disparu sous l'influence des courants continus.

Troubles circulatoires consécutifs aux excitations des nerfs sensoriels. — MM. COUTY et CHARPENTIER communiquent les résultats de leurs recherches sur ce sujet. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, comptes-rendus de la Société de biologie, 1877.)

Influence de la castration sur le développement du squelette. — M. PONCET a entrepris, dans le laboratoire de M. Chauveau, un certain nombre d'expériences sur ce sujet, d'où il résulte que les os des animaux qui ont subi la castration sont plus forts et surtout plus longs que ceux des animaux étalons. Cette différence est surtout marquée pour certaines parties du squelette, en particulier pour les fémurs, les tibias, le sacrum, l'os iliaque. Cette augmentation de volume des os longs tient surtout à l'agrandissement du canal médullaire. Enfin, M. Poncet a constaté également que les os des animaux ayant subi la castration sont plus droits et ne présentent pas les inflexions normales.

M. VERNEUIL fait observer à ce sujet qu'il y a certains faits contradictoires que MM. les vétérinaires devraient chercher à éclairer. Par exemple, les bœufs paraissent plus grands, présentent un développement plus considérable que les taureaux, tandis que les chevaux hongres semblent, au contraire, moins beaux, moins grands et moins forts que les chevaux entiers.

De la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau. — M. AUBERT fait connaître les résultats de ses recherches sur les modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau. Mais il fallait d'abord déterminer la sécrétion normale : il y est arrivé à l'aide du procédé suivant : il applique un papier sur la peau au niveau de chacun des orifices glandulaires, la sueur vient humecter le papier, mais la trace qu'elle laisse est invisible; pour la révéler, plusieurs moyens peuvent être employés, dont le meilleur consiste à passer sur le papier un pinceau de nitrate d'argent, qui agit sur le chlorure de sodiun de la sueur, et un pointillé violet apparaît sur le papier. Chacun des points correspond à l'orifice d'une glande sudoripare. A l'aide de ce procédé, M. Aubert a pu étudier les modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau, nœvus, taches vineuses, icthyose, pelade, érysipèle, gale, lupus, herpès simple, herpès circiné, psoriasis, etc., etc. Dans tous les cas, il a pu constater cette loi générale, que les irritations de la peau suppriment complétement la sécrétion sudorale et même, lorsque l'irritation a disparu, il faut un certain temps avant que la sécrétion reparaisse. Dans le tissu de cicatrice, il y a destruction d'une très-grande quantité de glandes; mais les glandes qui persistent ont une sécrétion exagérée.

Cure radicale des kystes thyroïdiens. — M. OLLIER, après avoir rappelé la méthode de Bonnet, qui consiste à faire sur les kystes thyroïdiens des applications répétées de pâte de Canquoin, et après avoir montré les inconvénients de ce mode de traitement fort long et horriblement douloureux, fait connaître le procédé qu'il a imaginé pour obvier à ces inconvénients.

Voici ce procédé : M. Ollier fait une incision sur la tumeur, et arrive jusqu'à elle en procédant couche par couche; il rencontre souvent le sterno-mastoïdien étalé au-dessus d'elle; il le dissèque avec soin, le fixe à la peau et arrive ainsi jusque sur la paroi du kyste, sur laquelle il fait une large application de pâte de Canquoin. Cette paroi se sphacèle et s'ouvre spontanément, sans hémorrhagie.

Lorsque la poche est ainsi ouverte, M. Ollier passe un drain et fait, dans l'intérieur de la poche, de fréquents lavages ayant pour but d'éviter la transformation des matières organiques et la septicémie qui peut en être la conséquence. M. Ollier, à l'aide de ce procédé, a obtenu de très-beaux résultats, et n'a eu à déplorer qu'une seule terminaison funeste.

Traitement de l'entorse. — M. BRAME (de Tours) fait une communication sur l'entorse et son traitement par les ventouses scarifiées, qui lui auraient donné de très-bons résultats.

Séance du 29 août (soir).

Statistique médicale. — M. BOUTEILLER (de Reims), après avoir constaté combien les statistiques médicales actuelles contiennent d'erreurs, émet le vœu que, dans chaque canton, soit institué un comité de statistique composé d'administrateurs, de médecins statisticiens et de statisticiens bénévoles.

Corps jaune et ovaire dans la grossesse. — M. DE SINETY lit un mémoire sur ce sujet. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, comptes rendus de la Société de biologie, 1877.)

Épidémie typhoïde. — M. BARADUC donne la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à la Côte-Bidou (Puy-de-Dôme).

Suture osseuse. — M. FAUVEL, depuis 1869, a pratiqué quatre fois la suture des os pour des fractures impossibles à maintenir réduites. Dans tous les cas, il applique un appareil silicaté qui vient en aide à la suture. Il a obtenu ainsi de bons résultats, et présente un malade qui a subi la ligature de deux fragments du tibia au tiers supérieur.

Dermite papillaire. — M. DUMÉNIL a observé une femme âgée de soixante ans, qui était atteinte d'une affection de la main, caractérisée par une sorte d'hypertrophie du derme aboutissant à un travail ulcératif partiel. L'examen histologique d'un lambeau enlevé sur l'une des parties les plus altérées, montre que les papilles sont considérablement hypertrophiées et formées uniquement d'éléments embryonnaires. La lésion s'étend vers les couches profondes du derme sous forme d'îlots plus ou moins larges, séparés par du tissu

conjonctif fibrillaire avec prolifération des éléments cellulaires. M. Duménil propose de donner à cette affection le nom d'hypertrophie papillaire chronique envahissante.

Séance du 30 août.

Épileuse mécanique. — M. DUVERGIER, constructeur, présente une épileuse mécanique.

Des mouvements du cerveau. — M. FRANCK, en son nom et au nom de M. BRISSAUD, fait une communication sur ce sujet, dont voici le résumé : Les mouvements du cerveau sont la conséquence directe des variations de calibre que subissent les vaisseaux sous la double influence cardiaque ou respiratoire. Dans le cerveau, comme partout ailleurs, ces mouvements d'ensemble résultent des changements rhythmiques de volume du tissu vasculaire.

M. Franck rappelle les indications générales données sur cette question par les auteurs qui l'ont précédé. Il insiste plus particulièrement sur les résultats fournis par les appareils enregistreurs appliqués à l'examen d'une malade de M. Fournier, dont le pariétal droit avait subi une nécrose presque totale. Après la chute du séquestre, on a pu enregistrer les battements artériels et les oscillations respiratoires du cerveau en même temps que les pulsations du cœur et les mouvements de la poitrine. L'influence de l'effort, d'une inspiration profonde, de la compression des jugulaires, des différentes attitudes, etc., a été étudiée sur la malade de Saint-Louis.

M. Franck appelle l'attention sur certains résultats en apparence paradoxaux, qui sont les suivants : Quand on produit une abondante dérivation sanguine vers un membre inférieur, en enfermant ce membre sous une ventouse Junod, dans laquelle on raréfie l'air, on voit *la main* diminuer considérablement de volume, *le cerveau*, au contraire, conserver son volume à peu près normal. Cependant, l'effet mécanique de l'aspiration doit être le même sur la circulation sanguine de la main et sur celle du cerveau.

M. Franck interprète cette différence par les conditions mêmes de chaque exploration. La main est plongée dans un appareil à déplacement, dont le liquide n'a aucune autre issue que le vase dans lequel la main est immergée ; le cerveau est plongé dans le liquide céphalo-rachidien, qui vient occuper la place que le sang laisse libre ; cet afflux de liquide sous-arachnoïdien maintient, dès lors, à un niveau à peu près constant la surface du cerveau explorée, qui, sans cette *compensation*, s'affaisserait comme s'affaisse la main.

M. Franck a répété sur cette malade certaines expériences de Mosso, sur l'influence du travail intellectuel ; il croit que la turgescence cérébrale observée par Mosso tient, au moins en grande partie, à l'influence de la modification respiratoire qui accompagne l'attention, et qu'en tout cas, le résultat observé ne peut pas permettre de préciser le rapport entre l'exagération de la circulation cérébrale et l'exercice de l'activité intellectuelle : ce serait réduire la question à des termes trop simples que de la croire tranchée par ce simple fait.

M. BROCA, à l'occasion de cette communication, fait ressortir l'importance des capillaires dans les mouvements d'expension des organes.

Thermométrie cérébrale. — M. BROCA communique les résultats de ses recherches sur ce sujet. Si l'on place, dit-il, à la tempe un thermomètre maintenu dans un petit sachet rempli de ouate, on peut, au bout de vingt minutes, parfois quarante, obtenir une température fixe qui est la température cérébrale. Ces petits sachets sont limités d'un côté par de la soie, mauvais conducteur de la chaleur ; ils ont tous la même quantité de ouate. On peut en réunir six disposés sur des points exactement symétriques ; on a alors cet ensemble que j'ai désigné sous le nom de couronne thermométrique.

J'ai d'abord cherché à établir la température cérébrale à l'état normal.

Mes recherches ont été faites sur 12 externes et stagiaires de mon service, dans les mêmes conditions apparentes d'âge, de force, de santé, au même moment de la journée, le matin avant le déjeuner et après un exercice très-modéré : la course qui, de chez eux, les menait à l'hôpital des Cliniques.

Cette température a été prise avec des thermomètres jumeaux, bien vérifiés.

Les points choisis pour la circonférence crânienne sont, à gauche, les points *F*, *T*, *O*; à droite, les points *F'*, *T'*, *O'*, qui sont situés : *F* et *F'* au niveau de l'apophyse orbitaire externe, *T*, *T'* au niveau du conduit auditif externe, *O*, *O'* au niveau de la protubérance occipitale. La moyenne de la température a été de 34° à gauche, de 33°,90 à droite ; il y avait donc un dixième de degré en faveur du côté gauche ; ce qu'explique aisément la plus grande activité du côté gauche par rapport au côté droit.

L'étude de la température cérébrale par région est assez délicate ; les points *F* et *F'* sont à nu, mais la paroi crânienne en ce point est peu épaisse et a peu de cheveux ; la région temporale a une paroi mince, mais aussi un muscle dont l'épaisseur est un peu variable ; elle est couverte de cheveux : de même la région occipitale. Le résumé de mes recherches sur les diverses régions, est que le cerveau est plus chaud dans la partie moyenne que dans la partie antérieure et dans la partie postérieure.

Les régions de droite comparées à celles de gauche nous offrent aussi quelques petites différences, Par exemple :

F 35°,44	. . . .	*F'* 35°22
T 33°,05	. . . .	*T'* 33°80

J'ai essayé de soumettre le cerveau à un travail réel, ce qui est difficile, car la lecture, par exemple, qui est un travail pour un illettré, ne l'est pas pour nous.

A gauche, la température était en *F* de 34°, par exemple, à droite en *F'* 34°,22. Il y a eu en faveur du côté droit une différence de 22 centièmes ; de même, le côté droit, dans une recherche, avait, par le travail, gagné plus de 34 centièmes sur le côté gauche. Cette observation confirme cette vue que je cherche à établir depuis longtemps que le côté gauche a une habileté fonctionnelle plus grande que le côté droit ; aussi lui faut-il moins d'efforts pour exécuter le même travail qu'au côté droit.

Nous pouvons maintenant aborder le côté clinique, la température cérébrale à l'état physiologique étant bien établie.

Il y a déjà quelques années, appelé par un de mes amis auprès d'un malade atteint de ramollissement aigu, j'avais trouvé que le côté malade était plus chaud de 2 degrés 1/2 que le côté sain.

J'ai eu, il y a quelque temps, la pensée d'appliquer la thermométrie au diagnostic de l'embolie cérébrale. Il y a déjà vingt-cinq ans, j'ai communiqué à la Société de chirurgie mes recherches sur les changements de température qui suivent dans un membre la ligature de l'artère principale. L'embolie cérébrale produit des effets semblables ; la circulation tend à se rétablir dans les zones périphériques, et la température en suit les variations. Théoriquement, on devait avoir augmentation de la température à la région occipitale et à la région frontale. C'est effectivement ce qui a lieu.

Une femme de trente-cinq ans est prise d'hémiplégie à droite, le 28 octobre dernier ; elle avait perdu l'usage de la parole et de l'écriture ; peu à peu l'usage de l'écriture lui revint, mais elle fut complément muette depuis lors. Le 16 juin 1876, elle entra dans mon service ; voici les températures observées aux points d'élection.

F 35°,2 . . .	*F'* 34°,8 . . .	augmentation	0°,40
T 34°,3 . . .	*T'* 34°,8 . . .	diminution	0°,50
O 34°,6 . . .	*O'* 32°,9 . . .	augmentation	1°,70

Un caissier de Paris, âgé de soixante-treize ans, le 2 juillet 1877, à son réveil, ne peut plus écrire ; sa jambe est faible, la parole altérée, l'écriture presque abolie ; quinze jours après, il ne trouvait plus les noms propres ; cependant la parole revenait peu à peu ; il y avait lieu de croire là à une embolie d'une des branches seulement de la sylvienne.

Voici le tableau des températures observées :

F 35°,6	*F'* 35°,4	+ 0°,2
T 33°,2	*T'* 33°,6	— 0°,4
O 32°,2	*O'* 31°,4	+ 0°,8

La température a donc baissé au niveau de l'embolie; il y a donc là un moyen sérieux de diagnostic pour cette lésion.

M. TEISSIER demande à M. Broca s'il a fait des recherches sur la température dans l'hémorrhagie cérébrale.

M. BROCA répond qu'il n'a pas fait encore de recherches à ce sujet, mais qu'il espère que la thermométrie cérébrale sera d'un grand secours pour le diagnostic différentiel des diverses variétés d'apoplexie.

Dans la même journée, à deux heures, a eu lieu la séance générale. Dans cette séance ont été désignées les villes où se tiendront les prochaines sessions. Paris a été choisi pour 1878, Montpellier pour 1879.

M. Frémy, de l'Institut, vice-président, passe de droit président pour 1878; M. Bardoux, ancien député du Puy-de-Dôme, a été élu vice-président pour 1878.

Avant de se séparer, les membres de l'association ont émis le vœu qu'une télégraphie reliât le pic du Midi à la plaine; que le gouvernement prît les mesures nécessaires pour mettre le service météorologique de la France au niveau de ceux de l'Angleterre et de l'Amérique.

L'association a aussi exprimé publiquement sa sympathie pour la grande œuvre de l'association internationale qui se propose de faire parvenir le progrès de la civilisation européenne dans les parties centrales de l'Afrique, Elle a voté une subvention pour cette Société.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

221. Stocky. Étude sur la coxalgie.
222. Roux. De l'anguillule stercorale et de son rôle dans l'étiologie de la diarrhée de Cochinchine.
223. Aubry. Etude sur les attractions et les répulsions de l'homme, leurs rapports avec la santé et la maladie.
224. Pasquet. Contribution à l'étude des complications consécutives à l'obstruction des voies lacrymales.
225. Delhaye. De l'hématocèle de l'épididyme.
226. Boursin. Étude sur le tænia solium.
227. Quichemans. Quelques considérations sur le régime dans les maladies aiguës des nouveau-nés.
228. Vibert. Études sur la phthisie pulmonaire.
229. Salathé. Recherches sur les mouvements du cerveau et sur le mécanisme de la circulation des centres nerveux.
230. Hutinel. Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né.
231. Patrigeon. Recherches sur le nombre des globules rouges et blancs du sang à l'état physiologique et dans un certain nombre de maladies chroniques.
232. Conçaix. De l'hémiplégie syphilitique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés en date du 22 septembre courant :

Un concours sera ouvert le 5 novembre 1877, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Un concours sera ouvert le 29 décembre 1877, à la même école, pour un emploi de suppléant de la chaire de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements.

Un concours sera ouvert le 30 octobre 1877, à la même école, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Le registre des inscriptions sera clos pour ces trois concours un mois avant l'ouverture de chacun d'eux.

— *Hôpital civil de Mustapha.* — Un concours public pour la nomination de huit élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à Alger le lundi 26 novembre prochain.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission avant le 22 novembre, à quatre heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aperçu sur les expéditions de Chine, Cochinchine, Syrie et du Mexique, par le docteur CHENU. Suivie d'une étude sur la fièvre jaune, par le docteur FUZIER. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — G. Masson.

Étude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës, par le docteur MEUNIER. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, livre à l'usage des examens et des concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. de 520 pages avec 107 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 112. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE JEUDI 27 SEPTEMBRE 1877. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la précédente séance, à l'occasion du rapport de M. Briquet sur quelques communications relatives au choléra, et en particulier sur celles qui sont relatives à la théorie de l'origine tellurique de cette maladie, théorie dans laquelle on a assigné un rôle tout hypothétique à la constitution géologique du sol, M. Gubler a présenté quelques observations, qui ont provoqué une réplique de la part de M. Briquet dans la séance d'hier. Cette réplique porterait dans le vide, si nous ne rappelions ici, en quelques mots, ce qui l'a motivée.

M. Gubler, partageant d'ailleurs les opinions exprimées par M. Briquet dans son rapport sur la provenance du choléra, et repoussant, comme lui, la genèse tellurique de cette affection, a présenté quelques objections aux observations de son collègue sur les surfaces relatives des différentes sortes de terrain et sur la nécessité d'en tenir compte dans les comparaisons à établir entre les degrés de fréquence, ou ce qu'on pourrait appeler la densité spécifique du choléra, selon la nature géologique du lieu. D'une part, M. Briquet aurait eu tort de confondre en bloc tous les terrains d'alluvion, ceux de la Seine, à Paris notamment, différant beaucoup de ceux de Lyon. En second lieu, le terrain granitique n'existerait pas seulement dans les localités indiquées par M. Briquet (le Calvados, la Manche et les départements de la Bretagne); ils sont beaucoup plus répandus sur le sol de la France. Ils se montrent, en étendues plus ou moins vastes, dans le Perche, la Vendée, le Morvan, le Charolais, le Velay, l'Auvergne et tout le plateau central de la France, un peu dans les Alpes, beaucoup dans les Pyrénées, ainsi qu'en Provence.

Du reste, ajoutait M. Gubler, l'étendue relative n'est pas la seule condition dont il faille se préoccuper; il faut tenir également compte de l'altitude et des autres conditions physiques constituant le climat, ainsi que de la densité de la population et de la facilité des communications. Les régions granitiques ou siliceuses et schisteuses, qui représentent un quart de la superficie totale de la France, devraient, à ce titre seul, fournir un quart des cas de choléra, et il s'en faut bien que ce chiffre soit atteint; les terrains d'alluvion et les terrains calcaires en revendiquent bien plus des trois quarts, par cette raison sans doute que les pays calcaires sont les plus peuplés, et que les grandes villes de l'intérieur sont assises sur les bords des rivières et des fleuves, c'est-à-dire sur les formations alluviales, quaternaires, tandis que, dans les pays granitiques plus pauvres, la population plus rare est disséminée dans des villages, des hameaux, des maisons isolées, et que les communications y sont incomparablement plus difficiles.

C'est à cet exposé si net et si clair des seuls et véritables rapports, très-éloignés, comme on le voit, de la constitution géologique du sol avec la distribution du choléra, exposé improvisé à la fin de la séance, en présence de quelques rares assistants, que répond l'allocution par laquelle M. Briquet a ouvert la séance, et dont on trouvera le résumé dans le compte rendu.

Le salicylate de soude a fait ensuite les frais de la séance. C'est M. Bouchardat qui a réengagé la discussion.

Moins sceptique que timide, — c'est lui-même qui en fait l'aveu, — M. Bouchardat ne met nullement en doute les faits exposés par M. Sée, et ne suspecte en rien sa prudence dans l'administration du nouveau médicament; mais il se préoccupe des dangers que pourrait entraîner le zèle des imitateurs, qui n'auraient ni la même prudence, ni la même connaissance des contre-indications. Et il est parti de là pour signaler, parmi les contre-indications et les causes possibles de danger, l'état des reins, dans la goutte notamment, et éventuellement dans le rhumatisme articulaire aigu; pour préconiser le régime de préférence aux médications actives; et enfin pour faire remarquer qu'on n'entendait presque jamais parler de cas de mort par le rhumatisme articulaire aigu, alors que l'on s'en tenait dans son traitement aux prescriptions hygiéniques et à des médications non dangereuses.

A ces diverses assertions basées, la plupart, sur des souvenirs un peu lointains et, partant, un peu suspects d'infidélité, et quelques-unes, sur l'ignorance où l'on était, à l'époque évoquée par M. Bouchardat, des complications graves du rhumatisme portées alors à l'actif d'autres maladies, M. Sée n'a pas eu de peine à trouver réponse. Il a maintenu énergiquement les avantages de la médication nouvelle sur toutes celles qui l'ont précédée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte, déjà exposés dans ses précédentes communications; il a montré, en outre, par des exemples frappants, quels ont été les résultats désastreux de l'inaction thérapeutique en présence du rhumatisme.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Néphrite albumineuse avec accidents urémiques.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade de notre service qui présente beaucoup d'intérêt, parce qu'il a été soumis à notre observation avant l'arrivée d'accidents graves qui sont survenus, deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, et qui nous ont offert des caractères extrêmement tranchés de cette altération particulière du sang, qu'on a décrite sous le nom d'urémie.

C'est un homme de quarante-quatre ans, fort, bien constitué, ayant fait autrefois, en qualité de soldat, un séjour de plusieurs années en Afrique, où il dit avoir contracté des fièvres intermittentes paludéennes, dont il n'a conservé d'ailleurs aucune trace. D'après les renseignements qui nous ont été fournis par les personnes qui l'ont amené à l'hôpital, il aurait l'habitude de se livrer à des excès alcooliques nombreux. Non-seulement il s'enivrerait fréquemment, mais il prendrait chaque jour une quantité de boissons plus considérable qu'on ne le peut faire sans en être incommodé.

Il y a une quinzaine de jours, à la suite d'un refroidissement, il commença à éprouver un sentiment de lassitude générale, et particulièrement de malaise à la base de la poitrine, accompagné d'un peu de gêne de la respiration. En même temps, il accusa de la céphalalgie, de l'inappétence, sans vomissements, sans phénomènes bien particuliers du côté de l'estomac. Quelque temps plus tard, la maladie continuant à faire des progrès, il s'aperçut que sa figure était un peu enflée, de même que ses extrémités inférieures et les parois abdominales; puis, ces symptômes persistant, il se décida à entrer à l'hôpital, où il fut soumis, le 3 mai, à notre observation.

A ce moment, on constatait chez lui, d'une manière très-positive, l'existence d'un œdème très-marqué de la face, des parois du ventre, des cuisses, de la verge et du scrotum; en un mot, d'une anasarque généralisée. En outre, il accusait toujours de la céphalalgie et une sensation de respiration un peu pénible à la base de la poitrine. La température était 39,1.

En présence de ces phénomènes, les urines furent examinées; elles présentaient une coloration foncée, brunâtre, ressemblant à du bouillon de bœuf un peu avancé et aigri; la chaleur et l'acide nitrique y faisaient reconnaître la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Le lendemain 4 mai, cet homme se présentait dans le même état que la veille; la céphalalgie était seulement devenue plus intense.

Le 5, l'urine était rendue en très-petite quantité, oscillant entre 300 et 400 grammes, mais toujours avec les mêmes caractères physiques. La température de 39,1 était descendue à 37,8, se maintenant les jours suivants entre 37,6 et 37,8. Le pouls variait entre 72 et 76 pulsations.

Le même jour, dans la nuit du samedi au dimanche, le malade eut un peu de somnolence; il semblait que déjà il existât un certain trouble des fonctions intellectuelles.

Le dimanche matin, après une épistaxis qui s'était déjà manifestée la veille d'une manière très-légère, il fut pris de convulsions intenses, ayant tout à fait la forme de celles que l'on observe dans l'épilepsie, c'est-à-dire caractérisées par des mouvements toniques, puis cloniques des membres et de tous les muscles du corps, par de la pâleur, bientôt suivie d'une coloration violacée de la face, enfin, par la présence dans la bouche d'une écume sanguinolente. Ces convulsions épileptiformes se repétèrent pendant une grande partie de la journée, toutefois avec une intensité moindre, une saignée ayant été pratiquée dès le début de la crise.

A ce moment, le pouls était à 90; quant à la température, à cause de l'agitation du malade, elle ne put être prise qu'à la fin de la journée; elle était alors à 37,6. Il y avait donc, malgré l'intensité des convulsions, absence complète de mouvement fébrile; et c'est là un caractère extrêmement important, qui peut servir de moyen de diagnostic entre la maladie dont cet homme était atteint et certaines affections cérébrales, sur lequel j'appelle votre attention.

Dans la soirée du dimanche, ces crises nerveuses avaient complétement cessé; mais à partir de ce moment, le malade tomba dans une sorte de coma, qui se prolongea toute la nuit.

Le 7, à la visite du matin, nous constatâmes que l'intelligence était revenue, car il répondait, quoique un peu lentement, aux questions qu'on lui adressait. Il présentait alors sur la langue des taches grisâtres, superficielles, qui n'étaient autres que de petites eschares résultant de la morsure de cet organe, et continuait à accuser une céphalalgie intense, dont il rapportait surtout le siége à la région frontale; enfin les urines contenaient toujours de l'albumine, mais on n'y trouvait plus trace de sang.

Les 8, 9 et 10 mai, rien de particulier : toujours céphalalgie vive et absence complète de l'appétit.

Le 10, apparut un nouveau phénomène, qui avait un tout autre siége que ceux que l'on avait observés jusque-là, mais qui cependant se rapportait encore à l'intoxication particulière, sous l'influence de laquelle cet homme se trouvait. En effet, à ce moment, la sensation de malaise qu'il avait jusqu'alors éprouvée à la base de la poitrine, se transforma en une dyspnée considérable, allant même jusqu'à l'orthopnée. Néanmoins, la respiration n'était pas très-fréquente; elle était seulement irrégulière, tantôt précipitée, tantôt ralentie, et oscillant entre 48 et 56 respirations par minute.

Mais ce que ce malade présentait surtout de particulier, c'est qu'en face de cette gêne respiratoire si considérable, l'auscultation et la percussion de la poitrine ne révélaient l'existence d'aucun signe physique dans le poumon. C'est à peine si l'on entendait à la base du thorax et à gauche, quelques bulles de râles crépitants extrêmement fins attestant un léger degré d'œdème pulmonaire. Il s'agissait évidemment d'une dyspnée purement nerveuse dépendant d'une modification des pneumogastriques, sous l'influence de la même cause générale que celle qui avait donné lieu aux phénomènes convulsifs.

Cet homme resta ainsi, pendant environ trente-six heures, avec cette dyspnée particulière, sans toux, sans signes physiques du côté de la poitrine; puis le vendredi 11, il commença à tousser et à expectorer des crachats abondants, mousseux, présentant les caractères de ceux que l'on remarque dans les cas d'inflammation de la trachée, et notamment chez certains asthmatiques. Enfin, à partir de ce moment, la respiration devint bruyante, et l'on put entendre, dans toute l'étendue de la poitrine, en avant, en arrière, en haut, en bas, des râles sibilants extrêmement prononcés. En un mot, d'après les caractères de la dyspnée et des signes physiques, on eut tout à fait l'apparence d'un accès d'asthme.

Ces phénomènes se prolongèrent ainsi pendant quelque temps, puis, sous l'influence d'un ipéca et de l'application de quelques ventouses sèches sur la poitrine, la dyspnée disparut définitivement.

Enfin, ce matin 15 mai, vous avez vu ce malade et vous avez pu constater qu'il était entré en pleine convalescence. Les douleurs de tête, qui avaient d'ailleurs disparu au moment où la dyspnée avait commencé à se manifester, ne se sont plus reproduites; il n'accuse plus de gêne de la respiration et à l'auscultation, on ne trouve aucune espèce de râles, ni secs, ni humides, dans les différentes parties de la poitrine. Enfin le sommeil a reparu et le malade a commencé hier à manger.

Voilà donc un homme qui a été soumis à différents accidents, qu'il nous reste maintenant à apprécier. Mais avant d'appeler votre attention sur la valeur de ces derniers, j'ai besoin de vous faire connaître en peu de mots quels ont été les caractères présentés par l'urine pendant la maladie à laquelle je viens de vous faire assister.

Comme je vous l'ai dit au début de cette leçon, les urines présentaient une coloration brune particulière due à la présence de quelques globules sanguins. De plus, pendant toute la durée de la maladie, elles ont été rendues en quantité extrêmement faible. C'est ainsi que, au lieu de 12 à 1,500 grammes qui représentent ordinairement la quantité sécrétée pendant les vingt-quatre heures, nous n'en avons jamais recueilli au delà de 750 grammes, et ce chiffre est même descendu à 500, 300 et jusqu'à 200 grammes pendant les jours qui ont coïncidé avec l'apparition des phénomènes cérébraux.

Quant à l'examen chronique, il nous a également présenté, dans la composition de ce liquide, des altérations assez importantes. C'est ainsi, d'abord, que nous avons noté une diminution assez considérable de l'urée, et que, au lieu de 16 à 20 grammes d'urée par litre, qui, en moyenne, sont rendus par l'homme à l'état de santé dans les vingt-quatre heures, celle-ci, dosée d'après le procédé de M. Regnart, n'a jamais été supérieure à 9 grammes. Outre cela, les urines étaient albumineuses. Mais il ne faut pas croire, ainsi que l'on pourrait s'y attendre, qu'elles le fussent en proportion considérable. Nous n'avons remarqué, en effet, aucune espèce de rapport entre ce caractère et la grande intensité des phénomènes observés; c'est à peine même si, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles ont laissé précipiter quelques flocons blanchâtres, qui en troublassent légèrement la transparence.

Mais telles ne sont pas les seules altérations que nous aient présentées les urines : car notre chef du laboratoire, M. Robin, qui a eu le soin d'en faire journellement un examen très-attentif, y a encore découvert, outre une très-petite quantité d'indigose, une diminution considérable des phosphates terreux et du chlorure de sodium, qui entrent dans la composition normale de ce liquide.

Après ces détails, avant de passer au diagnostic de la maladie dont cet homme nous a offert un exemple si frappant, et aux conséquences qui en découlent, j'insisterai également sur le défaut d'élévation de température qui a été observé chez lui.

En effet, le thermomètre qui, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, marquait dans l'aisselle 39°1, est rapidement descendu, les jours suivants, à 37°5 et 37°9, chiffre entre lesquels il n'a cessé d'osciller durant toute la maladie. Ce phénomène qui, dans certains cas, peut aller même jusqu'à l'hypothermie, contraste, d'une manière frappante, avec l'intensité des accidents qui se sont déroulés sous nos yeux. Eh bien, il faut que vous sachiez que c'est là un caractère important pour le diagnostic et qui peut servir à différencier des accidents cérébraux de nature différente.

Cela dit, nous avons à vous formuler, en quelques mots, le diagnostic de l'affection dont cet homme est atteint.

En présence du malaise et de la céphalalgie persistante présentés par ce malade, en présence surtout de l'albumine contenue dans les urines et de l'anasarque généralisée, nous devions admettre l'existence d'une néphrite albumineuse aiguë consécutive à un refroidissement et à laquelle cet homme était d'ailleurs prédisposé par ses habitudes alcooliques. Vous savez, en effet, que, chez des jeunes gens qui se livrent à des excès de boisson, on voit fréquemment apparaître du côté des reins, des symptômes de néphrite interstitielle qui peuvent s'accompagner plus tard d'accidents urémiques. Il ne faudrait donc pas s'étonner que notre malade eût déjà, avant d'entrer à l'hôpital, quelques troubles du côté de ces organes, et que le refroidissement qu'il a subi n'eût fait que donner un coup de fouet, communiquer une impulsion nouvelle à la maladie dont il était atteint auparavant, et déterminé ainsi l'élévation de température passagère que nous avons notée à son entrée dans le service.

En outre, un caractère qui devait nous faire croire que la néphrite que nous observions chez lui était plus grave qu'on ne le voit communément; c'était la céphalalgie intense dont il se plaignait, jointe à cette sensation de dyspnée qu'il éprouvait à la base de la poitrine, et qui, dans cette maladie, est assez souvent un signe précurseur d'accidents urémiques.

Ceux-ci, d'ailleurs, n'ont pas tardé à apparaître, et, dès le 6 mai, après avoir eu une épistaxis assez abondante, après avoir présenté la veille un peu d'hébétude, de malaise, de somnolence, phénomènes qui pouvaient encore permettre de prévoir les accidents qui allaient se passer, cet homme a été pris de convulsions épileptiformes caractérisées, comme je vous l'ai déjà dit, par des mouvements toniques, puis cloniques, par de la pâleur, bientôt suivie de tuméfaction de la face, et enfin par la présence dans la bouche d'une écume rendue sanglante par le fait de la morsure de la langue. Ces phénomènes éclamptiformes, que l'on voit également apparaître quelquefois chez les femmes en couches ou chez les individus qui viennent d'être atteints de scarlatine, sont extrêmement graves et peuvent, dans certains cas, aller jusqu'à compromettre la vie des malades.

Le soir même du jour où elles s'étaient montrées pour la première fois, les crises nerveuses avaient disparu, mais le malade était tombé dans un état comateux, dont il ne sortit que le lendemain; c'était, en un mot, la forme comateuse succédant aux convulsions des membres.

Enfin, le malade n'accusait plus qu'un peu de céphalalgie persistante, fait important sous le rapport du pronostic et qui nous faisait prévoir que tout n'était pas fini, quand de nouveaux accidents, encore en rapport avec l'urémie, mais dont le siége, cette fois, a été le poumon, n'ont pas tardé à se manifester. C'est alors, en effet, que vous avez vu survenir cette variété particulière de dyspnée urémique dont les auteurs se sont beaucoup occupés dans ces derniers temps, et qui peut revêtir deux formes distinctes : l'une, purement nerveuse, marquée par une gêne extrêmement pénible de la respiration, alors que l'auscultation et la percussion ne révèlent aucun signe appréciable dans le poumon, et semblable à celle que l'on observe dans certaines affections cérébrales, et particulièrement dans la méningite; l'autre, sorte de dyspnée asthmatique, qui se traduit par une respiration bruyante, une expectoration mousseuse, abondante, et par l'existence dans toute la poitrine de râles sibilants assez intenses pour qu'il soit possible parfois de les entendre à distance. Cette seconde

variété, caractérisée par une congestion considérable des poumons et simulant un accès d'asthme, est beaucoup plus rare que la première.

Quant à la nature du mal, il est évident que nous n'avons pas à en douter, et nous trouvons tout réuni chez cet homme pour affirmer que ces accidents thoraciques, ainsi que ceux que nous avons observés du côté du cerveau, se rapportent bien à la néphrite albumineuse aiguë et à l'urémie. Nous en avons la preuve incontestable dans cette anasarque généralisée qu'il présente à un si haut degré, dans l'existence de l'albumine dans les urines, et surtout dans l'appauvrissement si notable de ces dernières.

Un mot, maintenant du traitement qui a été employé chez ce malade, et qui nous a donné des résultats si heureux, puisqu'il est aujourd'hui en convalescence. D'abord, dès son entrée à l'hôpital, nous lui avons donné du lait et du tannin; puis, quand les accidents cérébraux ont apparu, une saignée a été pratiquée.

Il faut savoir, en effet, que contre les accidents cérébraux épileptiformes et comateux, c'est, de tous les moyens que l'on a conseillés, à la phlébotomie que l'on devra s'adresser avec le plus de confiance; c'est grâce à elle que nous avons pu, chez ce malade, sinon faire cesser les crises nerveuses, du moins en atténuer considérablement la violence.

D'autre part, nous avons prescrit le chloral, par la bouche et en lavements, à la dose de 2 grammes matin et soir; puis, quand les accès ont été calmés, nous sommes revenus aux purgatifs, au lait et au tannin. Quant à la dyspnée et aux accès d'asthme, nous les avons combattus par l'application sur la poitrine de ventouses sèches et à l'aide d'un vomitif avec 1^{gr}50 à 2 grammes d'ipéca. Grâce à cette médication, nous avons amené un soulagement notable et rapide qui, aujourd'hui, équivaut à la guérison.

Enfin je vous dirai, en ce qui concerne le pronostic, si nous l'envisageons seulement au point de vue actuel, que nous devons croire ce malade sauvé. Toutefois si, pour le moment, les phénomènes urémiques sont conjurés, il ne faut pas oublier que l'urine n'a pas recouvré ses caractères normaux; qu'elle ne renferme pas encore la proportion d'urée ou de sels qu'elle devrait contenir; qu'enfin elle continue à être rendue en quantité moindre qu'à l'état chronique, nous assistions au début d'une néphrite parenchymateuse qui va persister et exposer cet homme à des accidents nouveaux d'autant plus à craindre, que nous avons affaire ici à un individu manifestement alcoolique.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE CHEZ L'ENFANT ET EN PARTICULIER CHEZ LE NOUVEAU-NÉ (1)

Par M. le docteur V. Hutinel
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Dans la pathologie du premier âge, le système veineux a le pas sur le système artériel, non parce que ses canaux sont malades, mais parce qu'il peut contenir un sang altéré. Quand on trouve dans un organe des lésions qui paraissent dues à un trouble circulatoire, c'est surtout dans les veines qu'il faut en chercher la cause. — Les congestions passives, fréquentes dans les premières semaines de la vie, peuvent s'accompagner d'hémorrhagie. On les observe à la suite des accouchements longs et difficiles; dans l'athrepsie aiguë, elles sont habituelles et semblent liées surtout à la concentration du sang. Plus tard, elles ont moins d'importance. Dès que le sang altéré stagne dans ses canaux, il peut s'y coaguler; aussi les thromboses sont-elles fréquentes dans l'enfance. On les rencontre chez les nouveau-nés emportés par l'athrepsie; chez les enfants épuisés par une maladie générale, par une affection chronique ou par une misère prolongée; elles siégent alors dans les veines du rein et de l'encéphale, ou dans l'artère pulmonaire. — Les viscères dont les veines sont ainsi obstruées par des caillots peuvent subir des altérations importantes. Lorsqu'il existe une thrombose des sinus ou des veines encéphaliques, on observe des congestions intenses, des apoplexies capillaires, des ramollissements du cerveau, des hémorrhagies méningées ou ventriculaires. Des lésions semblables peuvent avoir pour cause chez le nouveau-né une réplétion exagérée du système veineux. Chez l'enfant plus âgé, quand il n'existe pas d'oblitération veineuse pour expliquer l'apparition d'une lésion d'origine vasculaire (hémorrhagie, ramollissement), on trouve ordinairement une inflammation. — La symptomatologie des altérations encéphaliques est à peu près nulle dans les premières semaines de la vie. Au-dessus d'un an, elle est beaucoup plus nette. Cette différence tient au développement imparfait du cerveau chez le nouveau-né. — La thrombose des veines rénales, presque spéciale à l'athrepsie aiguë, s'accompagne dans le rein de congestions intenses, d'hémorrhagies interstitielles, ou même de foyers de suppuration. — Les caillots qui se forment dans l'artère pulmonaire de l'enfant sont des concrétions autochtones. Ils peuvent donner naissance à des apoplexies, à des suppurations ou même à des gangrènes du poumon. Ces lésions sont presque impossibles à reconnaître pendant la vie. — Les troubles de la circulation veineuse chez l'enfant empruntent une grande partie de leur gravité aux états morbides dans lesquels ils se rencontrent, mais ils peuvent par eux-mêmes causer des désordres irrémédiables.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources qui alimentent l'établissement d'eaux minérales dit « thermes romains » à Dax;

2° Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux de Sylvanès et de Prugnes, pour l'année 1876. (Commission des eaux minérales.)

M. le docteur Benjamin Anger adresse une lettre par laquelle il prie l'Académie de vouloir bien inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

PRÉSENTATIONS

M. JULES GUÉRIN offre à l'Académie le mémoire qu'il a lu devant elle sur les mouvements latéraux de la colonne vertébrale. Ce mémoire, annoté et accompagné de planches propres à mettre en évidence les dispositions anatomiques nouvelles qu'il a signalées, est, en outre, destiné à servir de base :

1° A l'étude du mécanisme des déviations musculaires de l'épine dans leurs rapports avec les causes qui les produiraient; 2° au diagnostic des altérations morbides de la colonne, dont les formes diffèrent toujours des attitudes physiologiques; 3° à une détermination anatomique plus rigoureuse de la constitution des muscles et de leurs attributs matériels par l'étude de leur destruction physiologique. Ces trois points de vue sont développés dans une courte préface placée en tête du mémoire.

M. BRIQUET, à l'occasion du procès-verbal, répond à quelques observations faites par M. Gubler au sujet de son rapport sur le choléra. M. Briquet avait émis cette opinion que les terrains sur lesquels on voyait le plus souvent le choléra étaient précisément ceux qui se trouvaient les plus répandus, et *vice versa*; or, les épidémies étant peu fréquentes sur les lieux où le terrain est granitique, M. Bri-

quet n'a eu à noter qu'un nombre assez restreint de localités où le sol est granitique.

M. Gubler a prétendu que M. Briquet n'avait pas fait mention de beaucoup de lieux où le sol était granitique, et, pour prouver son assertion, il a dit que ce terrain existait dans le Morvan, dans le Perche, dans l'Auvergne, dans le centre de la France, dans la Provence et jusque dans les Alpes et dans les Pyrénées, ce qui fait presque le quart de la France.

Suivant M. Briquet, il n'y a eu parmi les localités infectées par le choléra que les arrondissements maritimes de sept départements de l'Ouest, un arrondissement de la Vienne, deux arrondissements de la Mayenne et un arrondissement du Puy-de-Dôme, et le granit n'occupe qu'une partie de ces arrondissements. Il n'y a qu'un département, celui du Morbihan, où le granit occupe une grande partie du sol.

M. Gubler fait erreur en rangeant la Vendée, qui est un terrain d'alluvion, et le Var et les Vosges, parmi les pays de sol granitique. Mais il est évident pour M. Briquet que le terrain granitique est infiniment moins répandu que les sols précédents et que ses objections à la théorie tellurique subsistent en entier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ACIDE SALICYLIQUE.

M. BOUCHARDAT. Il y a deux ou trois ans que plusieurs auteurs ont appelé l'attention sur l'emploi intérieur de l'acide salicylique, mais je suis convaincu que les communications de M. Sée contribueront, plus que tous leurs travaux, à vulgariser chez nous l'emploi de ce nouveau modificateur thérapeutique. C'est dans le but de modérer le zèle de quelques imitateurs moins prudents que M. Sée que je vais présenter quelques observations.

En avançant, je péche par la timidité dans l'emploi des médicaments puissants. Je regarde cette prudence comme nécessaire surtout lorsque par suite d'un état pathologique les reins n'éliminent pas normalement les principes nuisibles qui existent dans le sang. Quand je professais la thérapeutique, j'ai insisté sur cette règle importante, de surveiller les organes d'élimination. Beaucoup de médecins aujourd'hui recommandent la même prudence par les mêmes motifs.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le plus habituellement la puissance d'élimination des reins n'est pas diminuée, mais on comprend qu'il puisse y avoir dans cette maladie des aberrations dans cette puissance d'élimination.

Dans la goutte il est bien rare que les reins soient à l'état normal. On constate souvent dans les urines des dépôts de bi-urate sodique. Voilà les raisons qui légitiment la prudence des médecins qui ont acquis une longue expérience.

Je devrais peut-être m'abstenir de parler du traitement du rhumatisme articulaire aigu, n'ayant sur cette maladie aucun fait personnel, mais je puis m'aider de l'observation générale.

Lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence d'une médication nouvelle contre le rhumatisme articulaire aigu, il convient, selon moi, de considérer son influence sur les symptômes, douleur et gonflement, sur la durée de la maladie, sur ses complications et enfin sur sa terminaison.

Pour la douleur et le gonflement, l'accord est parfait, les résultats obtenus sont excellents. Mais il est d'autres points de vue qu'il ne faut pas négliger.

La durée paraît abrégée par l'emploi du nouveau médicament; cependant il faut être très-réservé à cet égard, vu la difficulté de bien connaître la durée si variable du rhumatisme.

Il convient d'attendre encore avant de se prononcer sur l'influence que peut avoir le salicylate de soude, sur les complications cardiaques ou encéphaliques.

La terminaison, heureuse ou funeste, est le vrai criterium de la valeur d'une médication nouvelle.

Je ne saurais oublier que dans le service de Chomel, où les malades n'étaient soumis qu'à un traitement hygiénique, les douleurs tourmentaient fort les malades, la durée de la maladie était longue; mais les cas terminés par la mort étaient infiniment rares. Il en était de même dans le service de M. Bouillaud, qui traitait le rhumatisme par les saignées coup sur coup. Les cas de mort ne sont devenus fréquents que lorsqu'on a eu recours à des médicaments énergiques, supprimant promptement la douleur et abrégeant la durée de la maladie. Le nitrate de potasse, à haute dose, a eu ses ardents prôneurs, le sulfate de quinine a provoqué un véritable enthousiasme. Toutes ces méthodes se recommandaient par des côtés séduisants, mais en présence des revers répétés, le zèle s'est refroidi.

On m'objectera, sans doute, que ces médicaments sont des poisons ; mais le salicylate de soude possède des propriétés physiologiques énergiques. M. Oulmont a précisé son influence rapide sur la calorification, sur les appareils de la circulation. Un grand nombre d'observateurs ont insisté sur les troubles de l'appareil digestif après l'administration du salicylate de soude ; son action, sur le système nerveux (bourdonnements, surdité, excitation encéphalique) est incontestable. Ces caractères rapprochent la médication salicylique des moyens énergiques dont la thérapeutique dispose. Il faut être réservé en employant ces armes puissantes. Le fait de M. Empis, les deux revers cités par M. Jaccoud, augmentent mes appréhensions, et, si j'étais pris par un rhumatisme articulaire aigu, je dirais à mon médecin, M. Empis, s'il me prescrivait le salicylate de soude : Attendons un second accès; d'ici là, il sera bien démontré, je l'espère, que le nouveau médicament exerce une influence heureuse sur la terminaison de la maladie. En attendant, il est bon de prescrire ce remède héroïque en suivant rigoureusement les indications si sages de M. Sée sur le mode d'emploi.

Contre la goutte, le salicylate de soude paraît être utile pour combattre les accès et pour faciliter l'élimination du bi-urate de soude en excès dans le sang. Nous l'envisagerons sous ces deux aspects. M. Sée a cité des observations très-intéressantes qui prouvent son heureuse influence sur les accès de goutte. A ce point de vue sera-t-il supérieur au colchique? La comparaison est encore trop nouvelle pour qu'on puisse se prononcer. Sans doute, l'abus du colchique conduit à la goutte chronique ; l'usage répété du salicylate de soude sera-t-il exempt de ce grave inconvénient? Nous ne pouvons encore le dire sûrement. Le colchique est contre les accès de goutte un remède d'une incontestable puissance.

Il y a quarante ans, lorsque j'enseignais la thérapeutique, j'aimais à le recommander ; mais j'avais soin de dire que j'ai connu deux goutteux qui sont morts plutôt, selon nous, par le fait du colchique que par celui de la goutte. J'espère bien que le salicylate de soude n'abrègera pas la vie des goutteux qui en prendront, mais attendons avant de nous prononcer.

Pour faciliter l'élimination du bi-urate sodique, le salicylate de soude paraît agir à la façon de l'acide benzoïque. J'ai souvent employé l'acide benzoïque, le benzoate de chaux dans la polyurie avec des chances variées. Dans certaines conditions que je ne saurais préciser, la transformation de l'acide urique en acide hippurique ne s'effectue pas. S'opère-t-elle plus constamment avec le salicylate de soude? Il faut de longues et minutieuses expériences pour se prononcer avec certitude.

Pour combattre la polyurie, je donnerai encore la préférence aux moyens hygiéniques : 1° manger sobrement, en réglant judicieusement l'alimentation ; 2° augmenter la dépense par des exercices de chaque jour et le massage ; 3° faciliter l'élimination du bi-urate sodique en vidant régulièrement la vessie, par des boissons aqueuses, abondantes, additionnées lorsqu'il en est besoin, de sel de Seignette, de bicarbonate ou d'acétate de potasse à doses modérées.

En agissant ainsi, on arrive à des résultats, sans doute moins nets et moins prompts que ceux qu'on obtient avec le salicylate de soude, mais pour la goutte, il faut, selon moi, la vaincre lentement par une sage hygiène et ne pas risquer le combat à l'aide de moyens pharmaceutiques trop énergiques. Les goutteux qui vivent longtemps sont ceux qui se dirigent ainsi.

M. G. SÉE répond à M. Bouchardat. Il passe successivement en revue les divers arguments qu'il vient d'émettre relativement au traitement de la goutte et du rhumatisme. M. Bouchardat, dit-il, prescrit un traitement hygiénique de la goutte ; il cherche à faire éliminer le plus possible, et pense qu'il faut vaincre lentement cette maladie. M. Bouchardat sait aussi bien que moi que quand une fois la goutte est installée, pour ainsi dire, dans un organisme, il est

impossible de l'en déloger. Or, qu'arrive-t-il si l'on suit rigoureusement le régime auquel M. Bouchardat veut soumettre tous les goutteux? on devient peu à peu profondément anémique. Les goutteux se soumettent donc bien, pendant quelque temps, à ces règles prescrites par M. Bouchardat, et il arrive toujours un moment où, se voyant dépérir sans voir la goutte disparaître, ils abandonnent ces règles en apparence si logiques et si sages. Que cherchez-vous surtout à obtenir par ce régime, si ce n'est de favoriser autant que possible l'élimination? Je n'ai donc plus besoin de ce régime, si le salicylate de soude possède les propriétés éliminatrices que vous lui reconnaissez vous-même.

M. Bouchardat ajoute qu'il recommande aussi l'exercice; mais, dans la plupart des cas, l'exercice est impraticable, les malades étant pris par les douleurs, les accès aigus aboutissant toujours à la chronicité.

Le médicament par excellence de la goutte, ajoute M. Bouchardat, est le colchique. Il est incontestable, en effet, que le colchique soulage d'une façon très-efficace les douleurs des goutteux. Mais ce médicament a-t-il jamais guéri un goutteux? A-t-il jamais empêché la maladie de passer à l'état chronique? En résumé, les deux grands principes d'hygiène recommandés par M. Bouchardat, le régime et l'exercice sont tous deux impraticables, l'un, parce qu'il anémie les malades, l'autre, parce que, la goutte passant à l'état chronique, il devient impossible aux malades de faire de l'exercice.

M. Bouchardat a abordé ensuite les contre-indications du salicylate de soude. J'ai moi-même formulé le plus nettement possible ces contre-indications, quand j'ai dit, dans ma première communication : faites attention aux reins. On sait en effet, aujourd'hui, que l'influence de l'état des reins modifie profondément l'élimination. Cl. Bernard l'a dit depuis longtemps. Un professeur de Zurich, Hermann, a fait sur ce sujet un travail considérable. Donc, la première contre-indication de l'emploi du salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme et de la goutte, est un état pathologique des reins.

Dans le rhumatisme, je ne sache pas qu'il ait jamais été mentionné que les reins fussent modifiés d'une façon quelconque soit dans leurs fonctions, soit dans leur constitution. Il n'en est pas de même dans la goutte où les reins sont souvent très-sensiblement modifiés, où ils présentent même un état atrophique particulier qui a été désigné par les Anglais sous le nom de rein goutteux. Il est donc indispensable de porter son attention de ce côté lorsqu'on veut administrer le salicylate de soude à un goutteux : quant à moi, je n'ai jamais formulé une ordonnance pour un goutteux; sans m'être assuré préalablement de l'état des urines, non-seulement au point de vue de l'acide urique, mais surtout au point de vue de l'albumine, et je me garde bien de prescrire du salicylate de soude à un goutteux dont l'urine contient de l'albumine.

M. Bouchardat, ainsi que M. Guéneau de Mussy, a insisté sur la façon dont Chomel traitait le rhumatisme et tous deux sont arrivés à cette conclusion, qu'à cette époque on ne voyait, pour ainsi dire, pas de morts par le rhumatisme, et que, depuis que l'on emploie contre le rhumatisme des remèdes énergiques, les morts se sont beaucoup multipliées.

Mais cela s'explique aisément par ce fait qu'à cette époque on ne connaissait pas le rhumatisme cérébral. Ce sont les travaux de M. Vigla, de M. Gubler, qui sont venus les premiers jeter un grand jour sur cette importante question des complications cérébrales du rhumatisme. Or, je me rappelle qu'à l'occasion du remarquable travail de M. Gubler, dont j'eus l'honneur d'être le rapporteur auprès de la Société médicale des hôpitaux, on s'est demandé si le nouveau traitement du rhumatisme par le sulfate de quinine n'était pas pour quelque chose dans ces complications. Il n'a pas été difficile de démontrer que le sulfate de quinine n'y était absolument pour rien.

Jamais aucun des médicaments les plus énergiques employés contre le rhumatisme n'a tué les malades, à moins qu'on n'ait dépassé les doses thérapeutiques; ce sont alors des cas d'empoisonnement dont on ne peut rendre responsables que les médecins qui ont prescrit ces doses et non le médicament lui-même. Il n'y a pas de médication possible sans médicament actif; et ces médicaments deviennent toxiques si vous dépassez certaines doses; c'est là le point véritablement clinique, et je nie de la façon la plus formelle qu'on puisse mettre sur le compte des médicaments employés les cas de mort par le rhumatisme cérébral.

MM. Bouchardat et Guéneau de Mussy, en parlant de la méthode de Chomel, semblent dire que Chomel n'employait aucun médicament actif contre le rhumatisme. C'est là une erreur; il suffit, en effet, de lire Requin pour savoir que Chomel traitait le rhumatisme par l'opium à hautes doses. N'est-ce donc pas un médicament actif que celui-ci et peut-on dire que Chomel n'en employait aucun contre le rhumatisme? Un seul de nos confrères, que nous regrettons tous aujourd'hui, confrère aussi sceptique qu'intelligent, s'est contenté de l'hygiène seule, de la simple expectation en face du rhumatisme; c'était Lorain. Or, nous savons tous par M. Lépine, aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon, qui a été pendant deux ans l'interne de M. Lorain, que les rhumatisants ne restaient jamais moins de six semaines, deux mois et demi, trois mois dans le service de M. Lorain, que, pendant tout ce temps, ils enduraient des souffrances continuelles, et que généralement les complications cardiaques ou cérébrales n'y étaient pas moins fréquentes que dans les autres services. Je ne fais que citer ici M. Lépine, dont tout le monde connaît la légitime autorité. Il faut donc agir en face du rhumatisme, et je prétends que nous n'avons pas le droit de laisser souffrir les malades, et que notre premier soin doit être de calmer les douleurs. M. Briquet a-t-il voulu faire autre chose quand il a recommandé le sulfate de quinine contre le rhmatisme? En diminuant la douleur, on diminue la fluxion articulaire, à tel point que je me demande si ce n'est pas la douleur elle-même qui est la cause de la fluxion. On connaît aujourd'hui l'influence du système nerveux sur les fluxions en général. Quoi qu'il en soit, c'est là une des propriétés les plus remarquables du salicylate de soude, et sur laquelle j'ai le premier insisté d'une façon spéciale; c'est, que l'on me permette l'expression, la propriété fondante. Même dans les cas de rhumatisme chronique, il diminue notablement le gonflement articulaire. Outre ses propriétés essentiellement analgésiantes, il possède donc une propriété dénutritive des tissus enflammés.

Quant à cette propriété sur la circulation que M. Bouchardat considère comme dangereuse, que M. Oulmont a si bien mise en lumière, quant à cette action antipyrétique, à ces effets réfrigérants, tout cela n'est pas moins incontestable, mais ce n'est là qu'un effet transitoire, qui ne dure pas, qui ne tient pas si l'on veut me permettre cette expression. Il n'y a donc aucune crainte à avoir de ce côté; et d'ailleurs les faits se comptent aujourd'hui par milliers, et on est encore à atteindre ces fameux accidents du côté du cœur, ou du côté du cerveau qu'a fait entrevoir M. Jules Guérin. J'ai signalé moi-même les phénomènes cérébraux, les troubles de l'ouïe, les bourdonnements d'oreille, la surdité, un état de somnolence, mais j'affirme qu'on n'observe aucune modification importante du côté de la circulation, d'ailleurs je n'oublie pas que mon premier devoir en face du malade est la prudence, et j'en ai fortement usé avant de venir ici déclarer ce que j'ai vu.

M. Bouchardat a aussi parlé de la durée et de terminaisons variables du rhumatisme suivant le traitement. Au point de vue de la durée, c'est aujourd'hui un fait absolument indiscutable, il n'y a pas, il n'y a jamais eu un seul médicament qui ait la puissance du salicylate de soude. Quant à l'influence de ce médicament sur la terminaison du rhumatisme, c'est là un point fort discuté aujourd'hui. Il y a un cadavre que, depuis quelque temps, on ne cesse de faire passer devant mes yeux; c'est celui de M. Empis. Mais, cette mort dont on serait tenté de m'accuser, je n'y suis pour rien, pas plus que M. Empis qui, suivant les règles que nous avons posées, a fait administrer à son malade, 7 grammes le premier jour, 4 grammes le second, et 3 grammes le troisième, du nouveau médicament. Ce malade, après trois jours, allait si bien que M. Empis ne jugea pas utile de retourner le voir, et le quatrième jour il est mort subitement. Cet homme est mort assurément d'une embolie; c'est la seule explication rationnelle qu'on puisse donner de sa mort; mais personne assurément n'a le droit d'imputer cette mort à l'acide salicylique qui a été donné dans ce cas avec toute la prudence désirable.

L'acide salicylique n'a jamais tué qu'en Allemagne où certains médecins en ont donné jusqu'à 15 grammes dans les vingt-quatre heures. Mais aux doses que j'ai fait connaître, j'affirme que l'acide salicylique n'a jamais tué personne. Ce médicament ne diffère pas en cela de beaucoup d'autres, du sulfate de quinine entre autres qui, lorsqu'on dépasse certaines doses deviennent toxiques. C'est ainsi qu'étant interne, j'ai vu un malade qui a succombé à un empoisonnement par le sulfate de quinine ; mais le médecin qui l'avait prescrit, en avait donné 5 grammes. M. Briquet, qui le premier a prescrit l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme, est-il responsable de cette mort?

Mais pour en revenir à la goutte, M. Bouchardat a donné l'acide benzoïque dans cette maladie ; or j'ai démontré que l'acide salicylique subissait les mêmes transformations. Pourquoi donc lui préférer l'acide benzoïque ? Pour nous résumer en ce qui concerne l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement de la goutte, nous dirons que ce médicament possède deux propriétés bien avantageuses dans cette maladie : il calme la douleur et favorise l'élimination.

M. Bouchardat admet ces deux propriétés. Mais il en est une troisième qui lui a échappé et qui est d'une importance considérable : c'est un dénutritif, un fondant par excellence.

Je fais donc appel à tous les médecins qui ont des services hospitaliers; qu'ils fassent comme moi et ils verront que chaque jour se confirmeront davantage les résultats que j'ai annoncés. Au reste, le salicylate de soude a pris désormais droit de cité dans la thérapeutique et je pourrais produire plusieurs lettres de médecins qui, sur mes avis, se sont traités eux-mêmes avec le salicylate de soude et en ont obtenu les meilleurs résultats.

M. J. GUÉRIN. M. Sée m'a cité comme ayant exprimé des craintes sur la possibilité d'accidents mortels à la suite de l'emploi de ce médicament. J'ai simplement dit qu'il fallait faire des réserves et surveiller avec le plus grand soin l'administration de ce médicament. J'ai ajouté qu'il y avait un moyen qui m'avait toujours très-bien réussi, qui consiste en onctions de tartre stibié sur les parties douloureuses, et qui me paraissait préférable à l'emploi à l'intérieur de remèdes énergiques dont il n'avait pas les inconvénients. M. Guérin rappelle sa communication sur ce sujet (Voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 6 septembre 1877, pag. 820).

M. SÉE répond qu'il a seulement protesté contre cette assertion de M. Jules Guérin, que le salicylate de soude exerce une action redoutable sur le cœur. Il affirme qu'il n'exerce aucune action sur cet organe.

Quant au traitement préconisé par M. Guérin, je regrette qu'il ait attendu si longtemps pour nous le faire connaître, d'autant plus que, ces jours derniers, en parcourant des travaux étrangers, j'ai vu que M. Guérin avait été victime d'un plagiat. Un médecin anglais, Davies, préconise un traitement à peu près semblable, frictions stibiées, etc. Je signale ce travail à l'attention de M. Guérin.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons annoncé, d'après le *Journal officiel*, dans notre précédent numéro, l'ouverture de trois concours qui doivent avoir lieu à l'École-de-Médecine d'Amiens. Un nouvel avis publié par le même journal porte que la date de l'ouverture de ces concours sera ultérieurement fixée.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 113. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1877. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La métallothérapie à la Salpêtrière.

Dans notre revue clinique du 29 janvier dernier, sous le même titre que nous venons d'inscrire, nous signalions le nouveau pas que venait de faire, dans la voie de la démonstration expérimentale, l'étude entreprise depuis plus de vingt-cinq ans par M. Burq, sur l'influence de l'application de certains métaux sur les parties du corps frappées d'anesthésie. Les nouveaux faits que nous signalions alors, et qui ont été consignés depuis dans les diverses communications faites par M. Charcot à la Société de biologie, et dans le rapport lu au nom d'une commission devant cette même Société, par M. Dumontpallier, sont ajourd'hui connus de tout le monde et admis sans conteste. Nous n'y reviendrons pas. Mais les choses n'en devaient pas rester là. M. Charcot, après s'être convaincu et avoir convaincu les médecins et les élèves qui suivent son service, de la réalité des faits annoncés par M. Burq, au point de vue physiologique, a consenti à poursuivre les épreuves expérimentales qui lui étaient proposées sur le terrain pratique. Ayant admis le fait de la métalloscopie, il a voulu savoir jusqu'à quel point M. Burq avait été fondé à asseoir sur cette base une méthode thérapeutique, qui justifiât la dénomination de métallothérapie qu'il avait donnée à l'ensemble de l'objet de ses recherches, et qu'on nous a quelque peu reproché d'avoir acceptée nous-même prématurément. Si nous l'avions acceptée, c'est parce que nous avions été déjà témoin de quelques faits qui nous avaient paru de nature à la justifier. Aujourd'hui, nous nous croyons plus fondé que jamais à la maintenir, après les nouvelles épreuves publiques qui viennent de se passer sous nos yeux.

Quatre des cinq malades de la Salpêtrière, sur lesquelles la commission avait fait ses expériences, ont été traitées par l'emploi à l'intérieur des mêmes métaux dont on avait constaté l'action à l'extérieur.

Voici les résultats qui ont été obtenus chez ces malades et qui ont été constatés dans une série d'épreuves faites, vendredi dernier, à la Salpêtrière, sous la direction de M. Charcot, avec le concours de M. Dumontpallier et des internes du service, en présence de plusieurs assistants, au nombre desquels étaient MM. Bouley, un médecin anglais, le docteur Wilkinson, de Manchester, le correspondant français du *Medical Times*, et quelques autres confrères.

La première malade qui nous a été présentée, est la nommée M..., à la Salpêtrière depuis onze ans, pour une affection hystérique qui a présenté les formes les plus variées et a résisté à tous les traitements en usage. Il y avait chez elle, au moment où elle a été soumise aux premières épreuves de la commission, hémianesthésie complète du côté gauche. Ces épreuves avaient fait constater chez M... la sensibilité or. Après quinze minutes d'application de bracelets d'or monnayé sur l'avant-bras et la jambe du côté gauche, les points d'application étaient devenus sensibles à la piqûre superficielle et profonde, le sang coulait des piqûres, qui, avant, restaient exsangues, et au-dessus et au-dessous des zones redevenues sensibles, il existait de la dysesthésie. En conséquence de cette indication, on soumit cette malade à la médication par l'or. On a commencé le traitement chez elle, le 11 juin dernier, par 2 centigrammes de chlorure d'oxyde d'or et de sodium.

Dès le 17, la force musculaire avait augmenté d'un quart.

Le 19, on constate la réapparition de la sensibilité sur l'avant-bras gauche.

Le 21, retour de l'appétit, qui avait fait presque complétement défaut jusque-là et qui est devenu vorace, au point que la malade se levait la nuit pour manger.

Le 22, sensibilité normale partout.

Le 3 juillet, réapparition des règles durant trois jours consécutifs, après deux ans d'interruption. Plus d'attaques, plus d'hyperesthésie ovarienne : retour de l'embonpoint.

Le 6, la malade avait gagné 6 kilogrammes en poids.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, la menstruation s'est faite régulièrement chaque mois. La malade a continué à engraisser. Enfin, le sens génital, qui était autrefois complétement aboli, s'est réveillé. Il s'est fait, en un mot, chez elle une transformation complète. L'exploration de la sensibilité, faite de nouveau en notre présence, a montré son intégrité sur toutes les parties du corps.

— La deuxième malade traitée est la nommée Angèle D..., hystérique depuis cinq ans, aveugle depuis l'âge de six ans, par opacité des cornées, également sensible au zinc et à l'or. Elle présentait, comme M..., de l'hémianesthésie gauche. Mise en traitement le 30 juin, dès le 3 juillet, on constatait chez elle que l'hémianesthésie commençait à disparaître à la jambe, et il y avait une augmentation notable d'appétit.

Le 10 juillet, la sensibilité générale et spéciale avait presque complétement reparu.

Le 12, les règles reparaissaient.

A la fin de juillet, la sensibilité était redevenue normale. Plus d'attaques hystériques depuis cette époque; retour de l'embonpoint et des forces accusé par une augmentation notable de la force de pression. La malade attend sa sortie de la division, autorisée depuis près de deux mois.

— Troisième malade. — B..., atteinte d'hystérie entée sur une épilepsie primitive, anesthésique à droite, et seulement analgésique à gauche, avec contracture de la jambe droite, trouvée sensible à l'or par la commission. Mise en traitement le 6 juillet. Le 13 juillet, retour de la sensibilité au contact dans tout le côté droit. Fin juillet, sensibilité redevenue normale. Depuis cette époque, B... n'a plus présenté de phénomènes hystériques, mais elle a continué à avoir ses accès d'épilepsie.

— Quatrième malade.— B..., hystéro-épileptique, anesthésique et amyosthénique, ayant autrefois au moins une attaque tous les mois, reconnue sensible au cuivre. Cette malade, réservée pour les épreuves de métallothérapie externe, avait été traitée d'abord uniquement par les armatures de cuivre. La sensibilité avait commencé à se rétablir, les forces revenaient, les règles, supprimées depuis deux mois, avaient reparu. Mais au bout de quelque temps, le métal employé topiquement paraissait avoir perdu toute action; l'anesthésie et l'amyosthénie étaient progressivement revenues comme auparavant. On a cessé l'application des armatures, et, le 15 juin, on a soumis la malade au traitement interne, lequel a consisté dans l'usage de pilules de bioxyde hydraté de cuivre, à la dose de une d'abord, puis de deux pilules, de 2 centigrammes $\frac{1}{2}$ chaque, et d'un demi verre d'eau de Saint-Christau par-dessus. Peu à peu, sous l'influence de ce traitement, les forces musculaires ont augmenté. La force de pression, le 28 juin, était de 34 kil. à droite et 34 à gauche. Le 3 juillet, elle était de 40 à droite et de 35 à gauche. Mais, à cette époque, l'anesthésie persistait encore.

On remplace le bioxyde par l'albuminate de cuivre, dont on porte la dose graduellement jusqu'à 10 centigrammes par jour. La menstruation s'effectue régulièrement, les forces se maintiennent, et le 12, on constate que la sensibilité commence à reparaître. On applique alors une plaque de cuivre sur les parties encore peu sensibles, et l'on ne tarde pas à voir le retour complet de la sensibilité.

Sur ces entrefaites, la malade, étant venue à apprendre quelle était la nature du médicament qu'on lui administrait, s'est refusée à continuer le traitement. Par le fait de cette interruption, elle n'a pas tardé à perdre ce qu'elle avait déjà gagné : retour de l'analgésie, de l'amyosthénie et des attaques, nouvel amaigrissement, perte des forces qu'elle avait acquises et insomnie. On se borne cette fois à lui faire reprendre l'eau de Saint-Christau à la dose de deux verres par jour seulement; et sous l'influence de ce médicament qui ne renferme guère que 3 milligrammes de sulfate de cuivre par litre, on la voit regagner bientôt sa sensibilité et ses forces.

— La cinquième malade, la nommée G...., jeune fille de seize ans, hystérique depuis plusieurs années, affectée d'ovarie droite, anesthésique de tout le côté droit du corps et sujette à des crises convulsives avec hallucinations de la vue, et qui a été soumise aux expériences les plus variées et les plus concluantes de la part de la commission, avait d'abord été traitée par la méthode métallothérapique externe, à l'action de laquelle elle n'a pas tardé à devenir insensible. On a passé alors au traitement interne dont les effets commençaient à se produire, lorsqu'elle s'est refusée à en continuer l'épreuve...

Tels sont les faits qui nous ont été exposés par MM. Charcot, Dumontpallier et Burq et les résultats que nous avons pu constater nous-même. Dans cette même séance, on nous a rendu témoin d'autres expériences très-curieuses destinées à montrer que l'on peut encore, par l'application des métaux, déterminer chez quelques malades des phénomènes de sédation et même de dépression très-remarquables de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale. Mais la relation de ces expériences nous entraînerait trop loin et nous ferait sortir, d'ailleurs, du but unique que nous nous sommes proposé aujourd'hui, c'est-à-dire montrer les heureux effets, dans le traitement des troubles de la sensibilité chez les hystériques, de l'administration des métaux dont l'exploration préalable à l'aide de la métalloscopie a révélé l'appropriation.

Maintenant, les guérisons obtenues, et qui, chez quelques-unes de ces malades, datent déjà de quelques mois, seront-elles définitives? Combien de temps se maintiendront-elles? Ce sont là des questions qu'il faut laisser au temps de résoudre. D'un autre côté, il est peu probable qu'on puisse compter sur plus de constance de la part de cette méthode que de la part de toutes celles dont l'art médical est en possession. Nous avons vu justement dans l'une de nos dernières tournées dans les salles de la Charité, une jeune malade hystérique, qui est passée du service de M. Vulpian dans celui de M. Hardy, et qui s'est montrée réfractaire à tous les essais de métalloscopie et de métallothérapie externe ou interne que l'on a tentés sur elle. Les faits que nous venons d'exposer sommairement et un peu à la hâte peut-être, n'en sont pas moins très-remarquables et très-dignes d'appeler le contrôle et la vérification.

Des arthropathies de l'ataxie locomotrice.

Le fait très-curieux d'artropathie survenue dans le cours d'une ataxie locomotrice progressive, que nous avons rapporté dans la revue du 15 septembre, d'après la relation détaillée qu'en a faite M. le docteur J. Michel, a été pour ce jeune médecin l'occasion d'une nouvelle étude générale de la question, dont on nous saura gré de rappeler ici quelques-uns des principaux résultats.

Un mot d'abord de la symptomatologie :

Dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, et chez les quelques malades que M. Michel a eu l'occasion d'examiner, il a été frappé de l'identité presque complète des symptômes observés et de la régularité de leur évolution. Toujours, ou du moins presque toujours, dit-il, la maladie s'est montrée avec les mêmes allures, le même début, la même marche ascensionnelle et décroissante, de telle sorte que presque toutes les observations qui sont rapportées dans son travail peuvent être considérées comme des types et peuvent être résumées dans le tableau sommaire suivant :

Mode de début brusque, sans prodromes, — explosion de la maladie, dans la plupart des cas, après l'apparition des douleurs fulgurantes, en même temps que l'incoordination motrice. — Développement, sans cause extérieure appréciable, d'une tuméfaction générale de l'articulation, qui envahit en même temps les parties molles situées au-dessus et au-dessous. Absence de toute réaction générale ou locale; pas de fièvre, pas de rougeur, pas de douleur. Disparition, au bout de quelques jours, de la tuméfaction générale, ne laissant plus après elle que le gonflement articulaire résultant de la forma-

tion d'une hydarthrose, conservation des mouvements soit provoqués, soit spontanés, mais avec des craquements très-nets, qui sont perçus, non-seulement par le malade, mais même par les personnes qui l'entourent. L'hydarthrose venant à se résoudre au bout de quelque temps, du moins en partie, on sent alors à travers la peau une diminution de volume, souvent très-manifeste, des extrémités articulaires. Enfin, luxations consécutives fréquentes, par suite de l'élongation des ligaments et des bourses fibreuses produite par l'hydarthrose, et de l'usure ou plutôt de la résorption des tissus cartilagineux, et des têtes osseuses.

Si le début de la maladie s'est montré à peu de chose près toujours le même, sa marche est très-variable; les rechutes et les récidives sont très-fréquentes. Les causes extérieures que l'on a vues être presque sans influence aucune sur le développement de la maladie, en ont, au contraire, une très-grande sur la production des rechutes et des récidives.

M. Michel a étudié d'abord les lésions de tous les éléments qui constituent l'articulation, puis, comme on le verra plus loin, il a cherché à étudier les lésions des centres nerveux et à établir les rapports qui existent entre les uns et les autres.

Voici les résultats de la première partie de ces recherches :

Dans les observations rapportées dans son travail, tous les éléments de l'articulation étaient envahis par le processus morbide. De plus, on y a constaté une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire d'une partie plus ou moins considérable du membre malade. Les lésions articulaires ont présenté plusieurs degrés. Dans la majorité des cas, elles avaient atteint en peu de jours leur maximum d'étendue et d'intensité. Elles ont toujours eu un caractère spécial, différent de celles des autres arthrites et en particulier de l'arthrite sèche, avec laquelle on les a longtemps confondues.

Elles consistent surtout en : un épaississement de la capsule, destruction plus ou moins complète de la synoviale; épanchement séreux, rarement sanguin ou purulent, dans l'articulation; résolution des cartilages d'encroûtement; altérations osseuses, depuis la simple éburnation jusqu'à la disparition plus ou moins complète des extrémités osseuses; ostéophytes à la périphérie de l'os érodé ; enfin, ostéite raréfiante de la diaphyse.

L'arthropathie est-elle un symptôme ou une complication de l'ataxie locomotrice? quelle est sa cause? est-elle explicable par la lésion médullaire propre à l'ataxie locomotrice Voici la réponse que M. Michel fait à ces diverses questions :

Sur sept observations avec nécropsie et examen histologique de la moelle, on trouve deux fois l'atrophine parfaitement indiquée des cornes antérieures dans des points correspondants à l'origine des nerfs qui se rendent à l'articulation malade. Dans deux autres cas, il est question d'une altération de la substance grise, altération mal définie et pouvant laisser quelques doutes sur son existence. Dans les trois autres cas, l'anatomie pathologique a été tout à fait muette. Si donc, dans un certain nombre de cas, on a observé la coïncidence des arthropathies, d'une part, et d'une lésion des grandes cellules grises de la moelle, d'autre part, il est des cas, au moins aussi nombreux, où l'arthropathie a existé, sans qu'on ait pu constater la lésion de ces cellules.

La conclusion de M. Michel sur ce point est conforme à l'opinion énoncée par M. Blum dans sa thèse sur les arthropathies d'origine nerveuse, pour le concours d'agrégation de 1875, que nous avons analysée dans le temps. La relation qu'on a cherché à établir entre l'arthropathie ataxique et la lésion dont il s'agit n'est pour M. Blum qu'une vue ingénieuse de l'esprit, mais qui, dans l'état actuel de la question, ne peut être admise qu'avec les plus grandes réserves.

A défaut d'une solution satisfaisante du côté de l'anatomie pathologique, peut-on espérer trouver plus de lumière dans la physiologie pathologique? Sur ce point, on en est encore réduit à des hypothèses, toutes plus ou moins séduisantes, mais des hypothèses. Nous ne nous y arrêterons pas pour le moment.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Les cas dans lesquels de vrais anévrysmes et non des cas de téléangiectasis, ont été traités par les injections coagulantes, sont :

1° Un cas de Bruns (table de Fischer, n° 20), dans lequel il y eut mort par gangrène et hémorrhagie.

2° Un de Baum que Fischer rapporte avec détails.

Le malade, ouvrier, avait reçu trois semaines auparavant une forte contusion sur la fesse, par suite de la chute d'un corps pesant. Il y eut une eschare de la partie lésée et il y eut des symptômes évidents de fracture du bassin. Peu après son admission, on constata une petite tumeur pulsatile présentant un frémissement, à la partie supérieure de l'échancrure sciatique. Pendant quelque temps, l'application de vessies de glace et d'une compression modérée semblèrent arrêter les progrès de la tumeur ; mais le malade quitta alors l'hôpital et quand il revint, on trouva que la tumeur avait augmenté de volume. On essaya la compression de l'iliaque primitive, mais elle n'arrêta pas les pulsations ; en réalité, la circulation ne pouvait pas être interrompue d'une manière effective. Le 5 août 1866, on injecta dans la tumeur un gramme de solution de perchlorure de fer à 20° (Beaumé). Avant de pousser l'injection, on s'assura (en voyant du sang artériel sourdre par la canule) que la pointe de l'instrument avait bien pénétré dans le sac. On exerca en même temps la compression de tous les côtés de la tumeur. Le thrill disparut aussitôt, mais les pulsations persistèrent, bien que perdant graduellement de leur force jusqu'à un certain point, et la tumeur ne diminua pas de volume. Cependant, comme le malade guérissait peu à peu de sa fracture du bassin et que les pulsations l'incommodaient peu, il refusa de se soumettre à un traitement plus prolongé, bien que, même un an après l'accident, la persistance des pulsations et le volume de la tumeur, engagèrent le chirurgien à proposer une nouvelle injection. Quand on le revit un an et demi après, près de trois ans après l'accident, toutes traces de tumeur et de pulsations avaient complétement disparu et il était parfaitement bien à tous égards.

On ne peut contester ici la réalité de la guérison, mais il est beaucoup plus douteux de savoir la part qui revient au traitement. Cette guérison me paraît ressembler à celles d'autres observations de disparition spontanée de dilatations anévrysmales dues à la blessure de l'artère dans les fractures, comme celles que j'ai citées dans mon « system of surgery ».

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre.

3° Le troisième cas où l'on ait employé les injections coagulantes est rapporté par Servier (*Gaz. hebd.*, 1868, pp. 326, 339). Ce cas se présenta au Val-de-Grâce, dans le service de M. Legouest; le malade, glissant sur son pied droit pendant qu'il était aux latrines, fit un violent effort pour s'appuyer au mur et ne pas tomber; de là était résulté l'anévrysme. Après cet accident, il y eut une violente douleur dans la fesse et la cuisse, un gonflement considérable et une température élevée et le troisième jour, il y avait une pulsation faible et un bruit de souffle dans l'espace quadrilatéral limité par la crête de l'os des îles, le pli de la fesse, le grand trochanter et la ligne médiane. L'accident arriva dans un autre hôpital militaire, où le malade, âgé de trente-trois ans, était en traitement pour une bronchite.

Il y avait au cœur un bruit de souffle dépendant d'une affection des valvules aortiques. On essaya d'abord de guérir cet anévrysme diffus par la compression digitale de l'aorte pendant dix minutes, trois fois par jour; mais l'anévrysme continua à s'accroître. On essaya alors la compression mécanique pendant cinq minutes chaque fois, de façon à interrompre complétement la circulation. Cela causa de vives douleurs; mais on continua graduellement jusqu'à ce que le malade pût supporter la compression pendant vingt minutes, trois fois par jour, mais avec de grandes souffrances et en définitive, quatre semaines après l'emploi de la compression digitale, le sac céda de nouveau et l'anévrysme commença à s'accroître rapidement On injecta alors le perchlorure de fer, l'aorte étant exactement comprimée. D'abord, quarante gouttes de perchlorure de fer à 20°, cinq minutes après une seconde injection et dix minutes après une troisième (120 gouttes en tout). La compression fut maintenue pendant dix minutes après la troisième injection ou vingt-cinq minutes en tout. D'abord on remarqua un durcissement considérable, avec diminution des pulsations et du bruit; mais ces symptômes reparurent bientôt, la tumeur fit de rapides progrès, la peau se mortifia, il se fit une exsudation de sanie séro-purulente, puis une hémorrhagie abondante qui fut aussitôt fatale, quarante jours après l'injection de perchlorure de fer.

Il y avait un large anévrysme biloculaire de la fessière, qui s'était rompu dans sa partie superficielle, formant une troisième poche qui s'étendait en bas jusqu'au milieu de la cuisse; il s'était rompu là aussi bien qu'au niveau du grand trochanter. L'artère fessière était saine à l'intérieur du bassin comme du reste toutes les autres branches de l'hypogastrique, mais semblait s'être rompue juste au niveau de l'échancrure sciatique. A l'exception du cœur, tous les autres organes étaient sains.

En égard au traitement, Servier, qui remplaça Legouest absent après l'injection, fait observer que l'insuccès peut être attribué en partie à l'état de faiblesse du malade et on pourrait peut-être en dire autant au sujet de la compression de l'aorte. Mon impression propre est que, dans les anévrysmes traumatiques et surtout peut-être dans les ruptures résultant de causes insignifiantes comme dans le cas qui nous occupe, il ne faudrait pas persister trop longtemps à vouloir guérir l'anévrysme par la compression, quand elle tarde à réussir. Il faut tenir grand compte de l'élasticité ou de la résistance des tissus qui composent le sac, très-variables suivant les cas, et qui, dans le cas présent, paraissent avoir été très-faibles. En réalité, à en juger par la description, le sac n'a jamais été parfaitement formé. Quand Servier en prit la charge, le malade était dans un état désespéré et aucune opération n'était praticable. Mais il me paraît évident que, dans un anévrysme à accroissement aussi rapide, le perchlorure n'a pour lui aucune chance favorable, mais qu'on eût pu réaliser la compression de l'aorte et l'artère liée au point de la rupture, après l'échec de la compression.

Il eût pu guérir par ce moyen, mais serait certainement mort après l'opération de Hunter.

4° Le quatrième est le malade de Sappey qui, quelques années après la ligature de l'ischiatique, vint à l'hôpital des cliniques dans le service de Nélaton. Nélaton injecta dans la tumeur vingt-cinq gouttes de perchlorure de fer à 20°. Les pulsations disparurent aussitôt. D'après des notes prises un mois plus tard, la tumeur avait diminué de moitié et diminuait encore (*Gaz. des hôpitaux*, 1864, p. 178).

Dans un cas précédent de Nélaton (*Gaz. des hôp.* p. 141), désigné comme anévrysme artério-veineux de l'ischiatique, mais dont Nélaton parla depuis comme d'un anévrysme de la fessière, on injecta trente-deux gouttes de perchlorure de fer à 25° avec compression complète de l'aorte. Les pulsations continuèrent, mais le bruit de souffle disparut. On renouvela la même opération dix jours après, avec un succès complet. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

5° On a un cinquième cas: celui de Campbell cité plus haut, dans lequel on fit, sans succès, une seule injection. Baum a publié un autre cas dans lequel on fit, avec succès, une injection de perchlorure de fer dans une tumeur anévrysmale de la fesse; mais c'était un téléangiectasis et non un véritable anévrysme, cela n'a pas de rapport avec notre sujet.

On ne peut pas dire que ce soit là une liste bien satisfaisante, car la guérison n'est pas prouvée dans le cas de Nélaton, bien qu'il soit ordinairement cité comme un succès; dans le cas de Baum, il est évident que la guérison a été spontanée; en réalité, le traitement n'amena pas une guérison radicale, dans l'opinion du chirurgien lui-même, puisque un an après il proposait de répéter l'opération. Cependant il faut admettre que l'injection semble avoir été suivie de quelque avantage.

Si maintenant nous cherchons à nous faire une opinion générale sur le traitement des anévrysmes de la fesse, nous verrons qu'ici comme dans les autres anévrysmes, l'opinion des chirurgiens d'aujourd'hui diffère beaucoup de celle de nos prédécesseurs immédiats, et que d'un autre côté des difficultés spéciales du traitement, dans cette région, ont donné naissance à des opinions très-différentes.

M. Guthrie, dans les leçons qu'il a professées à ce collége sur les anévrysmes, il y a quarante-cinq ans, a posé, comme si elle était incontestable, la règle que: « dans tous les cas d'anévrysme fessière et de l'ischiatique, il fallait lier l'iliaque interne au lieu d'opérer sur la partie malade (Guthrie, p. 377); » pendant que M. Syme, même après une ligature heureuse de l'iliaque interne pour anévrysme de la fesse, exprimait ses préférences pour l'opération ancienne, dans chaque cas où il pouvait espérer trouver l'orifice du sac extérieurement au bassin.

M. Bouisson (*Tribut à la chir.*, I, 370), d'autre part, est tellement convaincu du danger de la ligature de l'iliaque interne, de la fréquence des anomalies de cette artère, et de la proximité des grosses branches et du sac dans tous les cas de ligature, qu'il donne la préférence à la méthode d'Anel, c'est-à-dire la ligature effectuée au point où l'artère se jette dans la tumeur. Servier donne la préférence à l'injection de perchlorure de fer; il est suivi, en cela, par Fischer, qui, après avoir longuement passé en revue les opinions de ses prédécesseurs, conclut que « l'injection de perchlorure de fer doit être considérée comme le meilleur mode de traitement des anévrysmes de la fesse. » (*Op. cit.*, p. 825.)

Mais il faut reconnaître que chacun de ces moyens est rempli de dangers et que quelques-uns sont probablement matériellement inapplicables. La ligature, d'après le principe de Hunter, peut, il est vrai, être toujours pratiquée, mais appliquée à l'iliaque primitive, elle n'a jamais réussi; et comme la ligature de l'iliaque interne s'est montrée, autant qu'on en peut juger par l'expérience récente, certainement moins fatale que celle de l'iliaque primitive; je suis d'avis que cette dernière doit être mise hors de question comme n'étant pas indiquée. Mais la ligature de l'iliaque interne pour anévrysme de la fesse, s'est jusqu'ici montrée fatale dans la moitié des cas, et on peut vraiment se demander si, dans beaucoup de cas, l'urgence des symptômes et les dangers de mort sont suffisants pour justifier un pareil risque. Nous ne devons pas oublier que cet anévrysme, comme tous les autres, quand il est d'un volume modéré, est susceptible de guérison spontanée. Ainsi M. Bouisson décrit et a dessiné une préparation enlevée du corps d'une femme âgée apportée à l'amphithéâtre de dissection, montrant un ancien anévrysme de la fessière, parfaitement guéri. Il relate également le cas d'un médecin, soigné par M. Dubrueil, qui avait « une tumeur anévrysmale volumineuse, qui s'était spontanément développée sur le trajet de la fessière et qui, après avoir acquis un volume suffisant pour rendre les symptômes manifestes, resta stationnaire pendant plusieurs années. Le malade avait refusé toute intervention chirurgicale. » En outre, dans le cas que M. Syme traita par l'ouverture du sac, il rappelle que la blessure avait eu lieu sept ans auparavant et avait donné naissance à une tumeur pulsatile, qui s'était apparemment développée aussitôt et avait persisté tout ce temps, mais « elle n'avait occasionné que peu d'inconvénients et avait été plutôt un sujet d'amusement pour le malade et ses amis, jusqu'à ces derniers temps où elle augmenta tout à coup et devint une source de douleurs. »

Il est fort probable que si le malade, au lieu de plaisanter lui et ses amis avec un jouet aussi dangereux, avait pris de lui-même un soin suffisant, ce rapide développement du sac, dépendant, sans doute, d'une rupture partielle, n'aurait pas eu lieu. Je ne puis pas dire que, pour mon compte personnel, je sois d'un autre avis que le médecin que soignait M. Dubrueil, ou que, excepté dans des circonstances exceptionnelles, je puisse me sentir justifié en recommandant la ligature de l'iliaque interne. Je vais essayer de préciser quelles sont ces circonstances.

PRINCIPALES OPINIONS MODERNES SUR LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE (1)

Par le docteur J. Gayat (de Lyon).

Dans les deux missions qui nous ont été successivement confiées par le ministère de l'instruction publique, nous avons rencontré un type prédominant et presque uniforme de maladie oculaire. Qu'on l'appelle ophthalmie d'Algérie, d'Égypte, d'Afrique, hypertrophie papillaire, trachoma, conjonctivite lymphatique, maladie granuleuse de la conjonctive, ou bien ophthalmie militaire, des armées, ophthalmie contagieuse des écoles, granulations et lymphomes de la conjonctive, on a toujours affaire à une maladie typique, que nous proposons de désigner uniquement par les mots *conjonctivite granuleuse*, avec l'espoir de simplifier la question la plus embrouillée de la pathologie oculaire et dont la synonymie précédente révèle la confusion.

Pour y porter l'ordre et la lumière, nous devons écarter du débat les publications anciennes, et, parmi les modernes, celles qui se répètent en se copiant. A mon grand regret, je ne pourrai guère utiliser les nombreux et remarquables travaux produits au cours du congrès de Bruxelles, en 1857, non plus que d'excellents ouvrages classiques, et le docteur Caffe, avec qui nous avons correspondu à ce sujet, ne nous eût point reproché, de son vivant, de passer sous silence son rapport sur l'ophthalmie régnante en Belgique (mission de 1838), rapport dans lequel, page 38, il dit avec son époque que : *la membrane de l'œil est dépourvue d'épithélium*, la base essentielle, pour les modernes, de toutes les sécrétions.

Le type de maladie oculaire que nous avons eu mission d'observer en Afrique, nous l'avions rencontré auparavant dans presque toutes les contrées de l'Europe. Nous en avons suivi la continuité dans la vallée du Rhône, sur les bords de la Méditerranée, par la côte d'Espagne jusqu'à Oran, et à travers l'Italie jusqu'à Naples, Salerne, Amalfi, à proximité de la Sicile et de l'Afrique. Voyons quel en est le caractère anatomique, quelles en sont les particularités cliniques.

La conjonctive de l'homme renferme, à l'état normal, des glandes lymphatiques qui ne sont appréciables ni à la vue simple, ni au toucher, et qui, dans plus d'un cas, sont difficiles à voir au microscope.

Ces glandes ou follicules lymphatiques renferment un liquide blanchâtre, dans lequel l'analyse microscopique découvre des éléments celluleux, arrondis, hyalins, présentant les caractères généraux des corpuscules blancs du sang, de la lymphe, et par ce fait même, ceux des globules de pus.

Que le corpuscule lymphatique vienne à s'engorger ou que son contenu entre en prolifération, et alors les glandes se manifesteront, à la vue et au toucher, par une saillie sphéroïdale au-dessus de la muqueuse conjonctivale, c'est la *granulation*.

En retournant la paupière supérieure et en abaissant l'inférieure, tout le monde peut reconnaître ces granulations qui, à cette période déjà et surtout dans la suivante, présentent grossièrement l'aspect du tapioca cuit, du frai de grenouille, de grains de sagou, etc.

Arrivé à ce point de développement, le follicule lymphatique ne s'y maintient pas toujours; il devient fréquemment le siége de la transformation caséeuse, parfois de l'incrustation calcaire; le plus souvent, la rupture de la saillie sphéroïdale se produit et l'atrophie cicatricielle de la conjonctive, au point qu'elle occupait, complète la série des phases de régression.

Mais le tissu délicat de la muqueuse conjonctivale dans l'épaisseur de laquelle se trouvait le follicule, ne reste pas indifférent à ses diverses transformations.

Les modifications que la muqueuse subit secondairement consistent :

1° Dans un changement de coloration dû à l'injection de son réseau vasculaire;

2° Dans le développement d'une sécrétion qui, étant d'abord du muco-pus, peut devenir franchement purulente;

3° Dans la réaction qui se produit sur les papilles de la conjonctive; celles-ci, à leur tour, s'hypertrophient au point de masquer les corpuscules lymphatiques eux-mêmes et augmentent considérablement l'épaisseur des paupières.

A l'extérieur, les sécrétions qui séjournent sur le bord des paupières l'irritent et en produisent l'ulcération (blépharites

(1) Extraits du rapport déposé au ministère relatant mes missions scientifiques pour l'étude des maladies oculaires en Afrique. (Arrêtés du 31 janvier et du 2 août 1875.)

ciliaires); à l'intérieur, l'inflammation gagne la cornée, qui se couvre d'un voile, s'ulcère et se perfore trop souvent (pannus, staphylôme, irido-choroïdite).

Nous ne prétendons pas avoir donné là un exposé clinique complet de la maladie, avec toutes ses divisions et subdivisions; nous cherchons à éviter la confusion tout en appuyant les données précédentes sur des faits d'observation, car, entre des opinions extrêmes, comme celles de l'école belge, et celle très-récente et tout opposée de M. le professeur Gosselin; entre la doctrine du virus granuleux spécial et la théorie des cellules germinatives venues de l'extérieur sur la conjonctive, il y a place pour des idées plus solidement assises et mieux en rapport avec les progrès récents de l'histologie et de l'expérimentation. Or, quels sont ces faits?

Le docteur Morano a publié, en langue italienne, dans les deuxième et troisième fascicules (1874) des *Annales d'ophthalmologie*, dirigées par notre ami le professeur Quaglino (de Pavie), un travail ayant pour titre : *Du lymphome de la conjonctive.*

Rejetant l'existence, à l'état normal, des glandes lymphatiques de la conjonctive, Morano regarde la granulation ou le lymphome conjonctival, suivant son expression, comme « une production nouvelle qui résulte de l'hyperplasie des éléments anatomiques préexistants dans le stroma de la conjonctive. »

Nous oublierons, pour le moment, les récentes théories du professeur Ranvier sur le système lymphatique en général; elles nous permettraient de répliquer victorieusement à notre confrère italien; en outre, nous ne voulons pas le prendre à ses propres piéges, en lui objectant les contradictions imprimées dans son travail. Bornons-nous à constater qu'il est seul à nier la préexistence du corpuscule lymphatique, démontrée par Krause et Henle, admise par Schweigger, Brudenell-Carter, A. Sichel, etc., et recommandons ce mémoire auquel nous allons bientôt faire de nouveaux emprunts.

Pour notre part, en nous refusant à considérer la granulation comme une formation nouvelle, un néoplasme, comme on dit, nous rencontrons une opposition très-vive et jadis très-puissante chez le plus grand nombre de nos confrères belges. Mais nous restons sur un terrain solide, en compagnie des observateurs les plus modernes, aux travaux desquels la question doit sa clarté.

En effet, il n'est pas *absolument* nécessaire que Bonaparte ramène ses troupes d'Égypte, pour donner la conjonctivite granuleuse à toute l'Europe. Larrey a éclairé ce point de toute son expérience et l'a étayé de sa puissante autorité. A. Sichel, Follin d'après Simon Duplay, croient également qu'elle existait avant cette circonstance, et que les mouvements et agglomérations de grandes masses d'hommes, pendant les guerres de la République et du Consulat ont fait éclater le mal d'une façon inconnue antérieurement. Pour l'école moderne, il n'est pas besoin du pus granuleux ni des éléments granuleux d'un premier cas, pour expliquer le développement d'un second cas de granulations. D'ailleurs, quand nous allons parler des causes de la conjonctivite granuleuse et de l'étude sérieuse qu'en ont faite les médecins d'une école récente, il ressortira nettement un accord unanime dont l'hygiène publique et la colonie algérienne, particulièrement, auront à bénéficier.

Brudenell Carter (de Londres) a publié un travail sur l'ophthalmie contagieuse des écoles. J'y ai trouvé, sur la nature de la granulation et sur le mode de contagion, des idées trop importantes pour ne pas en donner des extraits, d'après ma traduction :

« C'est ainsi que l'existence des grains de sagou devient une pierre de touche et comme une épreuve délicate quant à l'état sanitaire d'une école, d'un régiment ou d'une autre communauté semblable.

« Dans l'armée, on observe que les grains se montrent chez les jeunes recrues, de préférence aux hommes plus âgés; on suppose donc que les communautés d'enfants sont plus aptes pour ces grains que les communautés d'adultes. Mais chez un individu, et par conséquent dans une communauté, ces grains peuvent disparaître sans produire du mal. En effet, il existe des sources abondantes d'irritation des yeux, et quand ces causes d'irritation agissent sur des paupières ou des grains de sagou existaient déjà, il en résulte souvent l'ophthalmie contagieuse. C'est pourquoi il est très-rare qu'une communauté où les grains de sagou sont très-répandus reste longtemps sans une invasion de l'épidémie.

« On a ensuite cherché à déterminer la nature de ces grains, et c'est depuis deux ans seulement qu'on a pu le faire. Parlant d'une façon générale, ils peuvent être regardés comme *des glandes hypertrophiées analogues aux glandes engorgées des enfants faibles ou scrofuleux.* Vous savez que ces glandes sont des éléments normaux qui, dans l'état sain, ne peuvent être constatés ni à la vue, ni au toucher, mais qui, dans certaines conditions de mauvaise santé, se manifestent par des saillies dures sur le cou et sur d'autres parties du corps.

« Il est possible que ces tumeurs restent inactives ou qu'elles disparaissent, mais elles peuvent aussi subir une transformation maladive, s'enflammer et produire des abcès. » (in *The Lancet*, numéros des 20 et 27 décembre 1873.)

En Angleterre, l'esprit public s'est à un moment passionné pour cette question, à laquelle le *Times* a ouvert ses colonnes; depuis, elle a encore été traitée, et nous signalerons entre tous le travail de Nettleschip (in *Brit. and Foreign med. chir., Review*, oct. 1874 et janv. 1875), sur *la Maladie granuleuse de la conjonctive et l'ophthalmie contagieuse.*

Nous avons subordonné tous les phénomènes cliniques observés dans le cours de la conjonctivite granuleuse à la présence des glandes lymphatiques, rejetant, par cela même, la classification des granulations en fausses et en vraies, les fausses étant pour nous l'engorgement ou l'hypertrophie des éléments papillaires de la conjonctive, phénomène habituellement secondaire. Et, pour répondre à ceux qui nous objecteraient des cas d'ophthalmie purulente survenue d'emblée et se terminant par de vraies granulations, sans qu'on ait, au préalable, observé le développement de celles-ci, nous dirons que les glandes lymphatiques ont été masquées par les papilles hypertrophiées, ainsi qu'il a été vu et écrit longtemps avant nous.

Passons à l'examen des causes. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Amphithéâtre d'anatomie (année 1877-1878). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 15 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° *Anatomie descriptive.* — M. Schwartz, prosecteur, les mardis et jeudis;

3° *Physiologie.*— M. le docteur Henriet, prosecteur, les mercredis et samedis;

4° *Histologie.* — M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Claude Gigon, médecin du lycée et des prisons d'Angoulême, ancien médecin des hôpitaux de la même ville.

— M. le gouverneur général de l'Algérie vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante, relative aux autorisations provisoires accordées à des officiers de santé, à des docteurs étrangers et à des pharmaciens de deuxième classe :

« Aux termes des articles 2 et 3 de l'arrêté gouvernemental du 24 novembre 1862, les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de deuxième classe, reçus, en France, par une école préparatoire de médecine, les médecins et chirurgiens gradués dans les universités étrangères, ne peuvent recevoir l'autorisation d'exercer, en Algérie, qu'en justifiant de nouveaux certificats d'aptitude délivrés par l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Les praticiens étrangers qui veulent exercer en Algérie au titre de docteur, doivent préalablement se faire recevoir par une faculté de médecine de France.

« L'administration supérieure, il est vrai, après s'être renseignée auprès de l'autorité préfectorale, avoir consulté le recteur de l'Académie d'Alger, le directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, a parfois accordé aux personnes sus-dénommées, l'autorisation d'exercer *provisoirement* leur art. Mais ces sortes d'autorisations sont données, sous la réserve expresse que les praticiens appelés à en bénéficier seront tenus de subir, dans les délais fixés, leurs examens probatoires. Toute autorisation provisoire devra donc prendre fin par le seul fait que ces examens n'auront pas été subis en temps opportun. — Je prie MM. les préfets de vouloir bien veiller à la rigoureuse application de cette règle, afin d'empêcher des usurpations de titres, aussi dangereuses pour la santé publique que nuisibles aux vrais médecins. »

— M. le docteur Fort recommencera son cours d'anatomie et dissections le lundi 29 octobre, à l'École pratique. Les dissections commenceront le lundi 22 octobre. — On s'inscrit tous les matins, 21, rue Jacob.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 114. — MARDI 2 OCTOBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 2 OCTOBRE 1877. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Cirrhose hypertrophique du foie.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade dont l'histoire est intéressante à plus d'un titre. Ce qui frappe chez lui, c'est, malgré l'apparence d'une santé absolument florissante, une coloration jaune extrêmement prononcée des téguments. Cette coloration qui date de quinze mois, a succédé à une série d'accidents, dont le principal a été une chute dans l'eau. Il ne nie pas qu'il ait des habitudes alcooliques : il ne consomme pas, il est vrai, de très grandes quantités de liqueurs fortes, mais il ne manque jamais, chaque matin, de boire son petit verre.

C'est, dit-il, après être tombé dans l'eau qu'il a vu survenir son ictère. Mais celui-ci n'a pas apparu immédiatement après cet accident : ce n'est, au contraire, qu'après un temps assez long, cinq semaines environ, qu'il a commencé à voir sa peau se colorer en jaune.

Est-ce à dire qu'il faille pour cela récuser toute espèce de rapport entre cet accident et la maladie qui lui a succédé? Je ne le pense pas parce que, loin d'être l'exception, c'est ordinairement ainsi que les choses se passent. S'il est vrai qu'il est une variété d'ictère qui survient immédiatement après la cause qui l'a déterminé, cela n'est pas la règle, et il est, à côté de ce fait, des cas infiniment plus nombreux dans lesquels une émotion vive, une cause morale même, peuvent ne déterminer cette aptitude qu'après un temps plus ou moins long. Il en est de même de l'ictère qui survient quelquefois à la suite d'un excès de table.

Mais ce qui fait surtout que l'on doit, chez ce malade, établir une corrélation entre l'accident dont il a été victime et la coloration jaune qu'il présente, c'est que, dans l'intervalle qui s'est écoulé entre le moment où il est tombé dans l'eau et l'époque à laquelle l'ictère s'est manifesté, il a éprouvé quelques troubles du côté des voies digestives, un certain degré de dyspepsie plus ou moins prononcée. C'est ainsi, en effet, que se manifestent le plus habituellement ces ictères spasmodiques instantanés, comme on les appelle. Entre la cause qui les a fait naître et l'apparition sur la peau de la teinte jaune qui les caractérise, il s'écoule un intervalle de temps plus ou moins considérable, pendant lequel les malades accusent de l'embarras gastrique et ce n'est qu'après une durée plus ou moins longue de cet état morbide que l'ictère apparaît.

Ici donc les choses se sont très-vraisemblablement passées de cette manière. Cependant, il serait difficile d'affirmer que le froid ne soit pas intervenu, pour une certaine part, dans la production de l'ictère et qu'il ne soit pas venu joindre son action à celle déterminée par l'accident lui-même et par l'émotion qui l'a nécessairement accompagné. Il y a, en effet, une variété particulière d'ictère qui est déterminée spécialement par le froid et que l'on a décrite en pathologie sous le nom d'ictère rhumatismal. Quoi qu'il en soit, ces faits n'ont chez notre malade qu'un médiocre intérêt, parce que l'une et l'autre cause donnent lieu à un catarrhe gastrique qui aboutit à l'ictère.

Quand nous avons examiné ce malade, nous avons bien vite reconnu qu'il était atteint de cette forme particulière des maladies du foie qu'on désigne sous le nom de cirrhose hypertrophique. En effet, le foie est volumineux : il dépasse de quatre à cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes, de plus, la palpation y détermine des douleurs très-vives dans la partie de cet organe qui est sous-jacente à la paroi abdominale. De son côté, la rate est volumineuse et mesure 15 centimètres dans le diamètre vertical. Très-petite quantité de liquide dans le ventre : il semble cependant qu'il y ait un peu d'ascite. Pas d'infiltration des membres inférieurs. Les urines n'ont pas été examinées, mais il est probable qu'elles contiennent une notable quantité d'albumine.

Enfin, on observe chez ce malade, à la partie interne des paupières, une sorte de plaque jaune qui se retrouve également sur le lobule de l'oreille droite. Des taches semblables se montrent aussi sur les fesses, mais là elles sont parvenues à un degré tout à fait inusité. Nous reviendrons, dans une prochaine séance, sur la nature de ces lésions.

La cirrhose hypertrophique est une maladie dont l'histoire est loin d'être complète. Jusqu'à ces derniers temps, on l'avait confondue avec cette autre altération du foie qu'on désigne sous le nom de cirrhose atrophique, et qui, contrairement à ce qui a lieu dans le poumon, ne s'accompagne que très-exceptionnellement d'ictère. Déjà Requin avait signalé autrefois, comme un phénomène particulier, ce fait que, chez certains cirrhotiques, le foie, au lieu de diminuer de volume, demeurait au contraire hypertrophié jusqu'à la fin de la maladie. Plus tard, Gubler, dans sa thèse d'agrégation, réunit un certain nombre de cas analogues : il les considérait toute-

fois comme des faits exceptionnels dans lesquels la maladie n'avait pas suivi toute son évolution, le malade ayant succombé avant que l'altération du foie eût gagné la période atrophique.

C'est Ollivier qui, le premier, à propos d'une observation recueillie à l'hôpital de la Charité, fit remarquer qu'il y avait là une affection spéciale, toute différente de la cirrhose ordinaire, et que, dans ces cas où l'augmentation de volume du foie persistait longtemps après l'époque où l'épanchement se fait dans la cavité abdominale, la maladie à laquelle on avait affaire était tout autre que la cirrhose atrophique.

Dès lors, des observations multipliées vinrent bientôt confirmer cette manière de voir : et les descriptions de Hayem, Cornil, Lancereaux, Hanot, montrèrent d'une manière bien positive qu'il s'agissait réellement d'une maladie spéciale, et cela, non-seulement au point de vue symptomatique, mais encore sous le rapport anatomique.

Dans cette maladie, comme d'ailleurs dans la cirrhose atrophique au début, le foie est volumineux. Ordinairement, la rate est elle-même considérablement augmentée de volume et le gonflement qu'elle présente est quelquefois tel que, dans un cas de M. Ollivier, cet organe atteignait le poids de 1,300 grammes.

Quelquefois, on trouve dans cette affection de l'ascite, mais la quantité du liquide épanché dans le péritoine est généralement peu considérable. Ce phénomène est même susceptible de disparaître après avoir persisté pendant quelque temps.

Quand on examine le foie des malades qui ont succombé, on trouve cet organe volumineux et granuleux. Puis, quand on y regarde de plus près, on constate une augmentation du tissu conjonctif péri-lobulaire; ce n'est seulement que dans quelques cas exceptionnels, comme Charcot en a rapporté un exemple, que ce tissu conjonctif s'infiltre entre les lobules hépatiques et gagne jusqu'au centre du lobule lui-même.

En outre, ainsi que Cornil l'a parfaitement démontré, une large communication persiste entre les radicules de la veine-porte et les dernières ramifications des veines sus-hépatiques et cette intégrité de la circulation intra-hépatique explique la rareté de l'ascite dans cette affection. En un mot, les choses se passent, dans ces conditions, de telle sorte que, tandis que le tissu conjonctif augmente à la périphérie du lobule, les petites veines qui s'y distribuent se multiplient, un certain nombre se dilatent et maintiennent la communication avec le réseau sus-hépatique.

Un autre caractère important sur lequel M. Hanot a appelé l'attention, c'est que les canalicules biliaires sont, dans cette maladie, le siége d'une altération spéciale et qui paraît être primitive; c'est que le tissu conjonctif commence d'abord à prédominer dans le voisinage des canalicules biliaires. Cornil a montré, en outre, que non-seulement cette prolifération du tissu conjonctif est surtout abondante en ces points, mais encore que ces canalicules eux-mêmes sont malades, et que leur cavité est remplie par des cellules épithéliales desquamées et en oblitérant la lumière de telle sorte que, dans certains points, on les trouve distendus outre mesure.

Ces caractères anatomiques étant connus, on peut comprendre dès lors que la maladie dont nous nous occupons actuellement ait une origine différente et des manifestations différentes de l'autre cirrhose. Quand je dis une origine différente, je ne veux pas dire qu'elle ne soit susceptible, comme la cirrhose atrophique, de survenir à la suite de l'alcoolisme : je veux seulement exprimer qu'il semble que cette cause agisse ici d'une manière différente. Tandis, en effet, que dans la cirrhose ordinaire, l'alcool, par l'intermédiaire des veines, pénètre jusqu'au foie, agit directement sur les radicules de la veine-porte et le tissu conjonctif qui les entoure, ici, au contraire, il agit localement, en quelque sorte, en excitant les muqueuses de l'estomac et du duodénum, provoquant ainsi cet état de catarrhe gastrique habituel aux buveurs, lequel gagne ensuite les voies biliaires, le canal cholédoque, les canalicules biliaires, le tissu conjonctif qui les entoure et détermine enfin cette cirrhose hypertrophique.

De ce fait qu'il s'agit primitivement, dans cette affection, d'un catarrhe des voies biliaires, découle cette conséquence que l'ictère doit être ici un phénomène à peu près constant. Le catarrhe des voies biliaires est, en effet, dans cette maladie, une des causes les plus habituelles de l'ictère : il a d'ailleurs été constaté par Cornil, qui a vu, dans ces cas, les radicules des canaux hépatiques obstruées par les produits de la desquamation des cellules épithéliales. De cette obstruction résulte naturellement une accumulation de la bile dans ces conduits, dans le foie, dans le sang et, par suite, une imprégnation par ce liquide de tous les tissus de l'économie.

Telle est, je crois, la manière dont on doit, jusqu'à présent, comprendre cette cirrhose à forme hypertrophique du foie.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

M. Bouisson, dont l'opinion mérite toujours le plus grand respect, ne me semble pas, quand il traite les anévrysmes de la fesse, avoir étudié, avec l'attention suffisante, les diverses conditions dans lesquelles se produisent ces anévrysmes. Il paraît avoir été trop vivement impressionné des dangers et des difficultés de l'opération de Hunter d'un côté, et de l'autre de la facilité avec laquelle il a réussi à trouver la fessière au fond d'une plaie. Une expérience plus étendue que celle qu'on pouvait peut-être avoir à l'époque, a montré que l'opération d'Anel n'est pas toujours possible, que souvent même elle est impossible; que même, dans les anévrysmes traumatiques, la blessure de l'artère peut avoir eu lieu à l'intérieur du bassin ou que le bout central de l'artère blessée peut avoir été refoulé à l'intérieur du bassin par le développement du sac. Tel était le cas chez le malade de Schuh; même, après l'ouverture du sac, il fut nécessaire de plonger l'aiguille à anévrysme dans le bassin et d'embrasser tout le cordon vasculo-nerveux, avant de pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie. Et même, dans le propre cas de Bouisson, comme l'artère était divisée juste au niveau du bord de l'échancrure sciatique, il est difficile de voir comment on aurait pu faire l'opération d'Anel, en supposant que l'artère n'eût pas été immédiatement liée et qu'un anévrysme traumatique eût pu se former.

En outre, l'expérience que l'on a pu avoir de la ligature immédiatement au-dessus du sac, dans l'anévrysme de la fesse n'est pas très-encourageante. Des trois cas de Campbell, de Dugas et de Sappey, il n'y eut qu'un succès et cela dans un anévrysme traumatique arrivé dans l'enfance. On peut

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre.

néanmoins l'essayer dans des cas comme celui de Sappey, où l'anévrysme siége à une certaine distance du bassin, et surtout, où toujours comme dans ce cas, l'artère peut facilement être comprimée. Mais il ne faudrait, dans tous les cas, s'arrêter à cette idée qu'après l'essai infructueux des moyens de douceur. Je ne dois pas omettre que M. Sappey lui-même, à conclu de son insuccès, que cette méthode n'est pas applicable aux anévrysmes de l'ischiatique, à cause des larges anastomoses des branches de cette artère; mais l'expérience tirée d'un cas unique ne semble pas justifier une conclusion aussi générale.

On allègue un autre exemple de guérison spontanée d'anévrysme de la fesse, rapporté par le docteur Staker dans les *Transactions of King and Queen's College of Physicians of Ireland*, vol. I, 1817, p. 41. C'est le cas que divers écrivains sur la matière attribuent les uns à Crampton, les autres à Stokes. Il faut reconnaître que cette observation eût été plus utile si elle eût renfermé plus de détails. Tout ce qu'on nous dit, c'est que M. Richards, qui soignait ce gentleman, âgé de trente-quatre ans, pour une affection de poitrine accompagnée de palpitations de cœur et d'un développement exagéré du système vasculaire, découvrit une tumeur que le docteur Hoker reconnut être un anévrysme de la fessière: que le malade refusa une consultation à ce sujet; que M. Richards avait précédemment appliqué, pendant plusieurs semaines, une compresse sur la tumenr, empêchant ainsi son accroissement, sans diminuer son volume; que l'on prescrivit, sous la surveillance du docteur Hoker, un régime végétal léger, des laxatifs doux et de la digitale en pilules « à dose suffisante pour produire une sédation marquée de l'action vasculaire générale », et, qu'alors « la tumeur, commença bientôt à diminuer sensiblement sous l'influence d'une compression continue, et en moins de quatorze jours elle avait complétement disparu, et il n'y a eu depuis aucun retour des symptômes généraux ou locaux. » Il y a de cela quatorze ans.

Je reconnais que de plus amples détails eussent été nécessaires pour nous convaincre de l'exactitude de cette observation; cependant il n'y a rien d'incroyable, et bien que Samuel Cooper la rejette, elle a été acceptée comme vraie par Fischer et d'autres critiques; moi-même je suis disposé à l'accepter, et le cas de Bouisson montre qu'elle n'a rien d'invraisemblable.

L'opération ancienne, qui consiste à ouvrir le sac et à lier le vaisseau, est une ressource désespérée, et malgré le grand nombre de succès véritables qu'elle a donnés, aucun chirurgien prudent ne doit l'admettre sans répugnance. On a souvent regardé la description de John Bell comme théâtrale et exagérée; mais on peut se demander si elle mérite réellement ce reproche. Les détails laissés par Carmichael, Syme et Schuh, montrent que, même dans des tumeurs plus petites que celle de Bell, le patient court grand risque de mourir d'hémorrhagie, et le chirurgien a besoin de toute sa dextérité et de toute sa présence d'esprit pour lui sauver la vie; d'autre part, dans le cas de Toracchi, l'opération fut impossible, l'artère blessée s'étant rétractée jusque dans le bassin. C'est là le plus redoutable danger de cette opération, danger que la sagacité de M. Syme avait prévu, bien qu'il ne semble pas avoir connu le cas de Toracchi et auquel doit penser sérieusement le chirurgien qui se propose d'entreprendre cette opération en quelque sorte désespérée. Dans les anévrysmes spontanés, ce malheur est probablement plus à redouter que dans les anévrysmes traumatiques, mais l'opération ancienne n'a été jusqu'ici appliquée qu'à ces derniers. Il n'y a pas, à mon avis, de raison plausible à cette restriction, car le raisonnement de M. Bouisson est ici fort approprié. Si la ligature est placée sur l'iliaque interne, elle est trop près du sac, pour donner au patient les avantages du procédé de Hunter, comme Uhde le prouve péremptoirement, et si l'opération ancienne est moins dangereuse que la ligature de l'iliaque interne, il n'y a pas de raisons, je pense. pour qu'on ne la pratique pas dans les anévrysmes spontanés comme dans les anévrysmes traumatiques.

Mais il est nécessaire d'examiner préalablement la tumeur avec soin, pour déterminer les probabilités qu'il y a de trouver l'artère en dehors du bassin. Dans quelques cas, à la vérité, comme dans celui de Sappey, il n'y a pas de doute à ce sujet : la tumeur peut être attirée à une certaine distance de l'os, et même il peut se faire, toujours comme dans ce cas, que l'artère qui y aboutit puisse être comprimée au-dessus de l'anévrysme. Mais quand la tumeur pulsatile atteint jusqu'au bassin, il est nécessaire d'examiner par le rectum, ou chez la femme, par le rectum et le vagin, pour déterminer, s'il est possible, le niveau de l'orifice du sac. Maintenant que les chirurgiens se sont assurés de la possibilité d'introduire la main entière dans le rectum, sous l'influence du chloroforme, sans dommage pour les fonctions de l'intestin, on peut se faire, sur ce point, des idées bien plus précises qu'on n'eût pu le faire précédemment. Si une portion considérable de la tumeur se trouvait à l'intérieur du bassin, je ne tenterais certainement pas l'opération ancienne; cependant, dans le cas de Bigelow, bien qu'une partie du sac ou un diverticulum pénétrât dans le bassin, l'orifice artériel ne s'en trouvait pas moins à l'extérieur.

Cette figure du cas d'anévrysme de la fesse de Uhde montre quelles difficultés il peut y avoir à trouver l'orifice de l'artère après l'ouverture du sac. Dans l'énorme tumeur qui est représentée ici, s'étendant depuis la fesse jusqu'au milieu de la cuisse, l'orifice artériel n'apparaissait, à première vue, que comme un trou d'épingle, et même après en avoir retiré un caillot, on n'y pouvait introduire qu'une sonde.

Je ne puis m'empêcher de penser que ceux qui ont parlé si favorablement des injections coagulantes dans les anévrysmes de la fesse, n'ont pas suffisamment pesé l'enseignement des observations publiées. Je crois, comme Fischer, que les faits contraires aux injections coagulantes dans l'affection qui nous occupe méritent peu de confiance, car nous savons trop peu de chose du cas de Bruns pour pouvoir juger jusqu'à quel point il faut imputer au traitement l'issue fatale; et dans le cas de Legouest, publié par Servier, il semble qu'on a injecté dans la tumeur une quantité peu judicieuse de la solution, et, en outre, il semble que le cas était à peu près incurable. Mais, d'un autre côté, les preuves de succès manquent également. Dans le cas de Campbell, l'injection échoua, après un seul essai il est vrai. Dans le cas d'anévrysme véritable de Baum (car le cas d'anévrysme par anastomose n'a aucun rapport avec la question), il est évident qu'elle échoua également, et l'anévrysme guérit spontanément plus de deux ans après. Il ne reste que le cas de Nélaton, opéré primitivement par Sappey, et ici, bien que l'observation laisse le malade dans un état très-satisfaisant, il n'y a réellement pas de preuve de guérison définitive et permanente.

Ce n'est pas à dire pour cela que je sois l'adversaire de l'essai des injections coagulantes dans l'anévrysme de la fesse, je le recommande, au contraire.

Nous n'avons encore aucune expérience sur deux méthodes de traitement que j'ai l'espoir de voir utiles dans le traitement des anévrysmes de la fesse, à savoir : la compression de l'iliaque primitive ou de l'aorte et la galvano-puncture. Il est vrai que Legouest a essayé la première et Blasius la seconde; mais il n'y a qu'à lire l'observation de Blasius pour voir que l'essai ne réussit pas; le cas de Legouest était tel que la compression n'eut, probablement, pu le guérir en aucune circonstance et la compression ne fut appliquée ni exactement ni méthodiquement. Il faut dire que l'anévrysme de la fesse présente presque toutes les conditions favorables à la compression. La tumeur, si le sac ne s'est pas ouvert, est ordinairement d'un petit volume, elle n'empiète pas sur l'abdomen, et toutes les parties de l'aorte ou de l'iliaque primitive sont accessibles à la compression. Le premier pas dans le traitement de ces anévrysmes devrait certainement être d'essayer l'effet de la compression méthodique de l'aorte ou de l'iliaque primitive. Si cela peut se faire convenablement sans chloroforme, ce qui, je pense, doit être possible dans un cas qui n'est pas très-pressant, le malade ne peut être exposé à aucun danger sérieux; nous avons aujourd'hui trop d'exemples d'anévrysmes, même volumineux, guéris par la compression intermittente, pour qu'on en puisse nier la possibilité. Et, d'un autre côté, des observations comme celles des malades de Dubrueil et de Syme, auxquelles j'ai fait allusion, prouvent que tous les cas d'anévrysme de la fesse ne justifient pas l'emploi de mesures dangereuses. Si la compression, sans chloroforme, est impossible, on peut essayer la cure par la compression totale avec chloroforme, et elle réussira probablement dans la majorité des cas. Si elle échoue, on peut la répéter en la combinant avec les injections coagulantes, ou bien la galvano-puncture peut être et devrait être essayée, C'est seulement après l'insuccès de ces moyens que la question d'une opération capitale se présente, et cette question est certainement fort sérieuse. Je confesse que je serais disposé à restreindre la ligature de l'iliaque interne aux cas dans lesquels il y a des doutes sérieux sur la question de savoir si l'orifice de l'anévrysme n'est pas à l'intérieur du bassin; chaque fois qu'il est manifestement à l'extérieur de cette cavité, je ferais l'opération d'Anel et, si après l'avoir tentée elle paraissait impossible, j'ouvrirais le sac. Il faut se rappeler que la compression complète, que le tourniquet abdominal nous permet de faire sur l'iliaque primitive, enlèverait à l'opération ancienne une grande partie de ses dangers.

Il n'y a dans les recueils que deux cas d'anévrysme artério-veineux de la fesse, et dans tous deux c'était l'ischiatique qui était affectée. Du moins cela semble probable, mais il y a quelque différence entre les différentes citations du cas de Nélaton, sur la question de savoir si l'artère affectée était la fessière ou l'ischiatique. Le cas de Riberi fut amélioré mais non guéri par la compression. L'exemple du cas de Nélaton devrait encourager nos chirurgiens à tenter la cure de cette affection par l'injection de perchlorure de fer, ou peut-être par la galvano-puncture aidée du tourniquet abdominal: mais, après l'insuccès de ces tentatives, l'opération ancienne serait la seule méthode digne de confiance, si les symptômes étaient suffisamment graves pour justifier un pareil risque.

Les conclusions auxquelles l'expérience actuelle sur le traitement des anévrysmes de la fesse semble conduire, sont les suivantes :

1° Les anévrysmes de la fesse, soit traumatiques, soit spontanés présentent des conditions favorables au traitement par la compression rapide ou graduelle, appliquée à l'aorte ou à l'iliaque primitive.

2° Si ce traitement ne réussit pas par lui-même, on peut y ajouter les injections coagulantes ou la galvano-puncture, appliquées pendant le sommeil anesthésique et pendant que la circulation est interceptée.

3° Quand ce traitement échoue, et surtout dans les anévrysmes dont le sac est imparfait, ou rompu, où il n'est pas indiqué, il faut lier l'iliaque interne quand le chirurgien pense qu'il ne pourra pas trouver l'artère en dehors du bassin. Mais quand l'artère est accessible, l'opération ancienne ou l'opération d'Anel doivent être pratiquées, suivant le volume et l'étendue de la tumeur.

4° La ligature de l'iliaque interne peut échouer dans les cas d'anévrysme spontané, par suite d'un état pathologique des tuniques de l'artère et doit toujours être évitée quand on peut employer d'autres moyens de traitement.

PRINCIPALES OPINIONS MODERNES
SUR LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE (1)

Par le docteur J. Gayat (de Lyon).

Nous n'essayerons pas d'établir la contagion de la conjonctivite granuleuse. Sa démonstration a été le résultat le plus durable du congrès de Bruxelles, en 1857, mais le mode et les agents de contagion ont causé, pendant longtemps, des divergences parmi les savants. Aujourd'hui, en opposition avec les médecins belges, la plupart des cliniciens français, allemands et anglais, admettent qu'il n'y a point de pus granuleux spécial ni de matière granuleuse propre à l'intérieur des granulations. La sécrétion de la conjonctivite granuleuse, d'après eux, n'engendre pas fatalement une autre conjonctivite granuleuse, mais plus souvent, une inflammation catarrhale ou purulente de la conjonctive inoculée, une *conjonctivite traumatique*, d'après A. Sichel.

Pour nous, en principe, toute sécrétion conjonctivale est inoculable et produit des inflammations plus ou moins analogues, suivant la réceptivité de l'individu (Carter), et d'après les causes cosmiques auxquelles il est soumis. Comme conséquence, on admet presque universellement aujourd'hui *que ce n'est point la granulation elle-même qui est contagieuse, mais bien le catarrhe conjonctival qui l'accompagne toujours.*

Comment se produit cette contagion? Par tous les moyens énumérés en pathologie générale. M. Carter fait passer la sécrétion conjonctivale par les voies lacrymales jusque dans les narines, d'où elle est expulsée dans l'air à chaque mouvement d'expiration. Il est permis de faire des réserves quant à cette marche si détournée, mais il n'est pas de naturaliste qui ne connaisse les vieilles expériences d'Eiselt, trouvant avec l'aéroscope les globules de pus libres dans l'atmosphère d'une salle d'hôpital. Personne n'ignore les belles recherches de Tyndall sur les corps étrangers de l'air ni les résultats incontestés des travaux de Pasteur; aussi sommes-nous surpris de voir un de nos confrères atténuer l'importance de cette contagion par l'air, et lui préférer le transport du pus conjonctival par la trompe et par les pattes de mouche allant d'un œil malade sur un œil sain. (*Ophthalmie d'Algérie*, par le docteur F. Guignet, 1re partie, p. 77.)

Pourquoi notre confrère de Lille, dans son travail très-recommandable, fait-il appel au transport de ce pollen tout

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 septembre.

spécial par des mouches, lorsqu'il reconnaît avec nous que les dix doigts des enfants, le coin du tablier ou du burnous des parents, transportent des flocons de muco-pus?

On a vu ce que pense M. Carter de la cause première des granulations. Nous laissons maintenant la parole à notre ami A. Sichel, sur le même sujet : « L'engorgement des cellules lymphoïdes peut être provoqué par toutes les causes qui tendent à diminuer la résistance de tous les tissus en général, et par conséquent celui de la conjonctive : la mauvaise nourriture, la mauvaise hygiène, la malpropreté, l'encombrement, l'exposition à des exhalaisons miasmatiques, la famine, la guerre, l'humidité, la misère. De là, la plus grande fréquence de cette affection dans les classes inférieures que dans les classes élevées de la société, d'où aussi, son développement dans tous les établissements où toutes ou plusieurs des causes ci-dessus se trouvent réunies, tels que les casernes, les asiles, les orphelinats, les hôpitaux, les prisons, les écoles, les dortoirs ou les appartements dans lesquels un grand nombre d'individus sont réunis dans des conditions hygiéniques souvent douteuses. » (*Archives de médecine*, t. II, 1874, p. 432.)

D'après Morano, le lymphome conjonctival, la granulation d'après nous, reconnaît pour cause un état général tel que la scrofule; le professeur Arlt (de Vienne), admet aussi la tuberculose. Pour Morano, les corps étrangers interviennent, de même que les poussières; il cite un cas où il a vu se former des granulations éparses chez un vieillard à la suite *d'instillations* réitérées de sulfate de soude en poudre, faites dans le but d'éclaircir un leucome cornéen.

Dans un travail imprimé il y a quatre ans (*Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée*, Delahaye, 1872, p. 30), j'ai émis l'idée que les corps étrangers pulvérulents de l'air jouaient un grand rôle dans le développement de la conjonctivite granuleuse. Je parlais d'après mes observations faites dans les steppes de la Hongrie et sur les routes de l'Italie méridionale. Ce que j'ai vu en Afrique des effets du sirocco ne fait que confirmer ma première opinion. L'expérimentation me vient encore en aide, et j'emprunte, en le résumant, le très-curieux détail qui suit, à un travail de micrographie écrit en allemand par P. Blumberg, de Tiflis (in *Arch. für ophthalm.* 1869.)

« Les glandes lymphatiques de la conjonctive ont été primitivement observées chez les animaux à l'angle antérieur de leur œil, qui correspond à l'angle interne de l'œil humain. C'est dans ce point que, vu l'exposition constante des animaux à la poussière et au vent, les particules projetées dans l'œil séjournent d'une façon continue. C'est également chez le porc qu'on a signalé le plus grand nombre de glandes lymphatiques, et l'auteur l'explique en rappelant que le porc, toujours fouillant avec son groin, introduit constamment, dans ses yeux, des corpuscules étrangers. »

Dans son travail déjà cité, Morano se base sur des recherches analogues; il fait remarquer la réduction, en volume et en nombre, des glandes lymphatiques du cochon pendant l'hiver, et il explique cette différence par l'effet d'une nutrition générale moindre des tissus pendant cette saison. Pour nous, avec autant de raisons et plus que Morano, nous dirons que, pendant l'hiver, le porc fouille dans un sol plus humide et moins poussiéreux.

Et maintenant, qu'aucun Africain ne se formalise du rapprochement, mais nous leur avons entendu dire, vingt fois par jour, que l'hiver apporte un soulagement aux ophthalmiques, sans doute par le fait de l'absence des poussières, par la diminution de la chaleur et de l'intensité de la lumière.

Les autorités que j'ai citées, va-t-on me dire, n'ont point observé en Afrique. Je terminerai donc en citant le docteur Hattute, médecin en chef à l'hôpital de Fort-Napoléon, qui a fourni les notes médicales du remarquable ouvrage : *Kabylie et coutumes kabyles*, par MM. Letourneux et Hannoteau :

« Le Kabyle, dit M. Hattute, est donc placé, dans son habitation, au milieu des conditions les plus défavorables à la conservation de la santé. Les vapeurs ammoniacales de l'écurie se mêlant à la fumée du foyer qui ne s'échappe que lentement par les interstices de la toiture, constituent une atmosphère des plus infectes et des moins propres à la respiration. Si l'on joint à ces circonstances le renouvellement insuffisant de l'air, l'absence de la lumière, l'humidité, l'encombrement, on complétera la liste des causes les mieux reconnues de la détérioration des constitutions les plus robustes, du développement de certaines affections générales, telles que l'anémie, la scrofule, d'accidents locaux comme les ophthalmies, etc. (T. I, p. 341.)

« Il est bien peu de Kabyles, pauvres ou riches, sur lesquels on ne trouve des traces d'ophthalmies qui ont altéré, à des degrés variables, soit le globe de l'œil, soit les paupières.... La contagion s'opère, dans les habitations, par la promiscuité des êtres qui y sont entassés et serrés dans un espace étroit; elle se fait par les caresses, par les attouchements échangés entre tous les membres d'une même famille, hommes, femmes, enfants, qui dorment côte à côte sur la même natte; par des vêtements sales, imprégnés de larmes ou de pus, vêtements des parents sur lesquels se frottent les figures des enfants. » (T. I, p. 358 et suivantes.)

Ce qu'écrit le docteur Hattute de la grande Kabylie pourrait s'appliquer, à peu de choses près, à toute la population musulmane de l'Algérie, même aux nomades, aux Marocains et aux Tunisiens, ainsi qu'à la race israélite qui, depuis longtemps, a vécu côte à côte auprès d'eux.

Jusqu'à aujourd'hui, la majorité des colons européens dans leurs habitudes générales ont un point de ressemblance avec les populations indigènes : c'est une insuffisance de ressources qui ressemble beaucoup à la misère. Or, tout s'en ressent, l'installation est malsaine, la nourriture chétive, le linge rare et la propreté chose inconnue. La contagion peut donc exercer chez eux tous ses ravages et les étendre, d'une façon indéfinie, à la faveur des influences cosmiques propres au climat.

Dans les pages précédentes, le lecteur aura sans doute discerné notre opinion; nous l'avons déjà fait connaître (*Gazette des Hôpitaux*, numéro du 17 février 1876) d'une façon sommaire, sous forme de conclusions communiquées à l'Institut, dans la séance du 7 février.

REVUE DE LA PRESSE

De l'abus des purgatifs. — M. le docteur van Peteghem signale les dangers qu'entraînerait, selon lui, l'emploi des purgatifs et notamment des drastiques, pris sans avis préalable du médecin, comme moyen préventif et comme moyen de traitement. Il en résulterait le plus souvent, ainsi que le prouvent les observations suivantes prises, au hasard, entre beaucoup d'autres, dans la pratique de cet observateur, tantôt des gastro-entérites plus ou moins graves, tantôt des gastrites subaiguës qui, répétées souvent, finiraient par conduire les malades à la dyspepsie.

Obs. I. — Une dame de vingt-huit ans, assez délicate mais se portant bien habituellement, prend, un matin, un biscuit purgatif à la

scammonée. Elle a plus de soixante garde-robes, et des lipothymies nombreuses dans la journée. Les troubles, occasionnés par cette superpurgation, ne disparaissent qu'après un long traitement.

Obs. II. — Une dame de quarante-six ans, jouissant d'une bonne bonne santé, prend, sans le conseil de son médecin, un verre d'élixir anti-glaireux. Elle est atteinte, une heure après, de diarrhée vive, de douleurs aiguës dans les intestins, de vomissements, etc., et succombe quelques jours plus tard à une péritonite aiguë.

Obs. III. — Une dame prend, sur le conseil de sa voisine et dans le but de se purger, pour 30 centimes d'eau-de-vie allemande. Selles nombreuses, diarrhée continue, douleurs, ballonnement du ventre, langue rouge sur les bords, etc. Ces symptômes ne disparaissent qu'après quinze jours d'un régime sévère.

Obs. IV. — Un homme, sur les instigations de sa femme, boit le fond d'un verre à bière d'élixir anti-glaireux. Il est pris, peu de temps après, de selles fréquentes, puis de vomissements. Il est pâle, défait, abattu, les yeux excavés. La langue est rouge sur les bords, les papilles sont hérissées. Il existe une grande sensibilité à l'épigastre. Il se remet en une semaine sous l'influence d'un traitement approprié.

Obs. V. — Depuis une quinzaine d'années, le malade, qui fait le sujet de cette dernière observation, a l'habitude de prendre, une ou deux fois par mois, un verre à liqueur d'élixir anti-glaireux. L'usage intempestif de ce purgatif a déterminé une inflammation chronique du gros intestin caractérisée par des selles glaireuses sanguinolentes, des épreintes continuelles, un poids permanent à l'anus, une sensibilité extrême de la muqueuse intestinale qui, au toucher, est boursouflée, sanieuse, fongueuse.

Ces phénomènes ne cèdent qu'après sept mois de traitement. (*Bull. méd. du Nord.*)

De l'anémie dite pernicieuse. — Sous le nom d'anémie pernicieuse, Bienner, Quincke, etc., à l'étranger; MM. Lépine et Ferrand, en France, ont décrit un ensemble de symptômes caractérisé par l'anémie poussé à son plus haut degré, avec ou sans amaigrissement, avec faiblesse allant jusqu'à la syncope, avec des bruits de souffle cardio-vasculaires siégeant même parfois à la pointe du cœur avec anorexie et atonie des fonctions digestives.

A côté de ces phénomènes, on en a d'autres qui ne sont pas aussi fréquents : l'œdème des extrémités, des épanchements séreux de toutes sortes, des ecchymoses, et en particulier, des hémorrhagies rétiniennes, semblables à celles qu'on observe dans la maladie de Bright, dans la leucémie et la pseudo-leucémie.

La composition du sang est profondément modifiée; diminution de la masse totale du sang, diminution absolue du nombre des globules rouges, ou augmentation relative du nombre des globules blancs.

Comme lésion constante, à l'autopsie, il y a des dégénérescences graisseuses du muscle cardiaque; moins souvent des dégénérescences de même nature du foie, des reins, des vaisseaux et des hémorrhagies rétiniennes.

M. le docteur Ricklin (Thèses de Paris, 1877) a fait sur cette maladie de consciencieuses recherches, et il a analysé, de façon à pouvoir les critiquer en toute connaissance de cause, les nombreuses observations publiées à l'étranger et en France.

Il rappelle d'abord les réserves faites par Bienner, sur l'anémie pernicieuse considérée comme une maladie essentielle. Suivant celui-ci, la dénomination d'anémie essentielle ne devra être maintenue qu'autant qu'on ne trouvera pas à placer les observations d'anémie mortelle dans les cadres de la pathologie; d'après Immerman, ce serait une dénomination destinée à combler une lacune créée par notre ignorance.

Après avoir classé et catégorisé les cas publiés d'anémie dite pernicieuse, M. Ricklin en élimine les cas qui ont guéri; ceux dans lesquels la mort a tenu à l'inanition ou à la misère physiologique, déterminés par des grossesses successives et par les accidents postpuerpéraux aggravés en raison de cette faiblesse même; ainsi que les observations dans lesquelles les lésions anatomiques étaient capables d'expliquer la mort.

Un autre ordre de critiques adressées, par M. Ricklin, aux faits dits d'anémie pernicieuse, est celui-ci : les autopsies ont-elles été complètes et suffisamment étudiées? Ainsi, dit M. Ricklin, les reins sont souvent altérés dans les observations d'anémie pernicieuse, mais les examens en sont incomplets, et il est probable que des faits de néphrite interstitielle ont passé inaperçus. Il en est de même des cas de leucocythémie, dans lesquels la moelle des os était seule ou presque seule atteinte. Or, la ressemblance du symptôme de l'anémie pernicieuse avec la néphrite albumineuse, avec la leucocythémie, frappe les yeux.

M. Ricklin conclut de ces considérations que les exemples d'anémie pernicieuse publiés, ne peuvent, en rien, mériter le nom d'anémies essentielles qu'elles reconnaissent toujours aux étiologies déterminées, l'inaction des troubles respiratoires, la puerpéralité, des intoxications, etc.

La dénomination d'anémie pernicieuse progressive doit être, suivant lui, rejetée, non-seulement comme superflue, puisqu'elle a été appliquée à des cas qui rentrent pour la plupart dans les cas connus de la patho'ogie, mais aussi parce qu'elle implique l'idée d'essentialité, ce qui n'est pas exact, et ce qui peut conduire à un traitement nuisible. (*Journ. des conn. méd.-chir.*)

De l'ovariotomie pratiquée sur les femmes enceintes. — Le docteur Spencer Wells a fait récemment, à la Société obstétricale de Londres, une communication très-remarquable, d'après laquelle il semblerait résulter que l'ovariotomie n'est pas plus à redouter pendant la grossesse que pendant l'état de vacuité, et que l'opération est très-dangereuse pendant les mois qui suivent l'accouchement.

Le célèbre chirurgien anglais aurait eu, en effet, sur neuf cas d'ovariotomie pratiquée sur des femmes enceintes, huit succès. Sept fois, l'accouchement serait arrivé à terme ou à peu près, sans accident; enfin, quatre de ces femmes auraient eu un ou plusieurs enfants depuis lors. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Empoisonnement par le sulfate de cuivre. — A cette époque, où la question de l'influence du cuivre sur l'économie occupe tous les corps savants, il convient de livrer à la publicité les cas que chaque médecin peut avoir observés dans sa pratique, et qui sont susceptibles de jeter un certain jour sur cette question. C'est à ce titre que nous croyons devoir rapporter les deux observations suivantes, dont M. le docteur Lafargue aurait été témoin.

Il y a vingt-cinq ans environ, une jeune fille de Bordeaux, avala une très-forte dose de sulfate de cuivre qu'elle avait fait fondre préalablement dans l'eau. Elle fut portée à l'hôpital Saint-André où elle ne tarda pas à mourir. Les vomissements, de couleur verte, furent très-abondants et très-douloureux. L'autopsie du cadavre, faite par ordre judiciaire, démontra dans l'estomac un reste de liquide verdâtre que recouvrait une muqueuse rouge et comme boursouflée. Comme le suicide était avéré, la justice ne fit point faire d'analyse chimique. Du reste, on trouva au domicile de la victime les restes du sel de cuivre qui avait servi à l'empoisonnement.

Quelques années plus tard le même auteur, de concert avec M. le docteur Desgranges, eut à faire l'autopsie d'une femme inhumée depuis cinq jours et qu'on supposait avoir eté empoisonnée. Un liquide roussâtre s'échappait de la bouche et du nez et tombait sur la joue droite dont la peau présentait une teinte verdâtre. Les extrémités des doigts et le pourtour des ongles offraient une coloration verte. Les dents, serrées, étaient recouvertes d'un enduit gris, légèrement verdâtre; la langue était recouverte d'une mucosité semblable. La muqueuse buccale était enduite d'un mucus blanc sale avec une nuance légèrement verte; l'arrière-gorge présentait le même aspect. L'œsophage n'offrait rien de particulier; seulement, à 4 centimètres de son ouverture cardiaque, on constatait deux petits grumeaux verts séparés l'un de l'autre et agglutinés à la muqueuse. L'estomac était rempli d'un liquide blanc verdâtre. Cet organe offrait lui-même cette teinte et l'avait communiquée aux parties voisines; sa muqueuse était de couleur verdâtre et comme boursouflée, mais non ulcérée. L'intestin grêle et le gros intestin

étaient sains. Rien du côté du foie. Le liquide recueilli dans l'estomac, soumis à l'analyse chimique, révèle la présence en grande quantité du sulfate de cuivre. Sur ces indices, on conclut à un empoisonnement, mais la chambre du conseil rendit, contre l'individu incriminé, un arrêt de non-lieu. (*Gaz. méd. de Bordeaux,*)

Parallèle clinique de la tuberculose pulmonaire et de la pneumonie caséeuse. — On sait que certains médecins sont portés à voir dans la tuberculose pulmonaire et la pneumonie caséeuse, deux affections distinctes et absolument indépendantes l'une de l'autre; d'autres, au contraire, ne considèrent ces deux maladies que comme une seule entité morbide se présentant sous différents aspects. M. le docteur Dieulafoy partage cette dernière manière de voir, et réfute ainsi les objections qu'on oppose à cette dernière opinion.

L'hérédité, disent les dualistes, est plutôt l'apanage de la tuberculose, mais ne voit-on pas journellement des enfants, issus d'une même souche tuberculeuse, mourir, l'un de tuberculose commune, l'autre de pneumonie caséeuse?

Les hémoptysies, disent les dualistes, sont surtout associées à la tuberculose, et quand elles éclatent avec l'apparition de la lésion pulmonaire, la présence du sang dans les alvéoles peut donner naissance à la phthisie pneumonique. Mais s'il est vrai que ces hémorrhagies sont liées de préférence à la forme tuberculeuse, si même elles peuvent prévenir l'éclosion du tubercule et constituer pendant longtemps le seul symptôme, il n'est pas admissible, depuis les expériences de MM. Peters, Gers, Lipman. etc., que la présence du sang dans les poumons soit capable de développer une caséification consécutive de l'organe.

Le pronostic, disent encore les dualistes, est moins grave dans la phthisie caséeuse, et le traitement a sur elle plus de prise. Cette assertion est fondée, et cela prouve que, des différentes manifestations de la diathèse, la plus redoutable est la manifestation tuberculeuse; mais M. Dieulafoy ne voit pas, dans ces nuances, de raisons suffisantes pour en faire deux maladies.

Enfin, si l'on quitte le terrain de la clinique pour celui de l'expérimentation, la mémorable découverte de M. Villemin montre que l'inoculation de la granulation ou des produits caséeux, provoque indifféremment la phthisie chez les animaux inoculés. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le docteur André Posada-Aranjo adresse au président de la Société protectrice de l'enfance de Paris, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Il n'y a en Colombie ni loi, ni Société protectrice de l'enfance. La profession de nourrice n'existe pas ici. Toutes les femmes, les riches comme les pauvres, ont l'habitude de donner le sein à leurs enfants, jusqu'à l'apparition des symptômes d'une nouvelle grossesse. ce qui arrive ordinairement au neuvième mois. En sorte que chaque enfant est de dix-huit mois plus âgé que celui qui vient après. Il y a pourtant beaucoup de femmes qui accouchent tous les onze mois d'enfants qui se portent bien. L'allaitement ne s'oppose nullement à la procréation. Chaque mariage produit ici (État d'Antioqua, dans la Colombie) ordinairement dix, douze, quinze enfants. Il y a une dame qui a eu trente-quatre enfants qui vivent (elle avait eu quelques accouchements de jumeaux). Ses descendants, jusqu'aux arrière-petits-fils, forment un gros chiffre. Je connais aussi un homme qui s'est marié trois fois. Il compte déjà cinquante et un enfants, et comme sa femme actuelle est encore jeune, il pourra peut-être arriver à soixante enfants.

On doit remarquer que les femmes d'ici se marient de bonne heure, à treize, quatorze, seize ans. Elles ont la première menstruation à treize ou quatorze ans.

Je suis certain que le genre de nourriture n'est pas sans influence sur la fécondité proverbiale de nos femmes. Le maïs en forme la base, et j'ai remarqué l'influence de ce grain sur la ponte des poules et sur les cochons femelles. — (*Gaz. Obst.*)

— M. le docteur Mallez commencera des conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire, le mercredi 3 octobre, à une heure, à sa clinique, 3, rue Christine; pour les continuer les vendredis, lundis et mercredis suivants.

Les exercices pratiques de l'analyse des urines seront dirigés par le docteur Jardin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture de M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) sur l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée, a vivement fixé l'attention de l'Académie. Dans un important article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sur la morbidité militaire, M. L. Colin a montré que les affections les plus communes et les plus graves des soldats en temps de paix, loin d'être celles qui résulteraient d'une profession exposant aux maladies inflammatoires et aux grands traumatismes, comme les rudes métiers qui s'accomplissent au grand air, présentent, au contraire, un type qui semble être plutôt celui des professions sédentaires, des hommes jeunes réunis dans un même milieu, comme les lycées, les pensionnats, les couvents, etc. Arrivant dans leurs casernes, comme l'élève dans nos lycées, avec les imminences morbides de l'adolescence, mais, de plus, avec la prédisposition plus accusée à la fièvre typhoïde, que constitue leur âge un peu plus avancé, plus éloignés, en outre, que les lycéens de leur famille et plus soumis qu'eux aux influences des changements de climat et de la nostalgie, on comprend quelle doit être et quelle est, en effet, la part considérable qui revient à la fièvre typhoïde dans la pathologie des soldats. Mais, en outre, ainsi que l'a fait remarquer encore M. L. Colin dans cet article, par leur agglomération entre eux, par leur genre de vie spécial et leur isolement à certains égards de la population ambiante, les soldats se créent, en quelque sorte, un milieu hygiénique spécial, et par conséquent, des aptitudes morbides souvent différentes de celles de cette population : d'où l'expansion rapide de maladies transmissibles qui pénètrent dans ce milieu, la tendance aux maladies aiguës, l'évolution plus rapide de certaines affections, enfin une réceptivité spéciale accrue.

C'est avec ces documents, acquis dans une longue pratique dans les hôpitaux militaires, que M. L. Colin a abordé l'étude, aujourd'hui à l'ordre du jour, de l'étiologie de la fièvre typhoïde, dans le mémoire qu'il est venu lire hier à l'Académie. On trouvera dans les conclusions de ce travail, que nous reproduisons dans le compte rendu, les éléments d'une conclusion générale qui se rapprocherait beaucoup plus de l'opinion exprimée par M. Chauffard dans la discussion, que de celle des partisans de la spécificité, et qui est, en effet, implicitement contenue dans le cinquième paragraphe de ces conclusions : « La multiplicité des influences typhoïgènes, leur [illegible]mulation dans les épidémies à évolution rapide et à [illegible]alité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconsistante, décomposable, et ne se résume point en un agent unique, préformé, offrant les attributs des causes exclusives et spécifiques. »

M. Guéniot a donné lecture, dans cette même séance, d'un mémoire sur un procédé de version qu'il a appliqué plusieurs fois avec avantage et qu'il propose d'appliquer aux cas difficiles. On trouvera dans le compte rendu l'exposition de ce procédé auquel M. Guéniot donne le nom, suffisamment justifié comme on le verra par sa description, de procédé anopelvien.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, MM. Sée et J. Guérin sont revenus sur ce qui avait fait le sujet de la discussion de la précédente séance. M. Sée a mis sous les yeux de l'Académie le résumé d'une communication faite par le docteur E. Jacob (de Leeds), au Congrès annuel de l'Association médicale britannique sur l'acide salicylique et la salicine, d'où il ressort que le salicylate de soude, administré par le médecin anglais, dans un grand nombre de cas de rhumatisme, aurait donné de très-bons résultats (voir le compte rendu). Dans le désir très-naturel d'exonérer le salicylate de soude des méfaits qui pourraient lui être indûment imputés, M. Sée a exposé sommairement quelques faits qui lui ont été communiqués par plusieurs confrères et dans lesquels les accidents signalés ont été produits par des doses énormes du médicament, que les malades s'étaient procuré directement chez des pharmaciens, sans avis ni ordonnances de médecins et sur la seule indication des annonces faites dans les journaux: et il a demandé, à cette occasion, s'il n'y aurait pas des mesures à prendre ou à appliquer pour prévenir de pareils abus.

Il existe à cet égard des dispositions législatives et réglementaires qui, entre autres interdictions ou limitations d'attributions, stipulent la défense aux pharmaciens de livrer aucun médicament composé sans la prescription d'un médecin.

M. J. Guérin, qui, dans l'une des précédentes séances, avait été amené, par le cours de la discussion, à rappeler comme pouvant réaliser quelques-uns des avantages du salicylate de soude, sans exposer à aucun de ses inconvénients, la méthode des onctions stibio-dermique, qu'il a instituée il y

a vingt-cinq ans, a rappelé hier, texte en main, le mémoire qu'il a publié sur ce sujet dans la *Gazette médicale* de 1851, et dont il avait donné lecture auparavant à l'Académie de médecine de Belgique. On y trouve, en effet, une série de faits, d'expériences et d'applications thérapeutiques aux arthralgies, tant aiguës que chroniques, dont quelques unes se sont passées sous nos yeux et qui nous avaient paru, dès cette époque, donner d'assez bons résultats pour que nous ayons cru devoir, plusieurs fois depuis, en faire notre profit dans notre pratique particulière.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Paralysie agitante à forme fruste.

Nous avons dans nos salles, depuis assez longtemps, un homme qui est atteint d'une maladie bien singulière, que l'on rencontre rarement dans la pratique, mais que cependant vous pourrez avoir occasion d'observer et que, par conséquent, il est bon que vous connaissiez.

Cette affection est connue sous le nom bizarre et faux paralysie agitante : je dis faux, parce que d'abord il n'y a pas de paralysie du tout; ensuite parce que l'agitation que l'on rencontre chez certains malades est un phénomène inconstant, qui manque souvent. On la désigne encore, et cette dénomination, proposée par M. Charcot, me paraît de beaucoup préférable à la première, sous le nom de maladie de Parkisson, médecin anglais qui l'a décrite, pour la première fois en 1817, de main de maître et d'une manière si complète qu'il suffit d'avoir lu son récit pour la reconnaître de suite chez un individu, alors même qu'on n'en aurait jamais vu d'autre exemple.

En France, elle était restée confondue avec les autres tremblements, sénile, alcoolique, etc., quand, en 1860, Trousseau, dans ses conférences cliniques, appela l'attention de ses auditeurs sur cette affection. L'année suivante, en 1861, MM. Charcot et Vulpian en firent le sujet de recherches spéciales et la naturalisèrent, pour ainsi dire, chez nous. A partir de ce moment, des observations nombreuses furent signalées de toutes parts et, en 1868, une fort bonne thèse inaugurale fut soutenue à la Faculté de Paris, par un des élèves de M. Charcot, le docteur Andrechten, qui rapporta plusieurs observations nouvelles et chercha à rattacher à des lésions anatomiques bien définies les phénomènes qui ont lieu dans cette maladie. Dans ces derniers temps, M. Charcot en a fait le sujet de ses conférences cliniques ; de sorte qu'aujourd'hui, la paralysie agitante est une maladie parfaitement connue, et que les médecins ne sauraient désormais confondre avec les autres affections qui lui ressemblent.

Enfin, cette année même, M. Boucher a soutenu sa thèse de doctorat sur une forme particulière, fruste, de la maladie de Parkisson ; et dans son travail, vous trouverez rapportée tout au long, l'observation du malade qui va faire le sujet de cette leçon.

La paralysie agitante se présente, en effet, sous deux formes bien différentes : l'une, la paralysie agitante, type; l'autre, fruste, dans laquelle le tremblement fait défaut.

La première dont je vais vous faire d'abord la description, ne se manifeste pas d'emblée ; elle est ordinairement précédée par quelques douleurs dans les membres, par une faiblesse toute particulière dans l'exécution des mouvements. Les malades sont moins agiles qu'à l'ordinaire; ils éprouvent un peu de difficulté à se mouvoir ; puis, ils accusent quelques douleurs dans les membres supérieurs d'abord, ensuite dans les inférieurs. C'est un état en quelque sorte prodromique qui persiste pendant plusieurs mois et auquel le tremblement ne tarde pas à venir s'ajouter. Celui-ci est ordinairement limité; au début, il se montre généralement dans un seul membre, le plus souvent dans un des membres supérieurs et plutôt à droite qu'à gauche. Il consiste d'abord dans une série d'agitations continuelles, involontaires, rhythmiques, très-légères au début, un peu plus accusées, alors que le malade veut se livrer à des mouvements intentionnels. De là, il envahit la jambe du même côté; puis gagne l'autre partie du corps et avec le même caractère que précédemment, c'est-à-dire qu'il débute par le bras et ne se montre que plus tard à la jambe. Enfin, après un temps variable, il est général ; dès lors, il se produit incessamment, sans trêve, excepté pendant le sommeil, et toujours avec cette régularité rhythmique que je vous ai signalée.

Un autre phénomème [illegible] sur lequel M. Charcot a appelé l'attention [illegible] servir de moyen diagnostique important [illegible] tête ne participe pas à cette agitation [illegible] certains auteurs disent y avoir noté du tremblement, celui-ci ne serait simplement que le fait de la transmission à cette partie du corps des mouvements qui ont lieu dans les membres : aussi suffirait-il de fixer ceux-ci pour l'empêcher de se produire. Pour ma part, il m'est arrivé deux fois de voir ce phénomène manquer, chez des individus manifestement atteints de paralysie agitante. Dans certains, la langue est agitée elle-même de mouvements involontaires; de même que les précédents, la chloroformisation les fait cesser momentanément.

Un autre caractère également propre à ces malades, consiste dans une disposition, une attitude toute spéciale du corps. Au lieu de se tenir droits, ils ont le corps penché en avant, en arc-de-cercle, et la tête placée elle-même sur un plan vertical bien antérieur au tronc. En même temps, les articulations sont presque toutes dans la demi-flexion ; l'avant-bras est fléchi sur les bras; les jambes sur les cuisses ; le tronc sur le bassin. De cette attitude résulte une physionomie toute spéciale, toute caractéristique, qu'il est impossible d'oublier quand on l'a vue une fois.

Outre cela, il y a encore quelque chose de particulier dans la disposition de la main et qui suffit pour différencier la paralysie agitante des autres formes de tremblement. Dans cette maladie, en effet, les doigts sont toujours appliqués les uns contre les autres, et le pouce est lui-même collé contre l'indicateur. La main est, comme on l'a dit, en serre-papier.

La physionomie a également un aspect caractéristique; elle est immobile, inerte ; il semble que les traits n'existent plus; les impressions ne se réfléchissent plus sur la figure de ces malades. A peine se produit-il un petit clignement des paupières, et la bouche légèrement entr'ouverte laisse constamment écouler la salive.

La démarche est aussi caractéristique. Ces malades, en effet, ne peuvent rester en repos; ils sont, au contraire, avides de mouvement. Sont-ils assis, couchés ou debout, ils éprouvent une gêne, un malaise particulier, dans les membres; il leur semble que ceux-ci sont raides, douloureux. Quand ils marchent, leur tronc est projeté en avant ; il semble que leur train de derrière coure après leur tête ; ils ont l'air, selon l'expression imagée de Trousseau, de courir après leur ombre. On dirait qu'ils sont irrésistiblement poussés en avant; qu'ils sont mus comme par un ressort. D'autres fois, au contraire,

au lieu de se faire en avant, la propulsion a lieu tout à fait en arrière : c'est là un fait qui, pour être assez rare, a néanmoins été noté.

Avec ces phénomènes d'attitude et de marche spéciale, si on interroge les différentes fonctions de l'économie, on voit que ces individus mangent bien, digèrent bien ; la respiration est normale ; le cœur fonctionne régulièrement et, chose singulière, l'intelligence est complétement intacte, la mémoire parfaitement conservée ; caractères que l'on ne retrouve pas dans les autres tremblements et particulièrement dans celui de la sclérose en plaques.

A côté de cette intégrité des fonctions, je dois signaler un sentiment de chaleur qu'éprouvent certains malades. Ces individus ont en effet toujours trop chaud ; ils se plaignent d'étouffer ; même en plein hiver, ils recherchent le froid et pour peu qu'ils marchent, ils sont en transpiration. Cette sensation de chaleur est un phénomène tout particulier à cette maladie et, chose curieuse encore et qui a été notée par M. Charcot, c'est que, si malgré cette chaleur extérieure, on recherche la température du corps, on la trouve parfaitement normale.

Mais, ainsi que je vous l'ai dit précédemment, à côté de cette forme type, il en est une autre, fruste, dans laquelle on retrouve les caractères fondamentaux de la première, mais où l'on n'observe pas cette agitation, ce tremblement particulier sur lequel j'ai essayé d'appeler votre attention. C'est celle-là dont notre malade nous offre un très-bel exemple.

Ce qui, au premier abord, frappe chez lui, c'est son attitude apparente. Il semble qu'il soit empalé, tant il est roide, immobile ; tant les articulations ont perdu leur souplesse. Dans la forme type dont je vous ai fait la description, ce qui sautait aux yeux, c'est cette agitation continuelle, incessante, dont je vous ai entretenus ; ici, au contraire, c'est cette immobilité, cette rigidité dont rien ne triomphe. Quant à la démarche et l'attitude, elles sont les mêmes dans ces deux catégories de malades. Comme les individus qui appartiennent à la variété précédente, le nôtre est courbé en arc de cercle ; il a dans la station verticale, les coudes appliqués sur le tronc, les avant-bras fléchis sur les bras, les articulations des genoux dans une demi-flexion, enfin la main présente cette disposition en serre-papier dont je vous ai parlé. Il ressemble, comme on l'a très-bien dit, à un saint de bois.

A côté de cela, la physionomie est inerte ; elle a elle-même une apparence toute spéciale : les paupières sont immobiles ou sont seulement les siéges de clignements imperceptibles ; en même temps, la bouche est ouverte et la salive qui s'en découle, donne à cet homme un aspect de malpropreté répugnant.

C'est là une attitude tout à fait spéciale : c'est bien là la paralysie agitante sans agitation. D'ailleurs, quand ce malade est entré dans le service, il avait un peu de mouvement dans les membres supérieurs et inférieurs, et cela suffirait pour éclairer le diagnostic, s'il était permis, malgré des caractères aussi saillants, de méconnaître la nature de sa maladie ; mais par le fait de son séjour à l'hôpital, peut-être, grâce au traitement que nous lui avons fait suivre, le tremblement a aujourd'hui complétement cessé.

Cet homme, dont je vais vous dire en quelques mots l'histoire, présente d'ailleurs d'autres phénomènes qui se rattachent particulièrement à la paralysie agitante : c'est d'abord ce besoin de mouvement que je vous ai signalé dans la première partie de cette leçon, qui fait qu'il ne se trouve bien que lorsqu'il marche ; c'est ensuite un certain embarras de la parole, qui est lente, peu élevée, sans toutefois être tremblante, comme cela a lieu lorsque la langue est elle-même agitée de mouvements semblables à ceux des membres. Avec cela, il mange bien, dort bien ; ses fonctions s'accomplissent régulièrement, et enfin il éprouve ce phénomène de calorifaction exagérée qui est propre à ces individus : il a toujours chaud, et cette sensation de chaleur dont il se plaint, coïncide avec une température centrale tout à fait normale. C'est ainsi qu'au milieu de ses crises de chaleur les plus intenses, nous ne l'avons jamais trouvée supérieure à 37,4. Quant à l'intelligence, comme vous pouvez en juger, elle est complétement conservée : le malade comprend ce qu'on lui dit, il répond avec bon sens ; enfin il peut lire et même, dit-il, se livrer à des calculs de tête.

Enfin, avec cette roideur particulière des membres, j'ajouterai qu'il n'y a pas de faiblesse musculaire ; mais seulement une simple diminution de l'adresse ; par conséquent, il n'y a pas là le moindre signe de paralysie et cette conservation de la force musculaire est un fait qui est en opposition formelle avec la dénomination de paralysie qui a été imposée à la maladie.

L'affection dont cet homme est atteint remonte à 1871, et la manière dont elle a débuté est assez curieuse pour mériter d'être relatée ; elle prouve, une fois de plus, comme je vous le dirai tout à l'heure, que la maladie de Parkisson, vient souvent à la suite d'émotions morales, vives, de frayeurs considérables. A la fin de la Commune, cet homme fut arrêté par des fédérés et condamné à être fusillé. Il était déjà adossé contre un mur et couché en joue par ces misérables, quand ils furent détournés de leur triste besogne par l'intervention de quelques personnes. Mais s'il eut la vie sauve, sa santé fut néanmoins considérablement éprouvée, et c'est à la suite de cette secousse terrible, qu'il commença à ressentir quelques douleurs dans les membres et une sensation de gêne et de roideur dans les articulations ; puis, peu à peu, les membres furent pris de petites secousses, de tremblement et, dès lors, la maladie fut confirmée.

Quelques mots, maintenant, sur l'étiologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement de cette affection.

Relativement au diagnostic, je dirai qu'il est extrêmement important de distinguer l'agitation de la paralysie agitante des autres formes de tremblement. C'est facile, si l'on fait attention à la démarche particulière, à cette attitude en arc de cercle, qui n'existent que dans la maladie de Parkisson ; à ce besoin de mouvement, à cette facilité qu'ont les malades de courir plutôt que de marcher ; à cette force de propulsion qui les pousse ordinairement en avant, quelquefois en arrière ; enfin, à l'intégrité des fonctions intellectuelles, des divers organes de l'économie, et à cette sensation de chaleur particulière qui tourmente les malades.

Dans la sclérose généralisée, en plaques, vous observez bien du tremblement, mais il n'a pas lieu spontanément ; il n'existe que lorsque le malade accomplit quelque mouvement intentionnel. De plus, l'intelligence est presque toujours troublée ; il y a avec cela de la céphalalgie, des étourdissements ; enfin, on n'observe pas cette sensation de chaleur si caractéristique dans la maladie que nous venons d'étudier.

Le tremblement sénile est celui que l'on confond le plus habituellement avec la paralysie agitante, parce que, comme dans cette dernière, il coïncide, chez certains individus, avec une intégrité parfaite des fonctions intellectuelles. Mais il présente ceci de particulier qu'il est plus général, moins localisé ; il atteint la tête, aussi bien que les autres parties du

corps ; enfin, les malades ne présentent pas cette attitude spéciale et surtout ils ne se plaignent pas d'avoir toujours trop chaud, comme dans la maladie qui nous occupe.

Quant au tremblement alcoolique, il porte plus particulièrement sur les mains et la langue; d'ailleurs, il coïncide presque toujours avec d'autres phénomènes qui sont en rapport avec le degré d'intoxication subie par ces malades.

Je ne parlerai pas ici de la chorée, qui est presque exclusive aux enfants et qui, du reste, donne lieu à des phénomènes de tremblement, bien autrement marqués que ceux de la paralysie agitante.

Le pronostic de cette affection est évidemment fâcheux en ce sens qu'une fois atteints les malades ne guérissent jamais complétement ; que, le plus souvent même, le traitement est impuissant à enrayer les progrès du mal; que fatalement, après un temps plus ou moins long, dix, douze, quinze ans même, la roideur des membres est tellement accusée que ces individus sont incapables d'accomplir le moindre mouvement; la propulsion en avant cesse de se produire; les malades sont obligés de rester constamment couchés, et enfin ils succombent non pas tant par le fait de la maladie ellemême que de l'émaciation, de l'amaigrissement considérables qui résultent à la longue de ce repos forcé.

D'après Trousseau, fréquemment, c'est une pneumonie intermittente qui emporte les malades. Sur dix-huit individus que l'éminent professeur de clinique a observés, trois fois, dit-il, la mort serait survenue de cette manière. Y a-t-il dans ce fait une simple coïncidence ou relation de cause à effet? Je l'ignore, car quand il s'agit de faits aussi peu nombreux, il est bien difficile d'en tirer une conclusion bien fondée.

Un mot maintenant sur les altérations anatomiques qu'on rencontre dans cette affection. Autrefois, quand on a commencé à appeler l'attention des médecins sur cette maladie, Parkisson et les auteurs anglais ont signalé une altération particulière du pont de Varole et des pédoncules cérébraux, consistant dans une induration avec augmentation de volume de ces parties de l'encéphale. Mais depuis, l'anatomie pathologique n'a pas confirmé cette opinion, et l'on ne saurait dire que cette induration du tissu conjonctif qui existe entre les tubes nerveux, soit propre à cette maladie; d'après M. Charcot, il n'y aurait, en effet, aucune espèce de relation entre la paralysie agitante et ces désordres des centres nerveux. Le plus souvent, d'ailleurs, l'autopsie n'a donné que des résultats purement négatifs et dans l'état actuel de la science, on doit considérer cette affection comme n'ayant pas d'anatomie pathologique spéciale, et par conséquent la ranger dans la classe des névroses.

L'étiologie de la paralysie agitante est aussi assez obscure. Cependant, chez certains individus, alors qu'elle avait été précédée par des douleurs dans les membres, on a cru remarquer qu'elle était survenue à la suite d'un refroidissement et pour cette raison, on a admis la nature rhumatismale au début de la maladie. Mais ces faits n'ont pas été suffisamment étudiés pour que l'on puisse en tirer de conclusion.

Il n'en est plus de même, au contraire, des émotions morales vives, des frayeurs considérables qui paraissent exercer une influence réelle sur le développement de la maladie de Parkisson. Un auteur alsacien a, en effet, signalé à Strasbourg, en 1871, plusieurs cas de paralysie agitante, dont il rattache le point de départ au bombardement de cette ville par les Prussiens. Notre malade, d'ailleurs, est un nouvel exemple de l'influence de ces causes morales.

Quant aux causes prédisposantes, je dirai que le sexe est à peu près indifférent et l'on a aussi bien signalé la paralysie agitante chez les hommes que chez les femmes.

L'influence de l'âge est un peu mieux démontrée, car on a remarqué que c'est de préférence entre quarante et cinquante ans que l'on voit se développer cette maladie. Néanmoins, on a cité quelques exceptions à cette règle : Trousseau rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-sept ans qui aurait été atteint de cette affection, et Duchenne (de Boulogne), dit également l'avoir observée chez une jeune fille de seize ans. On peut donc admettre, en thèse générale, que la paralysie agitante peut se développer à tout âge, mais qu'elle est beaucoup plus commune chez les adultes entre quarante et soixante ans.

Reste un dernier chapitre, le traitement. Malheureusement, le médecin est à peu près désarmé contre la paralysie agitante et c'est en vain que l'on a essayé tous les médicaments qui peuvent avoir une certaine action sur le système nerveux. Le bromure de potassium et le bromure de camphre ont échoué complétement. L'iodure de potassium est également le plus souvent impuissant : je dois dire cependant qu'il a paru exercer une action salutaire chez notre malade. A son entrée à l'hôpital, il a été, en effet, pendant plusieurs semaines, soumis à cette médication et vous voyez qu'aujourd'hui le tremblement a presque complétement disparu. Maintenant, est-ce réellement à l'iodure de potassium qu'il faut attribuer ce résultat ? N'est-il pas dû simplement au repos moral et physique auquel il a été contraint pendant son séjour à l'hôpital ? C'est ce que je ne saurais dire.

Dans ces derniers temps, M. Charcot a vanté contre cette maladie l'hyoscyamine à la dose de 2, 3, 4, 5 milligrammes par jour. L'éminent médecin de la Salpêtrière en a-t-il obtenu de bons résultats? Jusqu'à présent, je ne le crois pas ; et si M. Oulmont a pu employer avec succès ce médicament contre certaines autres formes de tremblement, je ne crois pas que l'on ait beaucoup à se louer de son action dans le cas qui nous occupe.

Enfin, on a conseillé également l'électrisation ; mais ce moyen a donné des résultats tellement négatifs, que Duchenne (de Boulogne), qui cependant s'y entendait, y avait complétement renoncé.

J'en dirai autant de l'hydrothérapie dont l'action est nonseulement nulle, mais encore fâcheuse. C'est ainsi que M. Charcot a noté chez certains malades, après avoir été traités par l'eau froide, une augmentation de chaleur, bien plus considérable que celle dont ils se plaignaient antérieurement. Quant aux eaux minérales, aucune ne donne de résultats et c'est plutôt un moyen moral que curatif.

En résumé, la plus grande partie du traitement consiste dans des soins hygiéniques ; éviter les trop grandes fatigues ; autoriser quelques promenades pour permettre à ces malades de satisfaire le besoin de mouvement dont ils sont tourmentés; mais surtout éviter qu'ils se refroidissent d'autant plus que ces sujets sont constamment en transpiration et se rappeler ce que dit Trousseau, à savoir que la mort arrive souvent par le fait d'une pneumonie intercurrente.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Des phénomènes cardiaques dans l'ictère.

(Leçon recueillie par le docteur Audibert.)

En 1875, à la Faculté de Paris, était soutenue une thèse intitulée : *Du bruit du souffle mitral dans l'ictère*. L'auteur, le

docteur Gandolphe, avait constaté un bruit systolique de la pointe, coïncidant le plus souvent avec le ralentissement du pouls, et qui trouvait son explication dans une atonie du cœur avec paralysie des muscles papillaires.

Depuis lors, nous avons examiné le cœur de nos ictériques et, chez un certain nombre d'entre eux, nous avons trouvé tantôt le phénomène signalé par M. Gandolphe, tantôt d'autres troubles cardiaques. Sur huit ictériques, observés par nous récemment, cinq ont eu le cœur atteint. C'est donc là une particularité clinique qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Vous tracer une esquisse rapide des troubles cardiaques qui peuvent se produire dans l'ictère, tel est le but de notre entretien d'aujourd'hui.

Nous rechercherons d'abord les phénomènes qui les caractérisent, c'est-à-dire les symptômes qui les accusent et les lésions qui les constituent.

Ces phénomènes une fois connus, nous en étudierons ensuite les causes et le mécanisme.

Et quand nous saurons comment l'affection se caractérise et sous quelles influences elle se produit, nous aborderons le problème dont la solution est le but suprême de la médecine, nous rechercherons les moyens de la guérir.

I.

Dans l'état cardiaque de la chlorose, nous rencontrions naguère, au premier rang, les signes rationnels des symptômes plus ou moins bruyants tels que palpitations et douleurs; dans l'ictère, par contre, la première place appartient aux signes physiques d'auscultation, sans ces signes subjectifs qui éveillent l'attention du praticien. C'est ce qui fait que les phénomènes cardiaques, plus fréquents peut-être dans l'ictère que dans la chlorose, sont cependant moins connus et passent le plus souvent inaperçus.

Interrogez vos ictériques; ils ne vous accuseront pour la plupart ni douleur précordiale, ni palpitations, ni syncopes; c'est à peine si, sur votre demande formelle et non pas spontanément, ils se plaindront d'éprouver un sentiment de gêne et d'oppression précordiale dans la marche.

Auscultez-les, et quelquefois, surtout quand l'affection dure depuis au moins cinq à six jours, vous constaterez qu'à la pointe le premier bruit normal a diminué de force et d'intensité; il est en quelque sorte plus faible et plus sourd que d'ordinaire. Chez quelques sujets, vous entendrez un bruit anormal, ordinairement un souffle très-doux, qui le remplace et qui reste limité au-dessous du mamelon. Dans d'autres cas, c'est une sensation mixte que vous percevrez et qui paraît due à la combinaison d'un bruit normal atténué avec un bruit anormal très-légèrement soufflant. Une fois nous avons perçu un bruit de souffle très-distinct à la pointe et un bruit normal très-net à quelques centimètres de là. Deux fois nous avons observé le dédoublement du premier bruit à la pointe. Souvent, mais non toujours, vous constaterez encore une légère augmentation, un caractère plus éclatant du deuxième bruit normal au niveau et un peu au-dessus du mamelon.

Percutez-les; la percussion vous révélera quelquefois une légère augmentation de la matité précordiale.

Appliquez la main sur la poitrine; passagèrement au début vous pourrez percevoir une augmentation d'impulsion cardiaque; nous ne l'avons nettement observée qu'une seule fois; mais, presque fatalement, au bout de quelques jours, l'impulsion cardiaque sera diminuée; vous pourrez constater aussi, mais pas nécessairement, un léger abaissement de la pointe.

En somme, vous pourrez rencontrer chez les ictériques deux ordres de signes cardiaques: d'un côté, le bruit anormal du premier temps de la pointe, qui révèle une insuffisance mitrale; d'autre part, la résonnance exagérée du second bruit l'abaissement de la pointe, l'augmentation d'étendue dans l'impulsion précordiale, qui annoncent une dilatation du cœur. Ces deux ordres de signes ne sont pas nécessairement associés entre eux; ils peuvent se montrer isolément et les plus communs sont ceux de l'insuffisance mitrale.

Je n'ai pas d'autopsie qui me permette d'établir d'une manière positive à quelle lésion anatomique correspondent ces phénomènes morbides, mais l'analogie nous les fait connaître d'une manière à peu près certaine. Nous retrouvons ici au premier rang, non plus, comme dans la chlorose, les signes de l'insuffisance mitrale par élargissement de la cavité ventriculaire, mais ceux de l'insuffisance mitrale par défaut de fonctionnement des muscles papillaires. C'est le défaut de fonctionnement des muscles papillaires, qui, seul, peut expliquer que l'insuffisance ait lieu sans que la cavité ventriculaire se soit dilatée, sans que la pointe du cœur se soit abaissée. Nous trouvons ici une analogie complète d'apparences phénoménales avec les myocardites, qui produisent, comme nous l'avons constaté, l'insuffisance mitrale par trouble fonctionnel des papillaires; nous savons d'ailleurs que l'ictère figure parmi les affections où la myocardite a été constatée anatomiquement par Hayem. C'est donc à une myocardite que nous avons affaire, à une altération granuleuse des muscles et non pas à une simple atonie musculaire avec allongement des fibres et partant dilatation de la cavité ventriculaire, comme le docteur Gandolphe tendait à le croire. La dilatation cardiaque n'existe ici que comme un phénomène inconstant et en quelque sorte surajouté. Rien ne prouve ce rôle accessoire et nullement primitif de la dilatation comme ce que nous avons observé chez un de nos malades, le n° 30 de la salle Aillaud, qui nous offrit d'abord le souffle de l'insuffisance mitrale, lequel, plus tard, à mesure que l'amélioration se produisait, fut remplacé par les signes de la dilatation du cœur. L'état de la paroi ventriculaire, l'atonie et la dilatation cardiaques, doivent donc ici être relégués au second plan; le trouble morbide des muscles papillaires occupe la première place. C'est, suivant toute probabilité, un chapitre de plus dans l'histoire des myocardites.

Cet état peut se développer dans toutes les formes de l'ictère; nous l'avons constaté dans l'ictère simple aussi bien que dans des ictères plus graves; cependant il m'a semblé que, sans s'assujettir à un parallélisme complet, son intensité croissait avec la gravité de l'ictère.

Parmi les symptômes concomitants, nous n'avons pas observé que la coloration intense de la peau et la décoloration des matières fécales fussent pour ce trouble morbide des compagnes bien fidèles; il ne m'a pas semblé du tout que les phénomènes cardiaques fussent proportionnés à la coloration de la peau, et s'il y avait à signaler un rapport à cet égard, ce serait plutôt le rapport en sens inverse. Par contre, j'ai toujours vu se produire, en même temps que les phénomènes cardiaques ou antérieurement à eux, des troubles dans la circulation capillaire, des stases qui s'accusent par l'apparition très-évidente de la raie dite méningitique, de petites hémorrhagies punctiformes sous-cutanées, des hémorrhagies par les muqueuses et notamment des épistaxis.

Il se produit également des troubles de la circulation artérielle. L'état du pouls varie suivant les cas. Le plus souvent, mais non fatalement, il se ralentit; il devient quelquefois fré-

quent et petit. Nous avons obtenu trois ordres de tracés sphygmographiques :

1° Une ligne d'ascension très-courte, indiquant la faiblesse de la contraction cardiaque et partant, suivant toute probabilité, l'altération granuleuse du cœur ;

2° Une ligne d'ascension brusque et longue, indiquant une dilatation cardiaque ;

3° Une ligne de descente longue et presque horizontale, indiquant la difficulté avec laquelle se vident les artères ; ce qui a pour cause la lenteur de la circulation capillaire et pour effet le ralentissement du pouls. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

1° Des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, diverses sources d'eaux minérales.

2° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Royat pour l'année 1875, de Vic-sur-Cère, pour l'année 1876 ; (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. BÉCLARD lit une lettre de M. LABOULBÈNE relative à la communication de M. Rochard sur le tænia inerme.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. G. SÉE, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture d'une communication de M. le docteur E. Jacob au Congrès de Manchester, relativement à l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. M. Jacob a recueilli cent observations à l'hôpital général de Leeds. Après avoir donné quelques détails sur le mode d'emploi du médicament, et appelé l'attention sur la rareté des complications cardiaques, l'auteur divise ses observations de la manière suivante : 1° cas favorables ; 2° cas dans lesquels aucun résultat n'a été obtenu ; 3° cas mortels.

Des résultats extrêmement favorables ont été obtenus dans soixante-trois cas, dans lesquels la durée moyenne de la maladie a été de trois jours, à partir du moment où le traitement a été institué.

Dans trente autres cas moins favorables, la durée moyenne du traitement a été de onze jours. Dans deux autres cas, l'acide salicylique a été sans action. Enfin la mort a été observée dans cinq cas où l'acide salicylique a été employé, sans que ce médicament semble avoir eu aucune influence sur la terminaison fatale de la maladie.

Sur quarante-cinq malades admis à l'hôpital sans complications cardiaques, trois seulement ont présenté la péricardite pendant le traitement, ce qui donne une moyenne de 6,6 sur 100.

La préparation la plus employée a été le salicylate de soude à la dose de 1 gr. 50 toutes les quatre heures pendant la période aiguë. L'emploi du médicament n'a produit ni albuminurie, ni éruption cutanée, ni délire ; on a seulement observé un peu de surdité, quelques nausées et des bourdonnements d'oreille.

M. Sée appelle ensuite l'attention de l'Académie sur ce fait, que la plupart des pharmaciens livrent ou adressent directement au public des préparations de salicylate de soude sans ordonnance de médecin. Il en est résulté plusieurs accidents graves ; il cite entre autres, l'exemple d'un malade qui a pris ainsi des doses énormes de salicylate de soude, et qui a failli payer de sa vie son imprudence et l'économie qu'il a voulu faire d'une visite de médecin. M. Sée demande donc que cette question soit mise prochainement à l'ordre du jour, et que l'on prenne les mesures nécessaires pour rappeler tous les pharmaciens à l'application de la loi.

M. J. GUÉRIN, en réponse au regret exprimé dans la dernière séance par M. Sée, qu'il n'eût pas fait connaître plus tôt l'emploi des onctions stibiées dans le traitement des douleurs goutteuses ou rhumatismales, met sous les yeux de l'Académie un article de la *Gazette médicale*, de l'année 1851, dans lequel se trouvent exposés tout au long les faits et les expériences physiologiques qui lui ont permis d'installer, pour ainsi dire, les onctions stibiées dans la thérapeutique comme une extension de la méthode rasorienne. (Voy. *Gazette médicale*, 1851, p. 685 et suiv.)

LECTURES

Étiologie de la fièvre typhoïde. — M. LÉON COLIN donne lecture d'un mémoire sur la fièvre typhoïde dans l'armée. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les causes de la fièvre typhoïde surgissent aussi fréquemment au dehors qu'à l'intérieur des casernes. Dans la majorité des cas, il y a concours de ces deux ordres d'influences morbifiques, et de ce concours résulte une augmentation d'intensité de l'épidémie.

2° La prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée dépend surtout du degré de réceptivité spécial aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes. Retranchez, de la population d'une petite localité, les enfants, les vieillards, les cachectiques, les personnes, en un mot, qui, par âge ou par santé, sont relativement moins accessibles à l'affection, vous augmenterez évidemment les chances d'atteinte de ceux qui constitueront le noyau de cette sélection.

Ces chances arriveront à leur *maximum* si l'on soumet cette population ainsi réduite aux influences de la vie en commun et de la résidence dans une grande ville.

3° L'accroissement actuel de mortalité de l'armée française par fièvre typhoïde est le résultat non pas d'une augmentation d'insalubrité du milieu militaire, mais d'une proportion aujourd'hui plus considérable de jeunes soldats, spécialement enclins à cette affection.

Supposez que le nombre des enfants de troupe soit notablement augmenté, sans doute on constaterait dans la statistique médicale de l'armée, une fréquence plus considérable des affections propres à l'enfance : croup, diphthérie, coqueluche, sans être néanmoins autorisé à considérer l'installation des casernes comme plus favorable qu'auparavant à la genèse de ces maladies.

D'ailleurs, si la fièvre typhoïde trouve des conditions de développement plus facile dans notre armée actuelle parce que cette armée est plus jeune, on a chance de voir diminuer d'autant le nombre des affections spécialement propres aux vieux soldats. La statistique démontre une diminution marquée par phthisie pulmonaire, cette autre affection dominante dans nos régiments, diminution largement compensatrice, puisqu'en somme la mortalité totale de l'armée (par toutes causes réunies) continue à décroître d'année en année.

4° Si l'armée française a été considérée longtemps comme particulièrement sujette à la fièvre typhoïde, cette opinion indique la lenteur de la diffusion des découvertes de l'École de Paris, qui, la première, en a démontré les caractères anatomiques et cliniques.

5° La multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconsistante, décomposable, et ne se résume point en un agent unique, préformé, offrant les attributs des causes exclusives et spécifiques.

6° L'immunité relative des armées en campagne démontre que l'extrême réceptivité du soldat ne suffit pas à la création spontanée de la maladie, dont certaines émanations morbifiques, résumées dans l'atmosphère des grandes villes, paraissent les causes les plus efficaces.

7° Les résultats obtenus dans l'armée, par l'évacuation des foyers morbifiques, pourraient devenir le point de départ de mesures analogues pour la population civile. Rien n'est lamentable comme ces relations d'épidémies limitées à une ferme, à un hameau, sans que l'on ait songé à soustraire les victimes à un milieu meurtrier.

Il y a quatre ans, je communiquai à l'Académie un travail prouvant l'innocuité de la réunion des varioleux dans un même établissement, travail appuyé sur l'agglomération, à l'hôpital de Bicêtre,

de près de huit mille soldats atteints de cette affection, et je concluais à l'inanité des dangers reprochés à la concentration de ces malades en un même hôpital. Cette communication a fourni un argument de plus à une cause qui me paraît juste : la création d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux.

Pour la fièvre typhoïde, je plaiderais volontiers la cause opposée ; aussi j'invoque cette fois, devant l'Académie, l'exemple de l'armée pour la réalisation, encore à l'avantage de la population civile, d'une mesure d'un tout autre genre, ayant un caractère plutôt libéral que restrictif, et méritant un des premiers rangs parmi les mesures sanitaires : l'évacuation du foyer typhoïgène.

Nouveau procédé de version. — M. GUÉNIOT lit un travail sur un *procédé de version applicable aux cas difficiles*, procédé que l'auteur désigne sous le nom de *procédé ano-pelvien.*

D'après M. Guéniot, il ne manque pas de circonstance où l'accoucheur, quoique pénétré des difficultés et du danger que présentera la version, se voit cependant contraint de recourir à cette opération.

Le cas le plus commun, sans aucun doute, est celui d'une présentation du tronc avec complication de tétanos utérin, lorsque la dérotomie et l'éviscération du fœtus ont été jugées impraticables ou reconnues inefficaces ; en telles conditions, l'emploi du procédé ano-pelvien se trouve parfaitement indiqué.

Ce procédé consiste essentiellement, dit l'auteur :

1° A s'aider des points du corps pour faire pénétrer la main, sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine ;

2° A prendre comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum.

3° Enfin, à suivre, quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

D'après cette manière de faire, après avoir introduit sa main dans le vagin, l'accoucheur avance le tronc jusqu'au contact du coude qui opère, puis il appuie du corps, avec plus ou moins de force, sur la saillie de l'olécrâne et sur la face postérieure du bras. L'avant-bras, ainsi poussé au gré de l'opérateur, porte en quelque sorte mécaniquement la main dans l'utérus et la fait cheminer presque sans fatigue, à la recherche du siége. Dès que celui-ci est trouvé — ce qui d'ordinaire est beaucoup plus facile que d'atteindre un pied ou un jarret — on introduit un doigt dans le rectum, et à l'aide de ce doigt courbé en crochet, on tire avec continuité, soit sur le pubis, soit sur le sacrum, de manière à entraîner le bassin de l'enfant, jusque dans l'excavation.

Sans parler du poids du tronc, que l'opérateur met à profit pour la recherche des parties fœtales, les avantages du procédé ano-pelvien peuvent se résumer ainsi :

1° Le bassin du fœtus est généralement plus facile à trouver que les pieds ;

2° La prise que fournit au doigt l'arcade pubienne ou la pointe du sacrum est des plus solides et ne prête en rien au glissement ;

3° Les tractions étant directes, la force dépensée se trouve entièrement utilisée ;

4° Quel que soit le sens des tractions, vers la région dorsale ou abdominale du fœtus, l'évolution de ce dernier peut être effectuée ;

5° Enfin, lorsque par le procédé podalique, l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée.

M. Guéniot, qui, depuis une dizaine d'années, emploie cette pratique, ajoute en terminant que son travail est le premier sur la matière, mais que certains accoucheurs, sans y attacher l'importance qu'elles méritent, avaient eu déjà recours accidentellement aux tractions directes sur le siége.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er octobre 1877, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur ;

M. le docteur Piotay, membre du conseil général de la Dordogne. — M. le docteur Duprada, adjoint au maire de La Réole. — M. le docteur Briand, maire de Genac. — M. le docteur de Lonjon, médecin en chef de l'hôpital de Tours. — M. le docteur Million, médecin de la manufacture d'armes de Saint-Étienne.

— Par décret en date du 2 octobre 1877, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Monteils, médecin en chef de l'hospice de Mende ; — M. le docteur Loydreau, médecin en chef de l'hôpital de Chagny ; — M. le docteur Luiggi (de Blanzy).

— Des postes de *médecins de colonisation* sont vacants dans le département d'Alger : adresser les demandes à M. le préfet.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi prochain 10 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de membres correspondants et associés libres nationaux ; — 2° Rapport de la commission des prix, par M. Machelard ; — 3° Constitution médicale des mois d'août et septembre. Policlinique ; — 4° Traitement des hydropisies au moyen de l'éther sulfurique, par M. Girault ; — 5° Présentation d'un malade ayant subi la résection du maxillaire supérieur droit, par M. Berrut ; — 6° Observation d'accouchement gémellaire, par M. Migon ; — 7° Pathogénie et traitement des maladies cutanées, par M. Rochard ; — 8° Un double caractère des phénomènes physiques en aliénation mentale, par M. Delasiauve.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'insolation.

Bien que les faits d'insolation soient loin d'être rares, même dans nos climats tempérés, ils n'ont été généralement l'objet que d'un très-petit nombre d'études spéciales en France, et à peine sont-ils mentionnés dans les traités généraux de pathologie ou dans les livres de clinique, tandis que en Angleterre, en Amérique, en Allemagne et en Italie ils ont donné lieu à de nombreux travaux. Sans rechercher quels peuvent être les motifs de cette apparente indifférence pour des phénomènes morbides qui sont loin d'être sans gravité, puisque souvent mort s'ensuit, ni sans intérêt au double point de vue étiologique, pathogénique et symptomatique, puisqu'il s'agit de l'action de l'une des causes naturelles les plus universelles et les plus inéluctables, nous nous bornerons à la constater pour le moment, en signalant, toutefois, une louable exception. C'est, en effet, sur une étude clinique extrêmement intéressante sur l'insolation et les coups de soleil, que nous voulons appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs.

Disons d'abord quelles sont les circonstances qui ont donné lieu à cette étude. Le 1er juillet dernier avait lieu, au champ de courses de Longchamps et dans les environs, une grande revue des troupes de Paris. Quarante mille hommes avaient été réunis sur ce point, après une marche plus ou moins longue au soleil. Une foule de curieux, que l'on a pu évaluer à cent cinquante mille personnes, assistait à cette solennité militaire. Personne n'a oublié que cette journée-là a été magnifique et qu'il faisait une chaleur excessive.

Le lendemain, dans un seul des services du Val-de-Grâce, celui de M. Lacassagne, entraient dix-sept hommes frappés à divers degrés d'insolation, et les jours suivants, un grand nombre de médecins militaires qui assistaient a la revue, transmettaient à leur collègue des relations nombreuses de faits semblables. C'est avec ce groupe de faits que M. Lacassagne s'est livré à une étude nouvelle des effets et des caractères de l'insolation, dont il a communiqué les résultats, dans un mémoire, à la Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance de juillet, mémoire auquel nous empruntons les quelques faits intéressants qui suivent :

M. Lacassagne a été conduit, par cette étude, à distinguer, d'après leur gravité, les coups de soleil au premier, au deuxième et au troisième degré.

PREMIER DEGRÉ. — Les dix-sept soldats entrés dans son service, dans la soirée du 1er juillet, tous jeunes, robustes et bien constitués, ayant au plus trois ans de service, ont tous présenté le premier degré, mais avec des formes différentes qu'il a réunies sous les trois groupes suivants :

1° *Forme asphyxique* (quatre cas). — Dans cette forme il y a d'abord lassitude, faiblesse dans les membres inférieurs, puis douleurs dans la poitrine: la respiration devient difficile, il y a de la dyspnée, l'homme ne peut plus se tenir debout, il sent qu'il étouffe, la syncope survient, de l'écume se montre à la bouche, la face est congestionnée, les vaisseaux cutanés turgescents; il y a comme un commencement d'asphyxie.

2° *Forme syncopale* (dix cas). — Dans cette forme qui a été la plus fréquente, l'individu tombe à terre tout à coup, et parfois même au milieu d'une conversation. L'un d'eux est relevé, il reprend sa place dans le rang, puis retombe une seconde fois. Il y a alors douleur à la poitrine, mais pas de toux, pas d'expectoration, peu de dyspnée, l'homme est très-pâle et il y a un grand abattement.

3° *Forme mixte* (trois cas). — Il y a lassitude, douleurs de tête; l'homme a soif d'air, la bouche est sèche, par moments, il croit qu'il va avoir une faiblesse. L'équipement devient de plus en plus embarrassant, le sac paraît très-lourd. Il y a de l'oppression. Ces trois malades ont parfaitement décrit cet état vague et indéfinissable de la syncope menaçante. Conduits à l'ambulance et débarrassés de leur équipement et de leurs vêtements, le mieux se produit.

Dans tous les cas, quand les malades peuvent goûter un peu de sommeil, celui-ci est très-réparateur. Chez quatre malades, il y a eu une douleur épigastrique assez vive, tous ont eu besoin d'uriner. La température du corps n'a pas été prise.

Voici les suites qui ont été constatées : le lendemain, les malades vont bien, ils ont dormi et se sentaient disposés à manger. Chez trois les pupilles sont dilatées, chez deux elles sont inégales, chez les autres elles sont normales. Mais tous ces hommes ont présenté le symptôme constipation.

DEUXIÈME DEGRÉ. — M. Lacassagne n'a eu à consigner dans son travail que deux cas du deuxième degré, l'un sur un médecin stagiaire du Val-de-Grâce, dont l'observation a été rédigée en partie par lui-même, et en partie par M. le docteur Lagarde, médecin de l'hôpital Saint-Martin, qui lui a donné les

premiers soins, l'autre sur un élève de l'École polytechnique soigné par ce même médecin. Dans ces deux cas, l'action du soleil a surtout porté sur l'encéphale et ces deux observations ont montré l'extrême gravité des accidents du coup de soleil au deuxième degré, lorsqu'ils frappent sur des organismes qui présentent une grande susceptibilité nerveuse. Chez l'un d'eux, le stagiaire M. le docteur P..., on a constaté une fièvre assez vive, avec constipation opiniâtre pendant quelques jours.

Troisième degré. — Dans le coup de soleil au troisième degré, les symptômes ont pris de suite une très-grande gravité et la mort s'en est suivie très-promptement dans deux cas.

Ces faits graves du troisième degré ont été relevés par M. le docteur Roques, médecin-major de la gendarmerie mobile de Versailles, sur des hommes de ce corps d'élite.

Pendant la marche de ce corps, entre le pont de Saint-Cloud et la grille, M. Roques avait déjà donné des soins à deux hommes suffoquant, qui furent obligés de quitter les rangs, éprouvant une grande peine à respirer et titubant, sans qu'aucun de ces symptômes pût être attribué à l'ingestion de boissons alcooliques. Pendant que la légion attendait au repos le commencement de la revue, huit ou dix gendarmes ont éprouvé des syncopes asphyxiques, avec perte plus ou moins complète de connaissance; ils étaient pâles, les lèvres cyanosées, leur corps était couvert d'une sueur froide. Au retour, en face du pont de Suresnes, de nouveaux cas d'insolation se produisirent. Les hommes atteints présentaient d'abord une anxiété respiratoire considérable, le faciès décoloré, les lèvres cyanosées, la démarche incertaine, une grande prostration. L'accablement et la faiblesse augmentaient de plus en plus, et après des efforts soutenus, ces hommes, pleins d'ardeur et d'amour-propre, étaient tout à coup pris d'une syncope qui déterminait une chute brusque. Il y avait alors une insensibilité et une résolution musculaire générale, le collapsus était complet.

A partir du moment où la légion a été engagée dans le parc de Saint-Cloud, à l'ombre par conséquent, les accidents les plus graves se sont produits. La colonne marchait sans précipitation et les gendarmes les plus vigoureux commençaient à s'égrener sur les rebords des fossés... Enfin, arrivés sur le plateau ensoleillé, là M. Roques trouva couchés par groupes des gendarmes et des sous-officiers. L'un d'eux, le brigadier R..., était livide, froid, sans pouls. Sous l'influence de quelques soins, la respiration se rétablit bientôt. R... put parler et essaya de se lever, mais il bégayait et son œil hagard fit soupçonner que le poumon n'était pas seul pris par la congestion. Des frictions, le massage, des applications de glace sur le front, quelques gouttes d'éther et d'eau des Carmes parurent le ranimer un instant.

Réclamé auprès de plusieurs groupes d'autres malades, M. Roques fut amené auprès de quatre sous-officiers gravement atteints. Un maréchal des logis, L..., avait des convulsions épileptiformes. Un gendarme était couché sans connaissance dans un massif ombreux. Pendant qu'il lui donnait des soins, qui le ranimèrent assez promptement, on vint informer M. Roques que le brigadier R... était encore retombé. En revenant en arrière, pour aller à sa recherche, notre confrère rassembla en groupe six hommes incapables de mouvement et les fit mettre en voiture. Là il trouva un autre maréchal des logis, S..., qu'il avait déjà vu quelques instants auparavant sans connaissance, mais qui s'était relevé presque aussitôt, dans un état des plus alarmants : la face blême, le regard fixe, anxieux, sans pouls, la peau froide et visqueuse, balbutiant avec le regard d'un aliéné dans la période qui précède l'agitation. Quant au brigadier R..., il n'avait pas repris connaissance, il était sans pouls et presque sans vie lorsqu'on le plaça sur la voiture, il rendit le dernier soupir entre Ville-d'Avray et Viroflay. Les six autres malades étaient accablés, mais hors de danger, sauf le maréchal des logis L... et un gendarme, qui s'assoupissait ou criait alternativement. A leur arrivée à l'hôpital de Versailles, vers huit heures et demie, le maréchal des logis S..., au moment où les infirmiers montaient dans la voiture pour le transporter, fut pris d'un état convulsif violent. Une heure après, il succombait malgré les soins les plus empressés.

L'autopsie de ces deux militaires fit constater ce que M. Roques avait annoncé : chez R..., une congestion pulmonaire des plus intenses et une congestion des méninges étendue avec foyers apoplectiques dans le tissu cérébral; chez S..., des lésions semblables, congestion pulmonaire et congestion encéphalique, avec foyers apoplectiques disséminés, ecchymoses sous la pie-mère et pointillé plus accentué.

Les autres malades laissés à l'hôpital ont tous guéri.

Il faudrait tirer de ces faits les enseignements qu'ils renferment. C'est ce que nous ferons, avec M. Lacassagne, dans la prochaine Revue.

Tarsalgie professionnelle des adolescents chez un boulonneur.

Le valgus douloureux accidentel, accompagné de contracture musculaire, que M. le professeur Gosselin a démontré avoir son point de départ dans une ostéo-arthrite sèche tibio-tarsienne, et qu'il a désigné sous le nom de *tarsalgie des adolescents*, parce qu'il se développe de préférence à cette période de la vie où les os achèvent rapidement leur élongation, a une étiologie *professionnelle* encore assez peu connue. Voici un fait que nous communique sur ce sujet M. le docteur Anatole Manouvriez (de Valenciennes), et qui tend à éclairer ce point d'étiologie. Nous le transmettons à nos lecteurs avec les appréciations et les réflexions judicieuses de notre confrère, à qui nous laissons entièrement la parole.

« M. Gosselin assigne pour causes quelquefois à la tarsalgie le rhumatisme, plus souvent une entorse, et plus fréquemment la fatigue provenant de marches trop longues et habituelles, d'une station verticale prolongée, d'exercices fatigants, comme ceux auxquels se livrent les *frotteurs de parquets*. Nous avons observé, en 1868, à sa clinique de la Charité, un *garçon de café* qui était venu s'y faire soigner pour une tarsalgie au troisième degré, contractée dans l'exercice de son pénible service de salle. Dans l'une et l'autre de ces professions, le maintien insuffisant du pied par la chaussure, chaussons de lisière du frotteur ou petits souliers découverts du garçon de salle, doit intervenir, pour une certaine part, dans le développement de l'affection; mais, fait plus important, le valgus douloureux acquis affecte plus souvent le pied gauche que le droit, probablement parce que c'est surtout sur le pied gauche que repose tout le poids du corps, quand le garçon de café se campe en observation prêt à s'élancer de la jambe droite, ou lorsque le frotteur prend un point d'appui pour cirer avec le pied droit.

Chez un *boulonneur*, âgé de vingt et un ans, nous avons vu la tarsalgie siéger aussi au pied gauche qui supporte continuellement tout le corps, pendant que la plante du pied droit frappe parfois fortement et à plusieurs reprises sur la mailloche, pour faire sortir hors de la matrice le boulon de fer dont la tête vient d'être formée ar aplatissement.

Il y avait quatre mois que cet ouvrier, ancien porteur de sacs dans une sucrerie, travaillait ainsi à la fabrication des boulons, lorsqu'il fut atteint d'une arthrite des genoux (douleur, rougeur et gonflement) qui le retint alité pendant deux mois, et dont il restait encore un peu d'hydarthrose quand nous le vîmes dix mois après.

Ayant repris son travail de boulonneur, sans cependant être complétement guéri, il le continua pendant trois mois; mais, dans les quinze derniers jours, l'articulation tibio-tarsienne gauche était à son tour prise d'arthrite douloureuse avec rougeur et gonflement, à ce point que la marche n'était plus possible qu'à l'aide d'un bâton. Traitement par les douches. Dans la convalescence, quand le gonflement eut diminué, le pied commença à se renverser en dehors; les inégalités du sol occasionnaient alors des douleurs à la partie antéro-externe de l'articulation.

Lorsque nous avons observé le sujet pour la première fois, à la fin d'août 1875, l'arthrite tibio-tarsienne datait de cinq mois, et il y avait déjà deux mois que le pied se renversait en dehors. Le malade pouvait le remettre en place en le tirant fortement; et ce redressement, qu'il pratiquait chaque soir, s'accompagnait d'un craquement articulaire douloureux. Au moment de l'apparition du valgus à gauche, il existait aussi dans le talon droit une douleur qui, depuis lors, a disparu. Les pieds sont, il est vrai, plats de naissance; la musculature est forte. Nous avons conseillé la compression de l'articulation par une bande de flanelle.

Un mois après, l'état est le même. Pour peu que le malade marche sur un sol inégal, sur des cailloux, par exemple, le pied se déjette en valgus, et les douleurs, qui se font sentir le long des péroniers latéraux, occasionnent la claudication et rendent bientôt la marche impossible. On peut alors constater une saillie des tendons des péroniers latéraux contracturés.

Le 15 octobre, ce jeune homme, qui chômait depuis près de sept mois, retourne travailler comme porteur de sacs dans une sucrerie et y reste jusqu'à la fin de l'année. Le retour de la fabrique sur les pavés irréguliers de la ville lui était particulièrement désagréable.

Le 10 janvier 1876, ne pouvant plus continuer son travail, il revient nous consulter. Le talon gauche est douloureux à la pression. La déformation en valgus se produit facilement par la marche; les mouvements du pied dans les divers sens sont alors limités, surtout ceux de latéralité; il survient même par moments, dans le mollet, des crampes extrêmement pénibles de quelques minutes de durée. La boiterie, devenue permanente, entraîne l'incapacité de travail, la démarche est la même que dans l'entorse. L'affection reste toujours au premier degré, c'est-à-dire que la réduction du pied continue à être possible, mais parfois non sans peine. On trouve les malléoles et les os du tarse manifestement hypertrophiés, contrastant avec une atrophie commençante des muscles de la jambe.

Le malade entre le lendemain à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, dans le service du docteur P. J. Manouvriez, d'où il sort très-amélioré après dix-sept jours de repos, et d'un traitement qui a consisté en badigeonnages avec la teinture d'iode, bains sulfureux, maintien et compression de l'articulation avec un bandage de flanelle.

Nous savons que, depuis lors, ce jeune homme a été employé pendant huit mois comme garçon, dans un établissement ambulant de pommes de terre frites; il boitait, mais travaillait bien. Subitement repris de douleur et de gonflement dans l'articulation du cou-de-pied gauche, le 23 mai 1877, il fut obligé d'entrer dans l'hôpital voisin, où il était encore convalescent à la fin de septembre.

Dans ce cas, l'ostéo-arthrite, évidemment primitive, a précédé de longtemps tout autre symptôme musculaire ou nerveux, affirmant ainsi l'origine articulaire de la maladie.

Nous avons vu que ce jeune homme avait des pieds plats congénitaux. Cette conformation vicieuse a été considérée par M. J. Guérin comme le point de départ de la douleur et de la difformité, parce qu'elle soumettrait certaines parties du tarse à des pressions plus fortes que celles de l'état normal. Il est probable que ce clinicien, qui a, le premier, en 1848, décrit cette singulière affection sous le nom de valgus pied-plat douloureux, est tombé sur une première série exceptionnelle de cas semblables au nôtre; car dix-sept des vingt sujets observés par M. Gosselin jusqu'en fin 1865, avaient le creux plantaire normal, et chez le garçon de café auquel nous avons fait allusion plus haut, le pied n'était pas franchement plat. La platitude du pied ne peut donc être invoquée comme point de départ exclusif de l'affection, bien qu'on ne puisse nier que, quand elle existe, elle doive singulièrement en faciliter la production.

L'influence professionnelle, au contraire, venant s'ajouter à celle de l'adolescence, nous paraît nécessaire, et en tout cas, prépondérante. »

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Des phénomènes cardiaques dans l'ictère (1).

(Leçon recueillie par le docteur Audibert.)

Il y a des troubles circulatoires d'une autre origine qui peuvent entraver et masquer les phénomènes circulatoires auxquels conduit l'ictère. Un certain nombre d'ictériques sont alcoolisés; plusieurs même sont ictériques par le fait d'un alcoolisme aigu. L'artérite qui naît de l'alcoolisme, l'hypertrophie du cœur que provoque cette artérite lorsqu'elle est généralisée ou occupe l'aorte, peuvent modifier les signes cardiaques et les tracés sphygmographiques de l'ictère. C'est ce qui nous est arrivé notamment chez notre malade du n° 9 de la salle Ducros, qui nous a offert une impulsion cardiaque exagérée, avec bruit de la base assez rude au premier temps.

En même temps que les phénomènes cardiaques, nous avons encore constaté chez nos ictériques, ou du moins chez la plupart d'entre eux, une anémie avec altération du sang caractérisée par des bruits vasculaires et par les résultats que donne le microscope. Notre chef de clinique, le docteur Garcin, a en effet trouvé les globules déformés et légèrement mamelonnés.

Quant aux phénomènes nerveux qu'on peut observer aussi dans l'ictère, ils ne sont pas nécessairement liés aux phénomènes cardiaques.

La myocardite des ictériques ne m'a pas paru avoir des conséquences graves. Ce n'est pas à elle qu'il faut attribuer le ralentissement de la circulation, qui ne l'accompagne pas toujours, qui peut se manifester sans elle et qui paraît provenir d'une stase dans les capillaires. Elle ne m'a paru agir ni sur l'abaissement, ni sur l'élévation de la température. L'anémie, l'aglobulie, que nous avons souvent observées dans l'ictère, se développent très-bien en dehors de son concours. La congestion pulmonaire, que nous avons constatée une fois en même temps qu'elle, chez le n° 29 de la salle Aillaud, prove-

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 octobre.

nait-elle de l'atonie cardiaque ou de la stase capillaire? C'est ce que nous n'oserions décider. Toujours est-il que les autres phénomènes circulatoires qui l'accompagnent ordinairement peuvent aussi, pour la plupart, se produire sans elle. A mes yeux, dans l'ictère, l'altération du sang et la stase capillaire occupent le premier rang parmi les troubles circulatoires: les phénomènes cardiaques apparaissent au second rang. Il y a là une affection qui atteint d'abord le sang qu'elle altère et la circulation capillaire qu'elle ralentit, qui porte ensuite sur le cœur dont elle altère les parois et, par suite, le fonctionnement.

II.

Pour bien apprécier la nature de ces phénomènes cardiaques et pour arriver à les combattre d'une manière efficace et rationnelle, il convient de rechercher comment ils se produisent.

A. Une première question se présente ici : peut-on, comme dans les pyrexies et d'autres maladies aiguës, accuser la chaleur fébrile d'avoir produit la myocardite, ou bien faut-il incriminer la lésion du foie?

Ce n'est pas l'intensité du mouvement pyrétique, *ce n'est pas la chaleur fébrile qui, dans l'ictère, produit la myocardite.* La température, notée six fois, dernièrement, dans le service, par le docteur Garcin, est restée normale dans trois cas; dans les trois autres, il y avait un petit mouvement fébrile rémittent, la moyenne de l'exacerbation du soir était de 38°,4; le chiffre le plus élevé que nous ayons obtenu est 39°,2. Il est donc impossible d'incriminer la chaleur fébrile.

C'est la lésion hépatique qui, dans l'ictère, produit la myocardite. Telle est l'opinion à laquelle on est conduit après avoir été obligé d'exclure l'action pathogénique de la température. Mais ici, tout de suite, une objection se dresse devant nous.

D'aucuns pourront nous dire : puisque les phénomènes cardiaques se montrent parfois dans l'ictère appelé simple ou catarrhal, les troubles cardiaques peuvent se manifester dans l'ictère, sans qu'il y ait altération du foie. Telle est l'objection; elle puise toute sa force dans une erreur classique. Nous admettons bien que la myocardite peut se développer dans l'ictère dit catarrhal; mais l'ictère dit catarrhal n'est pas ce que l'on suppose. Il est produit par une lésion hépatique qui, à l'intensité près, est celle de l'ictère grave. C'est une inflammation parenchymateuse qui débute par un mouvement fluxionnaire auquel souvent elle s'arrête, et peut finir par une légère atrophie.

Cette assimilation est basée sur l'étiologie : une même cause, l'alcoolisme aigu, produit souvent l'un et l'autre ictère; une même épidémie peut les développer simultanément.

Elle est basée sur l'existence des cas intermédiaires, de ces cas *semi-graves* que nous observons souvent depuis plusieurs années et qui établissent une transition insensible entre les deux catégories d'ictères.

Elle est aussi basée sur l'exploration physique du foie. Dans les cas légers d'ictère prétendu catarrhal, vous constatez, le plus souvent, une augmentation de volume appréciable à la percussion et à la palpation. Dans les cas moyens, à cette augmentation momentanée de volume succède une légère diminution. Dans les cas graves, à une augmentation très-courte succède une atrophie considérable.

Elle est encore basée sur l'examen des symptômes; je ne dirai pas de tous, mais de certains d'entre eux qui sont, à mes yeux, les plus importants. En effet, dans l'ictère grave, deux faits, au point de vue de la physiologie pathologique, doivent nous frapper ; le foie est troublé dans ses deux principales fonctions, dans le concours qu'il fournit au mouvement nutritif de l'organisme, c'est à-dire dans son rôle de nutrition et dans le travail auquel il se livre pour expulser de l'organisme les déchets dont l'accumulation deviendrait nuisible, c'est-à-dire dans son rôle d'élimination. *La suspension fonctionnelle du foie doit donc entraîner deux ordres de phénomènes morbides : d'un côté, une altération dans le mouvement nutritif; d'autre part, une intoxication par arrêt dans le mouvement éliminateur.* Ces troubles de nutrition s'accusent dans l'ictère grave par l'amaigrissement général et par la diminution d'urée dans les urines. Or, précisément dans l'ictère dit catarrhal, je vous ai fait, à maintes reprises, constater un amaigrissement notable et parfois rapide, qui s'accusait surtout par la saillie des côtes, plus prononcée de jour en jour, et, sur notre demande, notre zélé chef de clinique, le docteur Garcin, s'est livré à des recherches qui démontrent des variations et une diminution considérable de l'urée, dont la quantité excrétée est descendue un moment à 1g,03 chez notre nº 9 de la salle Ducros et à 50 centigrammes chez le nº 25 de la salle Aillaud. Quant à l'intoxication, elle s'accuse dans l'ictère grave par des désordres de la circulation qui tiennent sous leur dépendance les autres phénomènes morbides et, en particulier, ceux qui ont pour siége le système nerveux; parmi ces désordres circulatoires, le plus saillant est l'hémorrhagie. L'hémorrhagie s'accuse dans l'ictère simple par ce petit pointillé pétéchial qu'on observe presque toujours quand on le recherche, surtout à la partie antérieure du tronc, et qui, à mes yeux, a une grande importance parce qu'il porte le cachet du mal. Nous avons constaté aussi des hémorrhagies par les muqueuses, notamment des épistaxis, mais elles sont plus rares.

Vous voyez donc qu'entre l'ictère simple ou catarrhal et l'ictère grave, il y a beaucoup moins une différence de nature qu'une différence de degré ; l'ictère dit catarrhal provient non pas d'un bouchon qui obstrue les voies biliaires, mais d'une lésion du parenchyme hépatique lui-même, et c'est cette lésion qui est la cause première des troubles cardiaques de l'ictère.

B. Mais par quel processus l'altération hépatique produit-elle la myocardite?

Étant admis que les phénomènes cardiaques ont leur origine première dans la lésion hépatique, et sachant que cette lésion peut intervenir ou par un trouble de nutrition ou par un trouble d'excrétion, nous avons à rechercher quel est celui de ces deux processus qui aboutit aux phénomènes cardiaques.

La réponse à cette question n'est pas difficile. Elle repose sur l'examen de ce qui se passe dans d'autres affections hépatiques. J'ai recherché des troubles cardiaques dans des cas de cancer du foie et surtout dans des cas de cirrhose qui avaient produit un trouble profond de la nutrition, un amaigrissement extrême, et je n'en ai pas trouvé. Ces phénomènes cardiaques résultent donc, non pas d'une perturbation nutritive, mais d'une intoxication, puisqu'ils sont consécutifs, non pas aux affections hépatiques qui produisent la cachexie, mais à celles qui déterminent une accumulation rapide des éléments biliaires dans l'organisme. Ce résultat ne doit pas nous étonner, les expériences d'Eckardt ayant démontré l'action de la bile sur le système musculaire et celles de Schiff ayant prouvé que cette excitation se fait sentir davantage sur les muscles de la vie végétative que sur ceux de la vie animale.

C. Quel est donc l'élément de la bile qui joue le rôle toxique? C'est la dernière question de pathologie que nous ayons à examiner.

Ce ne sont pas les matières colorantes, ce n'est pas non plus la cholestérine ; l'expérimentation physiologique, l'observation clinique le prouvent. L'expérimentation physiologique : les expériences de Feltz et Ritter ont démontré que l'injection des substances colorantes de la bile et celle d'une solution éthérée de cholestérine sont à peu près sans effet sur l'organisme. L'observation clinique : les faits que nous avons eus sous les yeux étaient bien de nature à nous convaincre que les phénomènes cardiaques ne sont nullement proportionnés à l'intensité de la coloration ictérique. J'irai même plus loin : l'observation clinique tend à nous faire croire que cette sorte d'hépatite légère, dont l'ictère est le symptôme le plus saillant, peut produire des phénomènes cardiaques sans être accompagnée d'ictère.

Au nº 4 de la salle Ducros, nous arrivait récemment un homme en proie à une gastro-entéralgie violente; il s'agissait d'un urticaire de la muqueuse gastro-intestinale qui fut bientôt suivi d'un urticaire intense et généralisé de la peau. Nous voulûmes savoir si cet urticaire n'avait pas une origine hépatique; nous examinâmes avec attention la conjonctive et la voûte palatine; la coloration ictérique y était plus que douteuse; nous étudiâmes alors le système circulatoire. Il y avait du côté du cœur les signes habituels de la myocardite : d'abord diminution du premier bruit normal à la pointe et caractère plus éclatant du second bruit immédiatement en dessus du mamelon ; ensuite bruit anormal au premier temps et à la pointe, abaissement de la pointe, ralentissement du pouls, tracé sphygmographique indiquant la faiblesse de la contraction cardiaque. La raie méningitique trahissait la paresse de la circulation capillaire. L'urée, descendue à 12 grammes, annonçait une diminution dans le fonctionnement du foie. Exploré avec soin, le foie ne présentait pas de changement appréciable dans son volume, mais son rebord inférieur était douloureux à la pression. En résumé, dans ce cas d'urticaire, nous rencontrions l'ensemble des symptômes d'hépatite que nous trouvons d'habitude dans l'ictère, sauf l'ictère lui-même.

Les faits de cette nature apportent avec eux un double enseignement. Ils nous montrent d'abord qu'il existe un certain nombre d'affections hépatiques, fluxions, inflammations légères, qui passent inaperçues si on n'a recours à deux modes d'investigation : exploration des voies circulatoires, recherche de l'urée. Entre autres états morbides, certains embarras gastriques sont dans ce cas : le foie y est touché, car l'urée diminue, et cette donnée peut être utilisée pour le diagnostic. Nous avions récemment dans le service deux affections qui se ressemblent beaucoup et qu'un certain nombre de cliniciens confondent, un embarras gastrique et une fébricule typhoïde ; l'analyse de l'urine, pratiquée le même jour par le docteur Garcin, a donné 1 gramme seulement pour l'embarras gastrique et 27 grammes pour la fébricule typhoïde. Mais ce que de pareils faits démontrent encore, et ce qui nous intéresse plus particulièrement pour le moment, c'est que l'accumulation des matières colorantes de la bile dans l'organisme n'influe pas sur les phénomènes cardiaques qui accompagnent l'ictère.

Les agents toxiques sont ici les acides et les sels biliaires, c'est un fait général que l'empoisonnement par les acides détermine une dégénérescence granulo-graisseuse des viscères, et c'est une dégénérescence granulo-graisseuse du cœur qui se produit dans les myocardites. Mais voici qui devient plus précis. Les expériences de Grollemund ont démontré, dès 1869, que les acides biliaires agissent directement sur le sang où ils provoquent surtout des hémorrhagies, et indirectement, par le sang, sur le système nerveux où ils provoquent surtout des convulsions; leurs effets sont analogues à ceux de l'ictère grave. Serrant de plus près la solution du problème, Feltz et Ritter ont prouvé que les acides et les sels biliaires agissent sur le sang et par son intermédiaire sur le système musculaire. D'où nous pouvons conclure que cette action doit se faire sentir surtout sur le muscle moteur du sang, sur le cœur.

III.

Ces considérations de physiologie pathologique ne sont pas inutiles, elles ont leurs conséquences pratiques ; elles nous conduisent à un traitement rationnel des phénomènes cardiaques de l'ictère.

Ce traitement comprend trois indications d'inégale importance :

1º Il faut combattre le symptôme, c'est-à-dire soutenir le cœur affaibli par l'inflammation et qui tend à la dégénérescence. Des doses modérées de quinquina, d'alcool et de café obtiendront ce résultat.

2º Il faut, et ceci devient plus utile, neutraliser les principes qui produisent l'intoxication; il faut réduire à l'impuissance les acides biliaires; or, ceux-ci doivent être chassés de leurs combinaisons par les acides minéraux qui ont plus d'énergie; ce qui nous conduit à l'emploi méthodique et rationnel de la limonade sulfurique et nous explique les bons résultats obtenus par nous de cette médication à laquelle nous avions eu recours d'abord d'une manière empirique, en nous rappelant le vieil aphorisme : *acidum domitor bilis*. L'acide sulfurique, mis en présence des sels biliaires forme du sulfate de soude, et les acides biliaires, une fois libres, se décomposent rapidement dans l'organisme.

3º Il faut attaquer la lésion hépatique, point de départ de cet ensemble morbide, et pour ce traitement, c'est une question de périodes. Au début, pendant la congestion, les ventouses sur la région hépatique, remède indiqué surtout lorsque l'on constate une augmentation de volume du foie. Ensuite, pendant la période d'état, les mercuriaux, soit les frictions hydrargyriques belladonées, soit encore, et de préférence, le calomel associé ou non à la rhubarbe, suivant la méthode qui a paru plusieurs fois nous donner d'heureux résultats. Enfin, lorsque s'accuse la période atrophique, c'est au phosphore que nous avons recours; quelques gouttes d'éther phosphoré nous ont paru avoir une action tout à fait opposée à celle de l'intoxication phosphorée. Le phosphore, à dose thérapeutique, est le plus puissant de tous les toniques ; il arrête les organes sur la pente de la dégénérescence granulo-graisseuse.

C'est ainsi que, malgré la lenteur de ses progrès et le petit nombre de ses conquêtes sur le terrain pratique, on peut espérer voir la science remplacer peu à peu l'empirisme dans le domaine médical.

ÉTUDE

SUR LA NÉVRITE OPTIQUE DANS LA MÉNINGITE AIGUE DE L'ENFANCE (1)

Par M. le docteur H. Parinaud
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — La névrite optique, dans la méningite aiguë de l'enfance, a tous les caractères cliniques et anatomiques de la névrite

(1) In-8º, Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

étranglée, telle qu'on l'observe dans les différentes conditions où la pression intra-crânienne est augmentée. — Elle n'est pas le résultat des altérations inflammatoires qui peuvent intéresser les nerfs optiques dans leur parcours intra-crânien, mais de l'hydrocéphalie, qui est une complication fréquente de la méningite aiguë, et qui accompagne toujours la névrite. — L'œdème du nerf optique, qui caractérise l'altération improprement désignée sous le nom de névrite, nous paraît être de même nature que l'œdème cérébral qu'on observe dans les mêmes conditions, et produit par une gêne de la circulation lymphatique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que des documents imprimés, journaux et publications périodiques.

COMMUNICATIONS

M. Guéniot lit, au nom de M. Lizet, une observation de présentation de l'épaule avec procidence du bras, la version étant considérée comme impossible, et ayant nécessité l'éviscération.

Une femme de vingt-huit ans est prise de douleurs le 8 janvier ; le lendemain, rupture de la poche des eaux; un médecin fait, sans résultat, une tentative de version. Quatre jours plus tard, M. Lizet est mandé. Il trouve le bassin normal, procidence du bras et de l'épaule; la tête est à gauche et le dos en avant; la matrice, rétractée, se moule sur l'enfant. Devant l'impossibilité de la version, M. Lizet se décide à tenter l'éviscération. Il la pratique de la manière suivante : il remonte le long du bras jusqu'à l'aisselle, ouvre le thorax avec des ciseaux, élargit l'ouverture et extrait les poumons et le cœur. Il exerce ensuite des tractions sur le fœtus plié en deux. Ses efforts restant infructueux, il sectionne les côtes, enlève la moitié du thorax avec le muscle correspondant. La délivrance se fit très-facilement; pas d'hémorrhagie consécutive. Après différents accidents, survenus dans le cours du traitement, la malade guérit.

L'auteur se demande, en finissant, s'il n'était pas possible de pratiquer la détroncation de préférence à l'éviscération. A ce propos, il passe en revue les divers procédés signalés par les auteurs : le procédé par la ficelle de M. Pajot, les forceps-scies, les divers crochets. Dans tous ces cas, remarque-t-il, il est nécessaire de protéger les organes de la femme contre l'instrument. Or, dans son cas, le fœtus était si bas que cette condition eût été impossible à remplir. C'est ce qui l'a décidé à agir comme il l'a fait. Il en conclut que, dans certains cas, l'éviscération partielle doit être préférée a la détroncation, cette manœuvre rendant plus facile l'extraction du fœtus *corpore cum duplicato*, alors qu'il ne reste plus qu'un seul segment du thorax. (Ce mémoire est renvoyé au comité de publication).

M. Guéniot ne paraît pas aussi convaincu que la version ait été impossible dans l'observation qui précède. Pour lui, quelle que soit la rétraction de l'utérus, la main peut toujours y pénétrer, quoique parfois avec danger. A ce sujet, il rappelle un cas récent de M. Depaul, dans lequel l'éviscération n'ayant pas abouti au résultat espéré, il fallut recourir à la version, la colonne vertébrale s'étant brisée sous les efforts de traction et la manœuvre d'extraction *corpore cum duplicato* étant, par cela même, devenue impossible.

M. Desprès fait une communication sur les abcès des os. Elle se rapporte à une communication analogue faite par M. Duplay. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui, à l'âge de dix-sept ans, se fit une fracture de la jambe gauche et fut traité à la campagne. Il reprit ses travaux trop rapidement, le tibia resta volumineux. Deux ans plus tard, un abcès sous-périostique se fit jour à l'extrémité inférieure du membre, et resta longtemps fistuleux, sans jamais, toutefois, donner issue à un séquestre. L'abcès disparut, le malade reprit sa vie active. Depuis cinq mois, la partie moyenne de la jambe, à la face antérieure, est devenue le siége de douleurs assez violentes pour que le malade demande son entrée à l'hôpital.

La face antérieure du tibia, uniformément tuméfiée, est fusiforme. Elle présente seulement quelques irrégularités à la partie inférieure où était jadis la fistule. Douleurs vives précisables au point le plus renflé. Traitement par les pointes de feu répétées tous les trois jours. Le malade demanda à sortir, mais l'intensité des douleurs le ramena bientôt.

Les antécédents du malade, l'état actuel, l'intensité de la douleur font porter le diagnostic d'abcès intra-osseux. M. Desprès se décida à pratiquer, hier matin, le traitement employé par M. Duplay : trépanation qui le conduit dans le foyer d'un abcès du volume d'une noisette, renfermant une demi-cuillerée à café de pus. Les parois de l'abcès étaient tapissées par une membrane qui fut arrachée en partie, pour être examinée au microscope.

M. Desprès tient à faire ressortir l'intérêt de cette observation au sujet du développement des abcès osseux. Deux théories sont actuellement en présence. Pour les uns, il s'agit d'une nécrose centrale avec résorption lente des petits séquestres, dont le cloaque se transforme en foyer purulent. Pour les autres, il s'agirait d'une ostéite avec résorption des produits inflammatoires comme dans la carie.

Quant à lui, considérant que, chez ce malade en particulier, la fraction est survenue à l'époque du développement de l'os; que le gonflement était la conséquence de la persistance du cal provisoire; il admettrait que, un travail d'ostéite condensant s'étant effectué avec oblitération des canaux de Havers, un épanchement de sang s'est produit dans un de ces canaux dilatés, et que le foyer hématique a suppuré consécutivement. En effet, l'abcès se trouvait dans la portion de l'os qui avait été le siége de l'ostéite condensante.

En résumé, la pathogénie de ces abcès, suivant M. Desprès, consisterait en ostéite condensante, oblitération d'un canal de Havers, rétention de sang dans ce canal dilaté, et finalement suppuration du foyer hématique.

Dans le courant de cette exposition, M. Desprès a cité la thèse de M. Cruveilhier. A ce propos, M. Duplay fait remarquer que le travail cité ne relate que des cas d'abcès épiphysaires, tandis que l'observation de M. Duplay a trait à un travail diaphysaire. Il lui semble difficile d'admettre qu'un canal de Havers, élément microscopique, devienne le siége d'un épanchement de sang. Il laisse la responsabilité d'une telle théorie à celui qui la propose.

M. Desprès. Il est parfaitement vrai que la thèse de M. Cruveilhier a principalement trait aux abcès épiphysaires. Mais elle contient aussi des observations d'abcès diaphysaires. Quant à son malade, il s'agissait bien d'un abcès de la diaphyse, dont la paroi profonde était distante de 7 millimètres du canal médullaire et la paroi superficielle de 2 centimètres de la surface de l'os.

MM. Cruveilhier et Terrier entrent dans quelques explications au sujet de la distinction à faire dans le siége de ces abcès. Pour le dernier de ces orateurs, il croirait plutôt à un point d'ostéite suppurée qu'à un épanchement sanguin dans un canal de Havers.

M. Houel croit que l'on peut admettre trois siéges pour les abcès des os : 1° abcès épiphysaires ; 2° abcès médullaires; 3° abcès des tissus compactes et de la diaphyse. Mais ces derniers doivent en quelque sorte être considérés comme extra-osseux et compris entre l'ancienne lame de tissu compacte et une couche de tissu compacte de nouvelle formation.

M. Desprès fait remarquer que cette dernière interprétation ne peut s'appliquer à ce qu'il a vu, puisqu'une épaisseur d'os de 2 centimètres séparait le périoste de la cavité de l'abcès.

LECTURE

M. Guéniot lit une observation sur une variété peu connue d'engorgement du tissu cellulaire, présentant tous les caractères apparents des phlegmons diffus, et se terminant par résolution, sans qu'on ait pu trouver aucune fluctuation, ni trace de pus. Il a observé ce phénomène alternativement sur chaque grande lèvre d'une petite fille de dix jours, avec retentissement sur chacun des membres infé-

rieurs. Ceux-ci se couvrirent de plaques rouges disséminées, qui disparurent sur l'un et dégénérèrent sur l'autre en phlegmons diffus, quant aux caractères extérieurs. En réalité, l'autopsie ne révéla aucune trace de suppuration. Elle n'y fit découvrir que de la sérosité. Rien du côté du squelette, ni des ganglions.

M. Guéniot rapproche cette observation d'un cas analogue observé et signalé déjà par M. Le Dentu. La malade de ce dernier avait présenté des accidents absolument semblables, mais localisés aux mamelles et aux membres supérieurs. M. Le Dentu avait cru devoir mettre en cause les lymphatiques. L'autopsie faite par M. Guéniot l'éloigne de cette interprétation. Aussi croirait-il de préférence à une lésion du système vasculo-moteur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 octobre 1877, M. le docteur Casimir Dulmet, membre du Conseil d'hygiène de Brive, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'un des vétérans de la médecine française, M. le docteur Broca, père de M. Paul Broca, l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris, vient de s'éteindre à un âge très-avancé dans la localité où il avait longtemps pratiqué la médecine avec succès et honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre de l'année scolaire 1877-1878). — Consignations pour les examens. — Travaux de dissection. — Cartes d'étudiants. — 1° *Inscriptions.* Le registre pour les inscriptions du 4e trimestre de l'année 1877 (1er trimestre de l'année scolaire 1877-1878), sera ouvert du 16 octobre au 15 novembre inclusivement.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de 9 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir.

Passé ce délai, aucune inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant les cas, par M. le recteur de l'Académie de Paris, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens seront reçues à partir du 19 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures.

4° *Exercices de dissection.* — Les exercices de dissection commenceront à l'école pratique, le lundi 22 octobre.

MM. les étudiants qui doivent prendre part à ces exercices devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, à partir du 19 octobre, les vendredi et samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures et acquitter en même temps les droits réglementaires.

Chaque étudiant recevra, en outre de la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits, une carte spéciale d'admission à l'École pratique.

4° *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiant seront délivrées au secrétariat aux jours et heures indiqués pour les inscriptions.

MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes qui sont spéciales à l'année 1877-1878 et à déposer en même temps les cartes dont ils sont porteurs et qui s'appliquent à l'année dernière.

Étude clinique et expérimentale sur l'action de l'air comprimé et raréfié dans les maladies du poumon et du cœur, par le docteur Lambert. — Paris, 1877, gr. in-8° de 87 pages avec 8 planches. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Du cathétérisme œsophagien. Modifications des cathéters d'après les considérations anatomiques et physiologiques, par le docteur Chassagny. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 117. — MARDI 9 OCTOBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 9 OCTOBRE 1877. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE — Hôtel-Dieu. Lobe erratique du corps thyroïde. Compression de l'œsophage et de la trachée. — Royal College of Surgeons. Leçons sur le traitement des anévrysmes. — Du rôle et des indications des maladies de la peau. — Revue de la presse. — Bibliographie. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Lépine.

Lobe erratique du corps thyroïde. — Compression de l'œsophage et de la trachée.

Le malade qui va faire le sujet de cette leçon a eu la syphilis, il y a trente ans. Celle-ci, d'ailleurs, n'a donné lieu à aucune manifestation quelle qu'elle fût, et cet homme n'avait jamais fait de maladie jusqu'au mois de mai dernier, époque à laquelle il eut successivement une bronchite et un écoulement hémorrhoïdaire abondant. Enfin, il y a environ deux mois, après un excès de chant, il perdit brusquement la voix, puis, quelques jours plus tard, à cette aphonie subite vinrent se joindre de la dyspnée, de la dysphagie, en même temps qu'un gonflement assez prononcé de la région antérieure du cou, notamment à droite.

L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal du côté des poumons ou du cœur; la respiration s'entend bien, quoique un peu faible; les bruits cardiaques sont normaux, quoique un peu parcheminés; ce qui s'explique, d'ailleurs, par un léger état athéromateux de l'appareil circulatoire.

Mais ce qui frappe chez ce malade, c'est un bruit de cornage se produisant seulement à l'inspiration et ayant le caractère laryngé. Il s'explique, à l'examen du laryngoscope, par l'inertie complète de la corde vocale droite. Celle-ci, en effet, ne s'écarte plus de la ligne médiane sous l'influence du courant aérien chassé des poumons, alors qu'au contraire celle du côté gauche exécute des mouvements parfaitement normaux.

La déglutition a été très-gênée; elle l'est moins aujourd'hui. Cependant, si l'on introduit une sonde dans l'œsophage, on constate, au niveau de la fourchette du sternum, que ce conduit atteint à peine un centimètre de diamètre.

Disons, enfin, que, chez cet homme, la pupille est notablement rétrécie à droite et que son diamètre atteint à peine la moitié de celui du côté opposé. La face, de ce côté, n'est pas plus chaude qu'à gauche, mais la sécrétion de l'oreille y est nulle.

Si l'on cherche à déterminer à quelle affection l'on a affaire, on reconnaît tout d'abord, que l'on est en présence d'une tuméfaction notable du corps thyroïde. Cet organe se soulève peu, il est vrai, sous l'influence de la déglutition, il exécute cependant des mouvements d'ascension assez appréciables. A quoi est due cette augmentation de volume? Est-elle primitive ou secondaire? Beaucoup de causes, en effet, peuvent modifier le volume du corps thyroïde : les efforts respiratoires, les fluxions (ici la perte hémorrhoïdaire) suffisent très-bien pour expliquer la tuméfaction de cet organe.

Chez notre malade, il est une raison péremptoire qui permet de croire que l'hypertrophie du corps thyroïde n'est pas secondaire. C'est ce fait que si l'on introduit une sonde dans l'œsophage, on constate, dans le commencement de la portion thoracique de ce conduit, un peu au-dessus du plan horizontal qui passe par la fourchette du sternum, beaucoup plus bas, par conséquent, que la glande, un rétrécissement de 2 centimètres à peu près d'étendue et que l'on ne saurait, dans ces conditions, attribuer à la compression exercée sur le canal alimentaire par le corps thyroïde augmenté de volume.

Il en est de même pour la trachée. Si le goître comprimait ce conduit, et s'il était cause de ce bruit de cornage que l'on entend à l'inspiration, le tube aérien serait certainement dévié de sa direction rectiligne. Or, nous avons constaté qu'il était parfaitement situé sur la ligne médiane. De plus, s'il en était ainsi, le cornage ne se ferait pas entendre exclusivement à l'inspiration, ce qui, on le sait, est un caractère du cornage laryngé.

De ces faits donc que le cornage n'a lieu qu'à un seul temps de la respiration, qu'il a son maximum d'intensité plus bas que le point occupé par le corps thyroïde hypertrophié, là, où l'œsophage est lui-même rétréci, il est vraisemblable d'admettre que c'est la même cause de compression qui agit à la fois sur l'un et l'autre de ces conduits, mais que ce n'est pas le goître.

Dès lors, trois hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer ce phénomène : il s'agit, en effet, ou d'un anévrysme de l'aorte ou de ganglions hypertrophiés, ou d'un épithélioma de l'œsophage, qui comprimerait également la trachée.

Remarquons, en effet, que l'œsophage est très-voisin du nerf récurrent; qu'un épithélioma de l'œsophage qui aurait détruit la portion correspondante du filet nerveux, et qui comprimerait la trachée expliquerait, à la fois, et la paralysie de la glotte et le rétrécissement du conduit alimentaire et le cornage. Mais ce qui éloigne cette hypothèse, c'est que la

gêne de la déglutition n'est venue que secondairement et que, d'ailleurs, elle est aujourd'hui en partie disparue. D'autre part, on ne constate pas, au passage de la sonde, cette sensation de tissu ramolli qu'on devrait trouver s'il s'agissait d'un épithélioma.

Peut-on admettre, avec plus de raison, un anévrysme de l'aorte dont les signes échapperaient à l'investigation? On constate, en effet, en cherchant bien, un centre de battements extrêmement peu prononcé, mais ceux-ci s'expliquent très-bien en dehors de cette supposition, par l'état athéromateux de l'aorte et l'altération graisseuse du cœur. Enfin, dans ce cas, c'est plus souvent le nerf récurrent gauche qui est atteint de paralysie, et d'autre part, les deux artères radiales ne se soulèvent pas également sous l'influence de l'ondée sanguine, comme cela a lieu ici.

S'agit-il de ganglions hypertrophiés développés le long de la trachée, et comprimant à la fois l'œsophage et le conduit aérien. On sait, qu'en effet, dans certaines affections, les ganglions arrivent très-rapidement à un volume considérable : mais ces faits sont rares chez les individus de l'âge de notre malade. Dans ces cas, d'ailleurs, on trouve généralement, aux aines, des chaînes ganglionnaires bien apparentes qui n'existent pas ici; de plus le sang de cet homme, examiné au microscope, ne nous a pas paru contenir un nombre de globules blancs plus considérable qu'à l'état normal.

Reste une dernière hypothèse qui nous paraît, d'ailleurs, seule admissible. Celle d'un lobe erratique du corps thyroïde. En effet, quand on palpe avec soin le cou, on ne trouve pas la terminaison de la tumeur au-dessus ou au-dessous de la fourchette du sternum. Ici, il est probable que le goître se prolonge au delà des limites que le palper nous permet de lui assigner, et qu'il s'étend jusqu'au niveau de la bifurcation de la trachée, où a lieu sa compression. Cette hypothèse nous permet, dès lors, d'expliquer d'une façon suffisante et le cornage et le rétrécissement de l'œsophage en même temps que la paralysie de la corde vocale droite, par suite de la compression exercée sur le récurrent correspondant.

Maintenant, pourquoi ce rétrécissement permanent de la pupille et ce défaut de sécrétion de l'oreille, à droite? Pourquoi ces signes de destruction du sympathique, alors qu'il n'existe pas d'autres phénomènes de paralysie du côté de la face? Le fait n'est pas facile à élucider.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

ANÉVRYSME INGUINAL ET FÉMORAL.

I

L'anévrysme inguinal affecte soit le tronc de l'artère iliaque externe, immédiatement au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupart, ou l'une de ses deux grandes branches. L'anévrysme fémoral affecte soit la fémorale primitive (1), soit la fémorale superficielle, soit la fémorale profonde, ou l'une de leurs branches secondaires. Vous avez devant vous des spécimens des diverses formes d'anévrysmes de ces artères, mais je n'ai pu trouver, dans aucun de nos musées, d'anévrysmes des petites branches, qui sont fort rares.

J'ai déjà parlé, dans la première partie de ces leçons, de l'anévrysme de l'iliaque externe, mais je n'ai fait qu'effleurer le sujet, pour y revenir en ce moment, parce que beaucoup des anévrysmes qui affectent l'iliaque externe s'étendent jusque dans la cuisse. Ces anévrysmes ilio-fémoraux ne sont évidemment accessibles qu'aux moyens de traitement appliqués au-dessus du sac; la méthode périphérique, soit par la ligature, soit par la compression, a donné de si mauvais résultats qu'il semble superflu de s'y arrêter, si ce n'est dans des circonstances exceptionnelles. Quand, d'autre part, l'anévrysme est tout entier dans la cuisse, son traitement, par la compression, devient beaucoup plus simple, à cause de la situation superficielle de l'artère au niveau du pli de l'aine; et lorsqu'on a fait la ligature de l'artère, il peut se présenter différentes conditions qui dépendent des rapports des deux grandes collatérales de l'iliaque externe avec le sac, que je vais indiquer brièvement.

Ces anévrysmes iliaques, comme je l'ai précédemment établi, et comme le montrent les préparations qui sont sur la table, ne sont très-fréquemment qu'une dilatation tubulaire de tout le calibre du vaisseau, qui s'étend parfois à une distance considérable.

Dans ces dernières années, on a appliqué à ces affections de l'iliaque externe les mêmes méthodes de traitement qu'à celles de la fémorale primitive, c'est-à-dire la ligature d'après la méthode de Hunter ou d'Anel, la compression au-dessus de la tumeur et l'opération ancienne. Nous devons donc traiter en même temps de ces deux sortes d'anévrysmes, et cela est d'autant plus nécessaire qu'il est souvent difficile de dire si une tumeur anévrysmale de l'aine est ou n'est pas limitée à l'une de ces deux artères, c'est-à-dire si elle est entièrement située au-dessus ou au-dessous de l'origine de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque, ou bien si ces deux artères naissent directement du sac. Dans le premier cas, l'anévrysme serait purement iliaque ou fémoral, dans le second cas il serait ilio-fémoral.

Je vous ai montré, dans une précédente occasion, plusieurs spécimens caractéristiques d'anévrysmes de l'iliaque externe, et il y en a en ce moment plusieurs sur la table. Les deux qui nous appartiennent sont intéressants : le n° 1700 (du Musée Huntérien) montre un anévrysme cylindrique qui s'est formé à la face profonde de l'artère, et l'autre (n° 1699) une large tumeur globulaire entourant l'artère à une distance indéterminée, et tous deux montrent une altération des parois de l'artère s'étendant à une distance considérable au-dessus et au-dessous de la tumeur.

Quant à l'anévrysme de la fémorale primitive, notre Musée ne contient, que je sache, aucun spécimen utile à une démonstration, mais les trois que voici, du Musée de l'hôpital Saint-George, sont intéressants et caractéristiques. L'un d'eux, dans lequel M. Pollock lia l'iliaque externe, montre ce qui arrive fréquemment dans les anévrysmes de l'aine, pour lesquels on lie l'iliaque externe, à savoir, que l'opération n'est pas tant celle de Hunter que celle d'Anel. On se servit de fil d'argent pour la ligature dans ce cas. L'anévrysme était situé si exactement dans l'aine, qu'il était difficile de dire, avant l'opération, s'il siégeait sur la fémorale primitive ou sur l'iliaque externe. La dissection montre que les grosses branches abandonnent l'artère en dessus du sac, ou du moins qu'elles naissent de sa partie inférieure, de sorte qu'ici l'af-

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 octobre.

(2) L'auteur appelle cette artère *fémorale primitive*, depuis son origine jusqu'à la naissance de la fémorale profonde. A partir, de ce point il lui donne le nom de *fémorale superficielle*. J'ai rendu fidèlement ces appellations qui ont le mérite d'abréger et d'être facilement comprises.

fection siégeait sur l'iliaque externe même. Quand il en est ainsi, l'opération est rigoureusement parlant, l'opération d'Anel, puisque aucune branche n'est interposée entre la ligature et le sac.

Quand, cependant, comme dans cet autre spécimen, l'anévrysme est situé dans la cuisse, c'est-à-dire, quand la fémorale est seule affectée, alors des branches collatérales d'un volume considérable, l'épigastrique et la circonflexe iliaque, prennent naissance entre la ligature et le sac, ou bien naissent directement de l'anévrysme, et c'est probablement en conséquence du développement trop rapide de ces collatérales, que la ligature de l'iliaque externe peut échouer, ce qui est quelquefois, quoique rarement le cas, comme je vais vous le montrer. Plus le siége de l'anévrysme est bas, plus il y aura de ces collatérales et quand la fémorale superficielle est l'artère affectée, la fémorale profonde devient elle-même une des collatérales interposées entre la ligature et le sac.

Ces figures ont été faites pour montrer les conditions diverses de la circulation collatérale qu'on trouve dans ces pièces, et on en a ajouté une pour faire ressortir ce que serait un anévrysme de l'iliaque externe assez petit pour permettre de faire la ligature au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive et en même temps n'impliquant pas les orifices des deux grosses collatérales. Il est clair, cependant, qu'un semblable anévrysme ne se rencontrera que rarement.

Il existe dans le musée du Collége (n° 1637), une excellente préparation d'anévrysme de la fémorale superficielle, offerte par M. Liston, montrant un petit anévrysme sacciforme, naissant de la fémorale superficielle à un pouce environ au-dessous de la bifurcation. On ne pouvait adopter dans ce cas aucun traitement, parce que le malade était affecté d'un anévrysme de l'aorte abdominale, de la rupture duquel il mourut. Nous avons aussi dans notre musée la préparation de cet anévrysme abdominal.

Une préparation du musée du collége des chirurgiens d'Irlande, montre un anévrysme situé au même endroit.

Je puis vous montrer ici une pièce du musée de l'hôpital Saint-George, qui a, avec les précédentes, une grande analogie et dont M. Prescott Hervett a publié l'intéressante histoire (*Méd. chir. trans.*, XXXIX, 75). Je n'insisterai pas à présent sur les caractères particuliers de ce cas. Il suffira, pour le moment, de comparer l'état des parties avec celui de notre première préparation de l'hôpital Saint-George. Là on avait fait la ligature par la méthode d'Anel, les caillots qui remplissaient l'artère au-dessous de la ligature se continuaient sans interruption avec ceux qui remplissaient le sac et si le patient eût survécu, l'artère et l'anévrysme solidifié n'auraient fait qu'une masse, comme dans la préparation de sir E. Home, du musée du Collége. Ici, au contraire, quoique toute l'iliaque externe soit convertie en un cordon fibreux, la fémorale primitive est non-seulement perméable, mais elle est dilatée au point d'égaler l'iliaque primitive.

On peut dire que le premier succès dans le traitement de l'anévrysme ilio-fémoral date du temps d'Abernethy, qui lia le premier l'iliaque externe, en 1796, sur un malade auquel il avait précédemment lié avec succès la fémorale du côté opposé pour un anévrysme poplité. Mais comme le malade avait à l'autre membre un anévrysme fémoral prêt à se rompre, Abernethy lia la fémorale primitive dans l'aine avec deux ligatures, divisant l'artère entre elles deux, comme il en avait l'habitude. Le quinzième jour survint une hémorrhagie secondaire par le bout supérieur, et l'iliaque externe fut alors liée pour la première fois sur le vivant. Cependant, le patient était épuisé par ces opérations répétées, et il s'éteignit huit jours après la dernière opération.

Le cas suivant d'Abernethy fut également malheureux. Ici l'opération fut entreprise de prime abord et avec de meilleures chances de succès. Mais Abernethy répugnait à l'entreprendre tant qu'il y avait espoir de guérison autrement; comme il avait vu deux exemples de guérison spontanée d'anévrysmes de la fémorale ou de l'iliaque, il temporisa quelque temps, dans l'espoir que la même terminaison pourrait avoir lieu. Mais, au contraire, la tumeur augmenta beaucoup de volume, et s'était évidemment rompue avant l'opération et, suivant toutes probabilités, le cas était alors presque désespéré. Néanmoins, le malade survécut trois semaines, pendant lesquelles les ligatures tombèrent et il mourut d'épuisement causé par la putréfaction et la suppuration du contenu du sac.

Ces deux cas montrèrent que l'opération était praticable et, dans ses deux autres cas, Abernethy réussit. L'un était une femme de quarante ans adonnée à l'ivresse et l'autre un marin suédois du même âge, qui eut à souffrir d'inflammation et d'autres accidents après l'opération. Ces deux opérations heureuses furent faites en 1806 et 1809. Ces faits ayant montré que l'opération était non-seulement justiciable, mais avantageuse, d'autres chirurgiens ne tardèrent pas à suivre l'exemple dAbernethy. En réalité, le premier succès appartient, non pas à Abernethy, mais à Freer, qui lia l'artère avec succès peu de jours avant la troisième opération d'Abernethy (son premier succès); M. Tomlinson (de Birmingham) a lié aussi avec succès l'iliaque externe entre la troisième et la quatrième opération d'Abernethy. L'opération ne fut d'abord pratiquée que par les chirurgiens anglais. Hennen, écrivant en 1818, relate un cas heureux de ligature de l'iliaque externe et dit à ce propos : « Cette opération est un exemple de plus des splendides triomphes de la chirurgie anglaise, auxquels les opérateurs français, même à cette heure, ont peine à croire. » Un coup d'œil sur la table de Norris fera voir que presque toutes les premières opérations sur l'iliaque externe ont été faites par des chirurgiens anglais et par des américains dont l'éducation était anglaise.

Le nombre des opérations pratiquées depuis est considérable.

Le docteur Norris en a recueilli 118 cas, publiés entre 1796 et 1846, et depuis cette dernière date, elle a été pratiquée souvent et l'on peut dire avec de bons résultats. La statistique de Norris embrasse non-seulement les cas dans lesquels l'artère a été liée pour anévrysme artériel, mais d'autres dans lesquels l'opération a été faite pour hémorrhagie ou pour anévrysme variqueux. Les cas dans lesquels l'iliaque externe a été liée pour hémorrhagie sont au nombre de 18, sur lesquels il n'y a que 4 décès. L'un de ceux-ci est le premier cas d'Abernethy dans lequel, comme je l'ai déjà indiqué, le malade était fort épuisé par un long séjour à l'hôpital, deux opérations graves et une hémorrhagie secondaire avant la ligature de l'iliaque externe. Dans trois cas où l'opération fut entreprise pour anévrysme variqueux, il y eut trois morts. Il reste 97 cas d'opération de Hunter pour anévrysme artériel avec 26 morts, un peu plus de un sur quatre. Dans quatre de ces cas, il y avait à la fois anévrysme de la fémorale et anévrysme de la poplitée et trois fois on a obtenu la guérison simultanée des deux anévrysmes.

Cette liste me semble très-favorable à l'opération sur la partie qui montre les résultats de la ligature pour hémorrhagie. On pouvait difficilement espérer la guérison dans le pre-

mier cas d'Abernethy; et après tout, le malade mourut plutôt par suite de ses souffrances antérieures, que par suite des effets de l'opération.

DU ROLE ET DES INDICATIONS
DES BAINS DANS LES MALADIES DE LA PEAU

Par M. le docteur CARRY
Ancien interne-lauréat des hôpitaux de Lyon.

Conclusions. — Dans la thérapeutique des maladies cutanees, les bains jouissent d'une réputation factice qui les fait employer sans discernement à peu près dans tous les cas. Les médecins d'eaux minérales, en revendiquant pour leurs thermes la guérison des dermatoses, n'ont pas peu contribué à mettre à la mode la cure hydrominérale jusque dans le public extra-médical. Cependant, en réalité, il y a peu d'affections cutanées auxquelles les bains conviennent, et dans celles où ils sont utiles, leur action n'est *jamais curative*, comme on le croit généralement. — Dans les affections de cause externe, le rôle des bains consiste à nettoyer la peau. Lorsqu'elles sont de nature parasitaire, il peut détruire les parasites animaux, mais il a peu de prise sur les parasites végétaux. — Dans les affections de cause interne, de nature scrofuleuse, syphilitique, arthritique ou herpétique, le bain par ses effets toniques et stimulants est ordinairement un bon adjuvant du traitement général.— L'influence locale du bain, étudiée dans chaque affection de cause interne, en particulier, montre que, dans les formes sèches, il est purement hygiénique et n'a aucune action curative; et que, dans les formes humides, il est presque toujours un obstacle à la guérison.

REVUE DE LA PRESSE

Étiologie de la fièvre typhoïde qui a sévi, pendant l'hiver 1876-1877, sur le quartier des Trois-Maisons, à Nancy. — Pendant le courant de l'hiver 1876-1877, une épidémie de fièvre typhoïde a éclaté dans le faubourg des Trois-Maisons, à Nancy. En qualité de médecin résidant au centre même de ce quartier, M. le docteur Duclaux, a eu l'occasion d'observer, d'une manière très-attentive, un certain nombre de faits notamment en ce qui concerne l'étiologie.

Voici le résultat sommaire de ces observations. Le quartier des Trois-Maisons est habité, en grande partie, par des jardiniers dont les potagers sont situés au milieu même du faubourg. Ils ont presque tous contracté l'habitude d'acheter des boues de ville et de s'en servir pour *recharger leurs terres.* Mais cette opération ne s'exécute pas à toutes les époques de l'année; c'est surtout au printemps et dans les derniers jours de l'hiver qu'ils répandent cette boue sur le sol à cultiver. On entasse donc, pendant deux, trois, quatre mois, quelquefois plus, ces réserves d'engrais avant de les employer, jusqu'à ce qu'elles aient subi une fermentation suffisante.

De plus, ce quartier est sillonné par plusieurs ruisseaux fort sales, dans lesquels viennent se répandre les eaux croupissantes qui baignent le bas des dépôts d'immondices.

Enfin, autre cause d'infection, la plupart des jardiniers curent eux-mêmes les canaux. A cet effet, quand le niveau est élevé, ils puisent avec des seaux, vase, marais, détritus organiques, et répandent ces immondices sur leurs terres. Quant aux ordures qu'ils recueillent sur celles-ci et qui ne peuvent plus servir d'engrais, ils les rejettent dans ces ruisseaux qui constituent alors pour eux de véritables pourrissoires.

Telles sont les causes auxquelles M. Duclaux attribue l'épidémie qui a dévasté ces quartiers, et contre lesquelles il essaya, en vain, d'appeler l'attention des autorités, car, non-seulement on n'apporta aucun remède à cet état de choses, mais les dépôts d'immondices devinrent plus nombreux, au point que chez un jardinier ce médecin aurait pu voir jusqu'à vingt-cinq tombereaux de détritus au pied même de la maison. (*Rev. méd. de l'Est.*)

Utérus pubescent. — L'anomalie que M. Puech désigne sous cette appellation a porté diverses dénominations : petitesse, développement incomplet ou imparfait, atrophie congénitale de l'utérus. Ces appellations auraient, pour M. Puech, l'inconvénient d'être les unes très-vagues, les autres inexactes. Loin d'être congénitales, par exemple, selon lui, cette anomalie se produit au moment ou l'utérus infantile va atteindre son entier développement. Enfin, loin d'être une atrophie, elle serait un arrêt pur et simple de croissance. Au contraire, l'expression d'utérus pubescent aurait l'avantage de faire connaître, d'un trait, cette anomalie en indiquant le moment précis de sa production; elle établirait enfin du même coup les principaux caractères qu'elle doit présenter.

Voici d'ailleurs la description d'un cas de ce genre observé tout récemment par M. Puech.

C'est celui d'une malade qui présentait, à la partie interne des cuisses, une éruption s'accompagnant de démangeaisons assez vives à l'intérieur des voies génitales. Cette dernière particularité, se liant souvent à une altération organique de l'utérus, les parties furent examinées. Les organes génitaux externes et le vagin avaient leur conformation normale, mais l'utérus semblait, au premier abord, constitué tout entier par le col qui était petit, arrondi et percé, en son centre, d'un méat utérin extrêmement étroit. Quant à l'utérus, il était fort exigu; l'hystéromètre, introduit dans sa cavité, n'allait pas au-delà de 30 millimètres.

Cette manière d'être de l'utérus, vu l'âge de cette femme, — elle avait quarante-cinq à quarante-six ans, — parut, à M. Puech, devoir s'expliquer par un arrêt de croissance de l'organe survenu au moment où il subit la dernière évolution, plutôt que la conséquence d'une ménopause prématurée. Interrogé à ce sujet, la malade déclara, en effet, qu'elle n'avait jamais été réglée. A l'âge de quatorze à quinze ans, elle avait éprouvé les signes précurseurs de la puberté, mais elle n'avait eu, à la suite, aucun symptôme impliquant l'ovulation.

Il s'agissait donc bien réellement, chez cette malade, d'un arrêt de croissance de l'utérus.

Au dire de M. Puech, cette anomalie serait parfaitement curable par la stimulation modérée de l'organe, soit au moyen de l'introduction semi-mensuelle de bougies graduées, soit par la dilatation rapide. En tout cas, ces moyens suffiraient pour faire disparaître en peu de temps les migraines atroces dont se plaignent quelques-unes de ces femmes. (*Gaz. obstétric.*)

Des paraplégies de causes menstruelles. — Dans une de ses cliniques faites à l'hôpital Saint-Antoine, M. le professeur Peter, à propos de deux observations, l'une concernant une jeune fille de vingt-deux ans non hystérique, dont les règles furent supprimées brusquement à la suite de l'administration d'un éméto-cathartique et qui est atteinte de fourmillements dans les membres inférieurs, de douleurs dans les lombes, d'une véritable paraplégie incomplète; l'autre ayant rapport à une jeune femme présentant depuis deux jours des fourmillements, un affaiblissement considérable dans les deux membres inférieurs avec diminution de la sensibilité, phénomènes qui disparaissent presque complètement au moment de l'apparition des règles, insiste d'une part sur la relation bien manifeste qui s'est produite dans le premier cas entre la suppression des règles et l'apparition de la paraplégie; d'autre part, sur la coïncidence, dans le second cas, entre la diminution de la paralysie et l'évolution normale de la fonction menstruelle.

La relation qui existe entre ces deux phénomènes que nous venons de citer, n'est pas admise par tous les auteurs. M. le docteur Hallopeau, entre autres, dans son article *moelle* du *Dictionnaire encyclopédique*, écrit que la suppression des règles ne donne pas naissance à une congestion de la moelle, que cette suppression soit due à un accident ou à un phénomène physiologique comme la ménopause. Pour d'autres, au contraire, parmi lesquels nous citerons M. le professeur Jaccoud, il n'est pas douteux, ainsi qu'en témoignent les observations de M. Peter, que l'arrêt du flux menstruel

---

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

détermine assez souvent une congestion rachidienne, parfaitement constatable d'ailleurs à l'autopsie, et susceptible de donner lieu à des troubles passagers d'innervation spinale.

Ces phénomènes nerveux offriraient une marche variable suivant l'époque de leur apparition. Quand ils apparaissent dans la période d'activité utéro-ovarienne, ils seraient brusques et arriveraient tout de suite au degré d'acuité qu'ils doivent avoir, tandis qu'au contraire, au moment de la ménopause, les troubles de la sensibilité et du mouvement seraient lents, progressifs ; ils se dérouleraient peu à peu, pour ainsi dire, avant d'arriver au dernier terme de la maladie, la paraplégie. — (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Hydrophobie. — Mort par rupture vasculaire trente-huit heures après le début des accidents. — M. le docteur Guy rapporte un cas de rage curieux à plus d'un titre : d'abord par le caractère assez insolite des symptômes consistant surtout dans des phénomènes nerveux, au point de donner quelques doutes sur la réalité de la rage ; puis par la mort rapide et brusque qui a terminé la maladie, enfin par l'influence que le chloroforme aurait exercé sur les crises nerveuses.

Le 26 décembre 1876, M. Guy fut appelé au village de C... pour donner ses soins à une femme de vingt-huit ans. Trente-six jours auparavant, elle avait été mordue à la main droite par un chat. Dès la veille, la malade avait ressenti des douleurs au niveau de la cicatrice s'irradiant dans le bras. Elle manifestait en même temps de l'agitation, de l'angoisse. Le visage était effaré, la voix brève, dure, sans sputation, d'ailleurs ; elle se retournait sur son lit en gémissant. Toute la surface du derme était le siége d'une hyperesthésie remarquable ; les muscles inspirateurs pris de spasmes donnaient lieu à une respiration saccadée. La malade ne manifestait rien à la vue des objets brillants ; quand elle buvait, on sentait que la déglutition ne s'opérait qu'à la faveur d'une sorte de surprise sur les muscles pharyngiens contracturés.

On prescrivit des pilules de belladone et des inhalations presque continuelles de chloroforme.

Le lendemain, trente-huit heures après le début, cette femme succomba : le chloroforme avait procuré un semblant de calme par moments ; puis, étaient survenus des vomissements bientôt mêlés de sang, enfin la malade était tombée dans l'affaissement jusqu'au moment du décès. Un peu avant, elle avait vomi une grande quantité de sang.

Voici, au sens de M. Guy, les réflexions que cette observation peut inspirer : la mort, dit-il, est évidemment survenue avant le terme habituel chez les hydrophobes ; elle doit être attribuée à la rupture d'un gros vaisseau en communication avec l'œsophage, les grosses bronches ou l'estomac. Jusqu'à quel point le chloroforme peut-il être incriminé? La mort, chez les hydrophobes, vient par asphyxie consécutive au spasme des muscles inspirateurs et du diaphragme. L'accumulation de sang dans les poumons explique la rupture.

Peut-être encore, ajoute M. Guy, le chloroforme a-t-il hâté la congestion pulmonaire et les contractions du diaphragme dans le vomissement chloroformique ou favorisé la rupture. — (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

Action des matières extractives sur le nombre, la forme et la capacité respiratoire des globules sanguins. — Nos lecteurs se rappellent sans doute l'intéressante communication, faite il y a quelque temps à la Société de biologie, par MM. Cuffer et Regnard, internes des hôpitaux, sur l'altération du sang dans l'urémie et principalement sur l'état des globules sanguins eux-mêmes. Ils déclaraient que, dans la néphrite interstitielle, le nombre des globules sanguins était très-notablement diminué et que les globules étaient beaucoup plus pâles et plus résistants. D'après un certain nombre d'expériences, entreprises par ses observateurs sur des animaux, cette altération du sang reconnaîtrait pour cause la rétention dans le torrent circulatoire des matières extractives dont l'élimination n'est plus possible par le rein.

Pour le démontrer, dans une première série d'expériences, on a pratiqué sur des chiens des injections d'urée, de carbonate d'ammoniaque, de créatine. Dans chacun de ces cas, le sang a été examiné à plusieurs points de vue : d'abord, le nombre des globules sanguins, leur forme, leur consistance, ensuite leur capacité d'absorption pour l'oxygène.

Dans une seconde série, on a mélangé *in vitro* le sang d'un animal avec des solutions d'urée, de carbonate d'ammoniaque, de créatine, afin de voir l'action directe produite sur le sang par ces différents principes.

Dans le premier cas, les injections d'urée n'ont déterminé aucune altération de sang. Le carbonate d'ammoniaque et la créatine, au contraire, ont agi en détruisant les globules du sang et en faisant perdre en partie à l'hémoglobine son pouvoir d'absorption pour l'oxygène.

Dans le second, le mélange direct de ces poisons avec le sang préalablement défibriné, aurait donné des résultats analogues aux précédents : diminution ou disparition complète des globules sanguins après le contact plus ou moins prolongé du sang avec le carbonate d'ammoniaque et la créatine ; intégrité complète de ces éléments avec de l'urée. — (*Gaz. méd. de Paris.*)

Cautérisation dans la fistule à l'anus. — Lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès de la marge de l'anus ou d'opérer une fistule anale, M. Broca emploie toujours le cautère actuel, soit l'anse galvano-caustique, soit le thermo-cautère ou d'autres instruments, s'il n'a ceux-là à sa disposition. L'opération ainsi faite aurait pour avantage de dispenser de la mèche qui sert au pansement. La mèche a pour but, en effet, de maintenir écartées les lèvres de la plaie ; mais avec la cautérisation, ces parties n'ayant plus de tendance à se réunir, le pansement devient inutile ; et c'est là, dit M. Broca, un des grands points de ce procédé opératoire, car la mèche, outre l'embarras et la difficulté du pansement qu'elle occasionne, est presque toujours l'origine de la douleur, de l'inflammation et même des hémorrhagies qui succèdent souvent à l'opération de la fistule à l'anus. — (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

Amaurose nicotinique. — Diagnostic différentiel avec l'amaurose alcoolique. — On sait depuis longtemps que les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de tabac, sont sujets à des conjonctivites ; mais ce qui est moins connu, ce sont les troubles de la vue produits par l'abus du tabac à fumer. Cette amaurose nicotinique, dont M. Guéniot a fait le sujet d'études spéciales, aurait, d'après cet auteur, les caractères suivants :

1° L'amaurose nicotinique commence toujours par un seul œil et n'est jamais bilatérale d'emblée, comme semble l'admettre Hutchinson ; 2° l'œil droit est affecté le premier, bien que Hutchinson et Apostoli pensent le contraire ; 3° dès le commencement, le malade voit à travers un brouillard qui devient de plus en plus épais ; 4° en même temps que ce brouillard, il existe un scotome central, scotome admis par Apostoli et Wecker, mais que n'admet pas Follin ; 5° il y a d'abord un abaissement de l'acuité centrale, tandis que la perception périphérique reste normale au début ; 6° M. Guéniot n'a jamais observé les douleurs signalées par Apostoli, ni la céphalalgie dont parle Follin ; 7° dès l'apparition du brouillard, les malades voient, de temps en temps, les objets en jaune, comme Wecker seul l'a fait remarquer ; 8° il n'y a jamais confusion des couleurs, malgré ce que disent la plupart des auteurs ; 9° toujours les malades voient moins bien le soir ; 10° presque toujours les pupilles sont rétrécies et immobiles ; 11° la maladie qui marche assez vite, peut se terminer par l'atrophie de la papille, comme Hutchinson l'a vu une fois sur trois.

Il semble enfin, à M. Guéniot, que l'amaurose nicotinique et l'amaurose alcoolique peuvent être distinguées l'une de l'autre : 1° parce que l'amaurose alcoolique commence d'emblée par les deux yeux, tandis que l'amaurose nicotinique commence toujours par être unilatérale ; 2° parce que si le scotome central existe dans les deux maladies, les mouches volantes ne se voient que dans l'intoxication nicotinique ; 3° parce que la confusion des couleurs qui existe dans l'amaurose alcoolique ne se montre jamais dans l'amaurose nicotinique ; 4° parce que, si la douleur peut exister dans l'amaurose alcoolique, elle n'existe pas dans celle qui résulte

de l'intoxication par le tabac; 5° parce que, tandis que l'alcoolique voit mieux le soir, l'individu atteint d'amaurose nicotinique voit assez bien pendant la journée et ne voit rien quand le jour baisse; 6° parce que si les deux maladies peuvent se terminer par l'atrophie de la pupille, l'amaurose nicotinique marche beaucoup plus vite. — (*Progrès méd.*).

Méningite cervicale hypertrophique. — Sous ce titre, M. le docteur Dumollard rapporte une observation assez intéressante. Il s'agit d'un homme de forte constitution, n'étant jamais allé à l'hôpital, n'ayant jamais eu la syphilis qui, à la suite d'une émotion extrême, dit-il, aurait commencé à ressentir des douleurs lancinantes partant de la colonne cervico-dorsale et suivant les nerfs des membres supérieurs et les nerfs intercostaux. Un peu plus tard, il se développa sur les deux avant-bras, à la face externe et sur tout le devant de la poitrine, une éruption herpétique.

La maladie fit des progrès rapides. Les muscles innervés par les nerfs atteints, les pectoraux, les muscles des bras et des avant-bras s'atrophièrent, la peau de ces parties devint le siége d'une hyperesthésie très-vive; les douleurs devinrent de plus en plus vives, l'éruption, assez semblable, au début, à celle de l'eczéma syphilitique, se transforma, sur le devant de la poitrine, en une icthyose nacrée; enfin, deux ans après l'invasion des accidents, le malade présentait tous les signes de la vieillesse anticipée.

Malgré cet état, les fonctions digestives étaient bonnes, le pouls calme, les facultés intellectuelles intactes. Toutes les indications: mercure, iodure de potassium, arsenic, bromure de potassium, furent vainement employées : aucune n'amena de soulagement notable. — (*Gaz. méd. de Paris.*).

BIBLIOGRAPHIE

I. **Atlas of skin diseases**, par Louis A. Duhring, M. D. (1). — II. **Le dictionnaire de botanique**, par M. Baillon (2). — III. **Histoire des plantes**, par H. Baillon (3). — IV. **Dictionnaire de chimie pure et appliquée**, par Ad. Wurtz (4). — V. **Agenda du chimiste** (5).

I. M. le docteur Louis A. Duhring est professeur des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Cet éminent confrère, frappé de l'absence — dans la littérature médicale américaine, — d'un bon atlas des maladies de la peau, a voulu doter son pays d'une œuvre remarquable et vraiment classique.

Il a donc fait choix, dans sa nombreuse clientèle de la clinique de l'hôpital, des meilleurs types d'affections cutanées. Il les a fait chromolithographier avec la rigueur la plus scientifique, a accompagné chaque planche d'une excellente description clinique, et la réunion de ces divers types formera, un jour, l'ensemble de cet atlas dont nous avons sous les yeux les premiers fascicules.

L'eczéma (eczema érythématosum), le psoriasis, le lupus erythematosus et le syphiloderma (pustulosum) sont traités, comme nous venons de le dire, dans le premier fascicule. On trouvera, dans le second fascicule, l'histoire de l'acne rosacea, de l'icthyosis (simplex), du tinea versicolor et du sycosis non parasitica.

Voilà donc huit affections cutanées, étudiées avec soin et traitées, au point de vue artistique, avec la plus grande distinction.

L'œuvre de M. Duhring mérite les plus vifs encouragements de la part du monde médical, et nous lui souhaitons tout le succès que méritent des efforts vraiment scientifiques et consciencieux.

II. Le cinquième fascicule (auto-beni) nous donne la terminaison de l'article consacré à l'autofécondation. Puis, nous remarquons les articles qui traitent de l'axe, des axes d'accroissement et longitudinal, des organes axiles; véritables monographies.

La lettre B renferme des notices très-dignes de l'attention du médecin. Voici d'abord les bactéridies, les bactériens, qui trouvent un historien très-distingué dans M. de Lanessan. Ici une biographie nous arrête, elle est consacrée par M. Eugène Fournier, si érudit et si bien préparé à écrire une histoire de la botanique, à un naturaliste, Emmanuel Baillon. Peut-être aurait-on désiré savoir si ce Baillon est un des ancêtres de notre éminent professeur de la Faculté? sous la direction duquel se continue le *Dictionnaire de botanique*.

Mais voici les articles qui se pressent : les illustrations deviennent paysages; ici les bambous, là les bananiers, plus loin les baobabs. Signalons encore les *basides*, et bornons-nous à constater encore le soin mis à cette publication, l'intérêt des renseignements qu'on lui devra, et la richesse de son illustration.

Cette livraison nous offre, enfin, une très-belle planche coloriée représentant le *Tapeinophallus Rivieri*.

Le sixième fascicule (benj-bouz) paraît plus riche encore que ses aînés en illustrations très-remarquables.

Nous signalerons les articles Berberis, Bette, Bixa, Blastème, Blé, Bocagea, Boehmeria (ce dernier article dû à M. Weddell, dont les sciences pleurent la perte récente), Bois, Bolet, Borassus, Bouleau, Bourgeon, Bouton et Bouture.

Ces divers articles sont de vraies monographies, traitées avec le plus grand soin.

Ajoutons que ce fascicule nous donne en biographie des notices remplies d'intérêt; on lira avec intérêt la vie de Bory-de-Saint-Vincent.

Mais un petit reproche pour l'oubli d'un homme modeste, qui a rendu de bien grands services à nos collections botaniques.

Puisqu'on n'a pas omis le *Bourgæa*, pourquoi n'avoir rien dit de Bourgeau, que nous avons perdu cette année. Si l'article a été omis involontairement, nous réclamons une rectification au supplément que réclame toujours une œuvre aussi importante qu'un dictionnaire.

L'*Arnica montana* est la planche coloriée qui accompagne la livraison.

III. Le tome sixième de l'*Histoire des plantes* va nous faire passer en revue les Célastracées, Rhamnacées, Pénæacées, Thymélæacées, Ulmacées, Castanacées, Combretacées, Rhizophoracées, Myrtacées, Hypéricacées, Clusiacées, Lythrariacées, Onagrariacées et Balanophoracées.

A. Les « Célastracées » forment une famille depuis 1814, sur la proposition de R. Brown. Acceptée, avec des modifications diverses, par A. P. de Candolle, Endlicher, Bentham et Hooker, nous la retrouvons aujourd'hui profondément modifiée par les savants travaux de M. Baillon. Notre éminent confrère avait déjà enrichi cette famille par l'adjonction d'une Rosacée (Canotia), et des Salvadorées; mais, allant plus avant, il détache aujourd'hui le genre Buxus des Euphorbiacées, encouragé dans cette voie par ses recherches sur le Geissoloma et les Stackhousia.

M. Baillon pratique donc, dans sa famille des Célastracées, sept coupes, qui donnent les séries suivantes: Evonymées; — Stackousiées; — Goupiées; — Azimées; — Hippocratées; — Buxées et Geissolomées.

Quarante et un genres se trouvent réunis dans cette famille; dix-huit croissent dans l'ancien monde et onze dans le nouveau. — Principes amers, souvent unis à des substances âcres, purgatives ou vomitives, quelquefois stimulantes, tel est le caractère des Evonymées. — Le buis est une plante suspecte, dangereuse, et qu'on a le plus grand tort de substituer au grenadier comme vermicide, au séné comme purgatif, et surtout au houblon dans la fabrication de de la bière.

B. C'est encore en 1814 que R. Brown proposa sa famille des Rhamnacées. M. Baillon réduit à trois le nombre de séries à distinguer dans cette famille : Rhamnées, Gouaniées et Collétiées.

Tous les médecins connaissent les propriétés des Nerpruns, des Jujubiers. Nous n'avons donc pas à insister.

(1) Grand in-4° avec planches chromolithographiées. Prix du fascicule : 3 francs. — Philadelphia, J.-B. Lippincott et Ce.

(2) In-4° avec planches coloriées. Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Ce.

(3) In-8° avec 488 figures dessinées par Faguet. Prix : 25 francs. — Paris, Hachette et Ce.

(4) Grand in-8° à deux colonnes. Prix du fascicule : 3 francs. — Paris, Hachette et Ce.

(5) In-12. — Paris, Hachette et Ce.

C. Les Pénæacées sont une petite famille à fleurs régulières, tétramères, monopérianthées et hermaphrodites. Elle a été établie verbalement par Lindley en 1820.

On attribue à plusieurs Pénæacées la production du *sarcocolle* de l'ancienne médecine, si vanté pour la guérison des blessures.

D. Les Thymélacées, famille très-naturelle et de création très-ancienne, renferment trente-trois genres. Les médecins connaissent surtout les Daphnés, à cause de leurs propriétés. C'est encore à cette famille qu'appartient le Lagetta lintearia, ou arbre à dentelle.

E. Les Ulmacées, qui se divisent en ormes, mûriers, artocarpes, chanvres, sont une famille de création moderne, puisque Mirbel la distingua en 1815. Voici encore une famille très-tourmentée, mais où Payer commença à réagir contre les botanistes disposés à trop séparer.

C'est aux Ulmacées qu'appartient le fameux Antiaris toxicaria, ce poison terrible dont les Javanais enduisaient autrefois leurs armes de guerre ou de chasse. Près de lui, nous trouvons les Artocarpes comestibles; les caoutchoucs du Castilloa elastica; les Figuiers, les Gommes laques, les Contrayerva, les Mûriers et les Chanvres.

F. Les Castanéacées comprennent les bouleaux, les coudriers, les chênes, les balanops, les leitneria et les ciriers. Cette famille est une de celles qui surprennent parfois les gens étrangers à la botanique, car, ainsi qu'on peut le voir, les châtaigniers n'apparaissent même pas dans les séries, cachés qu'ils se trouvent parmi les chênes. En réalité, cette famille paraît hétérogène; elle l'a toujours été; et nous serions fort étonné si ses délimitations actuelles résistaient longtemps à de nouvelles études.

Le bois et les fruits sont ce qui intéresse surtout, au point de vue des usages, dans cette famille.

Dans un prochain article, nous passerons en revue les huit familles qui complètent ce volume.

IV. Le vingt-quatrième fascicule du *Dictionnaire de chimie* vient de paraître.

Parmi les articles les plus importants qu'il renferme, nous devons signaler celui qui a été consacré par M. Dehérain à la Terre arable: le Thallium et le Titane, par M. Willin; la Thermochimie, par M. Sallet; le Toluène et les Toluidines, par M. Henninger.

L'œuvre marche rapidement vers sa fin, et avant peu sera terminé ce beau monument élevé à la science chimique actuelle.

V. Ce petit livre est appelé à rendre les plus grands services aux chimistes. Écrit au laboratoire, offrant un nombre considérable de renseignements, condensés en 368 tableaux.

Des trois divisions de cet ouvrage, la première comprend les documents physiques et mathématiques; la seconde, les documents relatifs à la chimie pure; la troisième, enfin, les renseignements relatifs à la chimie appliquée à l'industrie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 octobre 1877, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Eugène Caventou, membre de l'Académie de médecine. — M. le docteur Magitot, membre de la Société de chirurgie.

— Par décret en date du 4 octobre 1877, MM. Cerf-Mayer, Maréchal et Baquié, ont été promus au grade de médecin principal de la marine.

— M. le ministre de l'intérieur a visité samedi l'asile départemental des aliénés de Sainte-Anne, faubourg Saint-Jacques. Il a été reçu par M. Ferdinand Duval, préfet de la Seine, et par M. Tambour, secrétaire général de la préfecture.

Après avoir parcouru les divers quartiers et visité les services installés dans les bâtiments récemment achevés, M. le ministre a remis, au nom du maréchal président de la République, la décoration de la Légion d'honneur à M. Leblond, directeur de l'établissement.

Dans cette visite qui a duré plus de deux heures, M. de Fourtou était accompagné de M. le comte de Montferrand, chef de son cabinet, de M. Durangel, directeur de l'administration générale et départementale, et de M. Follet, sous-directeur. — (*Journal officiel.*)

— La séance mensuelle de la Société française d'hygiène aura lieu dans la salle du rez-de-chaussée de la Société d'encouragement (44, rue de Rennes), le 12 octobre courant, à huit heures du soir.

Ordre du jour. — 1° Progrès de l'œuvre; nominations; mémoires et travaux transmis par les correspondants ; — 2° M. Tollet : Nouveau système de casernement des troupes ; — 3° M. Maurin (de Marseille) : Les lois de la population; — 4° Communications diverses des membres présents.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses opérations et ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 13 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Guide médical aux eaux minérales d'Auvergne, par le docteur Félix Puy-le-Blanc. — 1 vol. in-12, 1877. Prix : 2 francs. Alexandre Coccoz.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 118. — JEUDI 11 OCTOBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1877. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance s'est passée en lectures qui méritent chacune une mention.

M. Leven poursuit, avec le zèle qu'on lui connaît, ses recherches sur la physiologie et la pathologie de l'estomac et des intestins. Après l'étude des questions les plus importantes de la physiologie de l'estomac qui intéressent la clinique, telles que le mode de production du suc gastrique, les modifications que subit la muqueuse stomacale au contact des aliments, M. Leven a pensé qu'il serait utile de chercher à se rendre compte de l'origine des gaz de l'estomac et des intestins.

Tout le monde sait qu'on a longtemps attribué le développement des gaz de l'estomac et des intestins à une décomposition ou à une véritable fermentation des aliments. Aujourd'hui, la plupart des physiologistes reconnaissent plusieurs causes, ou plutôt plusieurs sources, d'où proviennent les gaz, notamment l'air extérieur, le sang et les aliments. M. Leven s'est demandé quelle était la valeur respective de ces diverses origines assignées à la formation des gaz, et si l'alimentation devait continuer à être comprise parmi ces origines. C'est à l'expérimentation sur les animaux, et à l'observation clinique sur l'homme, qu'il a demandé la solution de cette question. On verra par le résumé de son mémoire, que nous publions dans le compte rendu, quelle est la solution qu'il lui a donnée. La présence des gaz dans l'estomac et dans les intestins serait pour lui le symptôme d'une irritation de l'intestin, toujours consécutive à une dyspepsie stomacale plus ou moins ancienne. Une solution analogue de la question avait déjà été proposée par Baumès (de Lyon), dans un ouvrage publié il y a plus de quarante ans, d'après ses propres observations et celles qu'il avait réunies dans les auteurs anciens. M. Leven a ajouté les expériences aux observations, ce qui ne peut que donner d'autant plus de valeur à sa conclusion.

L'Académie a entendu ensuite une très-intéressante lecture de M. Gallard, candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, sur une question très-délicate d'exercice de la médecine, que le bon sens et la logique ont résolue par sa bouche, à défaut d'élément suffisant de solution dans les textes équivoques des lois qui régissent l'exercice de notre profession. Puis est venu un bon rapport de M. Woillez sur un mémoire de M. le docteur Pagès (d'Alais), relatif à la question toujours en débat de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde; enfin, une lecture d'un important mémoire de M. Mialhe sur le rôle des alcalins dans l'économie animale, qui donnera probablement lieu à une discussion.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Du xanthoma ou plaques jaunes de la peau.

Je vous ai parlé, dans notre dernière réunion, d'un malade atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère considérable, et qui présentait, en outre, sur les paupières, sur le lobule des oreilles, les fesses, etc., une éruption singulière caractérisée par de petites plaques jaunâtres, les unes saillantes, les autres aplaties.

Cette affection de la peau n'est pas nouvelle. Elle est au contraire connue depuis longtemps, et Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, l'avait déjà décrite sous le nom de plaque jaune des paupières. Toutefois, il n'avait indiqué aucun lien entre cette éruption et les affections du foie. Plus tard, Addison en fit une relation beaucoup plus complète sous le nom de *vitigolidea*. Goll en décrivit deux variétés : l'une *vitigolidea plana*, l'autre *vitigolidea tuberosa*. Wilson, qui vint ensuite, appela d'abord cette maladie *molluscum sebacæum*, puis, touvant que cette désignation ne s'appliquait pas exactement aux plaques, surtout à la variété aplatie, il lui substitua celle de *laminæ flavæ cutis*, qu'il remplaça par celle de *xanthelosma* (de ξανθὸς, jaune, ελασμα, peau). Quelques années après, Smith, trouvant à cette dénomination l'inconvénient de s'appliquer à une maladie qui fait quelquefois une saillie assez notable au-dessus de la peau, proposa de lui substituer celle de *xanthoma*, puisqu'il s'agit dans cette affection d'une altération jaune des téguments. C'était exactement, à la dérivation du grec près, la qualification acceptée par Rayer. Enfin, jugeant ces plaques d'après leurs caractères anatomiques, c'est-à-dire d'après leur structure fibreuse et leur analogie avec les lipomes, Virchow les désigna sous le nom de fibromes lipomateux.

Vous avez vu, chez notre malade, en quoi consistent ces plaques. Elles sont de deux sortes : peu saillantes à la face, à surface plane ou légèrement mamelonnée, arrondies, irrégu-

lières, découpées en feuilles de fougère, elles sont, sur d'autres régions, aux fesses, par exemple, saillantes, jaunâtres, à surface lisse, uniformément colorées, sans pointillé, sans taches, sans vascularisation.

A cela se réduit la description de cette maladie. Quant aux siéges que ces plaques peuvent occuper, ils sont très-divers. Le plus fréquent de tous, c'est la partie interne de la paupière supérieure, dont elles envahissent ensuite, progressivement, toute la surface. Quelquefois aussi, elles occupent la paupière inférieure.

Mais ces plaques jaunes ne sont pas limitées à cette région. On les voit également se développer sur le reste de la face, les oreilles, la partie inférieure du menton, par exemple. On les trouve également sur le cou, les membres, notamment sur leur face dorsale et aussi sur la face palmaire des mains.

Elles n'apparaissaient pas seulement à la peau, elles peuvent encore occuper les muqueuses, telles que les lèvres, les parois internes de la bouche, l'épiglotte, le larynx, la trachée. Dans quelques cas rares, on les a notées à la face interne de l'oreillette gauche ainsi que sur les parois de l'aorte et de quelques autres gros vaisseaux artériels. Elles ressemblent alors considérablement aux dépôts athéromateux des artères, et cette ressemblance est parfois tellement complète, qu'il est difficile de dire s'il ne s'agit pas, en réalité, d'un véritable athérome. Il est certain, toutefois, qu'il faut faire une distinction entre ces deux sortes de lésions, car ces plaques jaunâtres, simulant des concrétions calcaires ou graisseuses, se trouvent non-seulement chez les vieillards et les alcooliques, mais aussi chez des individus jeunes et non prédisposés par leur âge et leurs habitudes à avoir des athéromes.

Ces plaques jaunes peuvent exister indépendamment de toute affection du foie : cependant elles coïncident fréquemment avec ces dernières. C'est ainsi que Nochisson les a notées dans un cas de cirrhose hypertrophique. Dans une observation de Moxon, elles coïncidaient avec un rétrécissement du canal cholédoque avec foie volumineux et granuleux. Ilton les a observées dans un cas de cirrhose simple, atrophique. Smith, dans un cas de calculs biliaires avec dilatation des canalicules biliaires. Enfin, dans un cas de Camelegh, elles coexistaient avec la compression du canal cholédoque par une hydatide. Somme toute, toutes les maladies dans lesquelles le cours de la bile peut être plus ou moins considérablement entravé, sont de nature à s'accompagner de cette éruption, et il semble que ce trouble des fonctions hépatiques, qui consiste dans un obstacle à la sécrétion de la bile, est cause de cette affection. J'ajoute, toutefois, que ce n'en est pas la cause nécessaire, puisqu'il est des cas dans lesquels on observe le xanthoma, en l'absence de tout ictère.

Si l'on étudie ces plaques et ces tubercules, on trouve que tantôt elles sont d'une consistance molle, semblable à de la matière sébacée qui se serait accumulée sous l'épiderme.

Dans ce cas, il suffit d'inciser la plaque et de presser, avec le manche du bistouri, sur les lèvres de la plaie, pour que cette substance soit expulsée, en bloc, au dehors. D'autres fois, au contraire, le contenu de ces plaques est absolument ferme et solide : on a beau alors inciser et presser, rien ne sort. Tel est le cas chez notre malade.

Au niveau de ces plaques, la peau présente un épaississement plus ou moins considérable du tissu conjonctif, au milieu duquel on trouve accumulée une quantité, souvent très-notable, de cellules graisseuses. Enfin, les tégu ments sont, en ce point, beaucoup moins vascularisés que les parties voisines, et ce défaut de vascularisation est quelquefois porté à un degré tel, que dans un cas d'érysipèle de la face, chez un individu atteint de xanthoma, Smith rapporte avoir vu ces plaques rester blanches et décolorées et trancher ainsi avec la coloration rouge du reste de la face.

Dans certaines circonstances, cette condensation, cet épaississement du tissu conjonctif, dont je viens de vous dire un mot, est tellement prononcé que la plaque est d'une dureté tout à fait analogue à celle du cartilage. C'est alors, surtout, qu'elles sont comparables aux dépôts athéromateux des artères. Qu'est-ce, en effet, que ceux-ci, sinon un épaississement plus ou moins considérable de la membrane interne des vaisseaux artériels, au milieu duquel viennent encore s'accumuler des granulations graisseuses ou calcaires.

On est tenté de se demander quel rapport il peut exister entre les maladies du foie et ces espèces d'athéromes cutanés. Évidemment ceux-ci ne résultent pas de la pénétration de la peau par la bile, puisqu'il est des cas dans lesquels le xanthoma se développe sans que pourtant il y ait de l'ictère.

Mais le foie n'est pas seulement un organe sécréteur de la bile, il concourt encore, ainsi que le démontrent les expériences entreprises dans ces derniers temps, à l'hématose, en contribuant dans une certaine mesure à l'oxydation des globules du sang.

On comprend donc que toute modification, qui survient dans l'état du foie et en empêche le fonctionnement normal, entraîne avec elle une modification équivalente dans la constitution chimique des matières extractives contenues dans le sang. Cette théorie est d'ailleurs en rapport avec les faits cliniques, puisque nous venons de voir que les plaques jaunes, lesquelles coïncident le plus ordinairement avec une affection du foie, sont constituées par des dépôts de matière grasse incomplétement oxydée. Dans ces cas, le foie agirait donc en diminuant l'activité de l'oxydation dans le sang des matières extractives et en favorisant le dépôt.

Maintenant, pourquoi ces dépôts prédominent-ils à la peau? Cela tient probablement à ce que, dans les maladies du foie, il y a quelque chose, passez-moi l'expression, qui porte à la peau. Cette tendance, d'ailleurs, aux manifestations cutanées se manifeste non-seulement sous forme de plaques jaunes, mais encore, ce qui est beaucoup plus habituel, sous forme de prurit. Vous en avez la preuve dans ces démangeaisons atroces qu'éprouvent la plupart des gens qui ont la jaunisse. Or, pour le prurigo de ces malades, comme pour le xanthoma de celui qui est couché dans nos salles, toutes ces affections sont indépendantes de l'ictère; ce n'est pas la matière jaune qui vient exciter les papules nerveuses de la peau et en les excitant déterminer ces accidents. Le preuve en est que bien des individus ont de l'ictère sans éprouver ces démangeaisons, ou sans présenter ces taches, et d'autres fois que ces troubles, dans les fonctions de la peau, précèdent notablement l'apparition de l'ictère.

Supposons, qu'en effet, le prurigo soit une conséquence de la pénétration de la peau par la matière jaune et que ce soit elle qui donne lieu au prurit. Celui-ci, alors même qu'il a commencé avant l'apparition de l'ictère devrait, si les choses se passaient de la sorte, devenir de plus en plus considérable, à mesure que la matière jaune augmente. Il y a donc là, en dehors de la peau, quelque chose de particulier qui détermine cette excitation cutanée. Quel est ce quelque chose? Nous ignorons en quoi il consiste.

ANEVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE DROITE

CHEZ UN INDIVIDU JEUNE. — GUÉRISON, AU MOYEN DE LA COMPRESSION MÉCANIQUE, INDIRECTE ET INTERMITTENTE, DE LA FÉMORALE, AU PLI DE L'AINE.

Par le docteur Joze Pereira-Guimaraés.

Le nommé A. F. de Paiva, âgé de vingt-six ans, Allemand, garçon, forgeron, entre dans la maison de santé de Nossa Senhora d'Ajuda, le 3 juillet 1875.

Ce malade, à tempérament sanguin, d'une constitution régulière, présente dans la région poplitée droite, au point occupé par l'artère de ce nom, une tumeur volumineuse, à forme ovoïde et assez pulsatile.

Cette tumeur n'a aucun phénomène qui indique un état de réaction inflammatoire; son diamètre longitudinal est plus grand que le transversal.

Le premier a à peu près 10 centimètres, et le deuxième de 5 à 6 à sa partie moyenne.

La peau n'a aucune adhérence avec la tumeur et glisse sur elle.

Cette tumeur présente des pulsations artérielles et un mouvement d'expansion, qu'on perçoit au regard et en y plaçant la main.

En comprimant l'artère fémorale au pli de l'aine, il y a arrêt des pulsations et des mouvements d'expansion, en même temps que la tumeur diminue un peu de volume.

Aussitôt que la compression cesse, les pulsations et l'expansion continuent à se manifester de nouveau.

L'artère pédieuse et la tibiale postérieure, examinées au travers de la malléole interne, frappent très-faiblement, faisant le contraste avec les artères du membre opposé, qui battent avec assez de force.

En appliquant l'oreille, on observe double bruit de souffle systolique et diastolique.

La circonférence du membre, mesurée un peu au-dessous du genou et sur le point correspondant au centre de la tumeur, est de 34 centimètres.

Dans ce même point, la peau présente une petite excoriation et une ecchymose, conséquence d'un appareil qui avait été appliqué pour produire la compression directe.

La gauche est un peu œdémateuse.

Ce sujet sent des douleurs dans la tumeur, lesquelles s'exaspèrent quand il marche.

Lorsqu'il essaye de marcher, la peau devient le siége d'un tremblement qui s'arrête aussitôt qu'il se couche. Il dit que la maladie a commencé au mois de mai de cette même année; et, il raconte qu'en courant, un jour de pluie, étant forcé de sauter un fossé, il ressentit un claquement ou choc au jarret, accompagné d'une légère douleur qui l'obligea à s'arrêter. Ces phénomènes, cependant, ne durèrent qu'un moment et il continua à courir.

Pendant huit jours il n'a rien souffert, mais aussitôt après ce temps, il commença à se plaindre d'une douleur et de pulsations incommodes au jarret.

Il se livra au travail encore pendant une semaine, mais il dut l'abandonner, non-seulement parce qu'une tumeur commença à se développer et à grandir, mais aussi parce que les douleurs étaient intolérables, lorsqu'il restait debout pendant quelque temps; et la jambe était prise, dans cette attitude, d'un tremblement nerveux.

Il consulta quelques médecins dont l'un lui a fait faire un appareil qu'il appliqua sur la tumeur, mais celle-ci, devenant de plus en plus grande et les douleurs s'exaspérant de même aussitôt qu'il appliquait l'appareil, il s'est vu forcé d'entrer dans la maison de santé de Nossa Senhora d'Ajuda.

Les maladies dont il a été atteint antérieurement furent : du rhumatisme, des chancres vénériens et des bubons.

Le rhumatisme dura un mois, et l'attaqua il y a cinq ans à peu près; les chancres vénériens et les bubons il y a à peu près deux ans.

D'après ce que je viens d'exposer, l'on voit que c'était un anévrysme de l'artère poplitée droite.

Je résolus d'en faire le traitement par la compression à distance et intermittente, en comprimant la crurale au pli de l'aine.

Le premier jour, (25) on fit la compression digitale, pendant deux heures, le matin, et une heure et demie le soir.

26. N'ayant pas à ma disposition un nombre d'aides suffisant, je décidai de faire la compression au moyen du tourniquet de Petit. En vue de cela, je fis placer trois compresses graduées sur l'artère fémorale, au pli de l'aine; sur ces compresses la pelote avec la vis, et le lacs ou ruban du tourniquet, en passant sur l'épine iliaque antéro-supérieure du côté opposé, et après sur la partie postérieure du bassin, et revenant sur la partie externe de la racine de la cuisse droite et terminant sur la pelote compressive. De cette manière tout le bassin fut enveloppé.

Il faut observer qu'il n'y eut application de la pelote avec les plaques et la vis que sur l'artère.

La pelote n'a pas été rapprochée de l'artère très-fortement, étant nécessaire d'appliquer la main sur la vis du tourniquet, et d'y faire une petite pression, afin que l'artère cessât complétement de frapper. De cette manière, la compression pouvait être faite avec l'aide du malade lui-même et d'une autre personne.

Grâce à lui et à M. Bernard, l'un des infirmiers les plus capables et les plus déliés que j'aie rencontrés, la compression a été faite continuellement pendant plusieurs jours.

Je recommandai au malade que, lorsque la compression cesserait, il fit tous ses efforts pour tenir le plus longtemps possible la jambe fléchie.

Pendant huit jours la compression a été exercée cinq heures le matin et deux heures le soir.

27. Hier, il a senti des douleurs qui ont augmenté un peu la nuit, et qui, commençant dans la tumeur, s'étendaient le long de la jambe, Il ne pouvait conserver la jambe pendant longtemps en flexion, parce que les douleurs augmentaient toutes les fois qu'il le faisait.

Aujourd'hui, il ne sent rien au pli de l'aine.

La compression est pratiquée trois heures le matin et deux le soir.

Les douleurs ont été encore plus fortes pendant la compression, il eut beaucoup de pesanteur dans la tête, et il ne pouvait rester longtemps assis parce qu'il éprouvait un étourdissement. Là où se trouve placée la compression, il ne sent qu'une petite douleur pendant le temps où le tourniquet est placé.

28. Quatre heures de compression le matin, trois le soir.

Des douleurs se passent encore dans la tumeur, mais elles sont devenues un peu plus supportables.

Le malade éprouve des sensations particulières.

Outre la pesanteur dans la tête, il dit que, pendant la compression, il sent le sang courir dans le corps et descendre dans le membre abdominal gauche.

Ces sensations ont persisté plusieurs jours, jusqu'à peu avant que la tumeur cessât de battre, et elles sont expliquées par l'interruption de la circulation dans le membre abdominal droit, et son reflux vers d'autres points de l'arbre circulatoire.

29. En cessant la compression, on remarque que la tumeur est un peu plus dure, déprimée au centre, plus petite et qu'elle bat avec peu de force.

Trois heures et demie de compression le matin; deux heures et demie le soir.

30. Les douleurs ont presque cessé. Vers le soir les pulsations sont à peine perçues, la tumeur est plus dure et l'on sent battre, sur son milieu et le long de son plus grand axe, une petite artère.

Cinq heures de compression le matin, trois le soir.

31. A six heures du matin on remarque que la tumeur a cessé de battre, qu'elle est dure et un peu plus petite.

Quatre heures et demie de compression le matin et deux le soir.

1 à 22 août. Quoique la tumeur eût cessé de battre, on continua à faire la compression jusqu'au 22 août.

Elle a été faite de huit à douze heures chaque jour, matin et soir.

Pendant ce temps la tumeur s'endurcit en se déprimant au centre et en diminuant de plus en plus.

Le 2 août, on vérifie qu'à mesure que l'artère fémorale, au-dessus du point où le tourniquet a été appliqué, présente une pulsation plus forte, au-dessous elle bat d'une manière presque imperceptible. Il semble qu'à peine un filet de liquide en traverse l'intérieur.

Le long de la cuisse elle semble être constituée par un ruban aplati.

Ces phénomènes sont encore observés aujourd'hui (22 août).

Du côté du genou, l'anévrysme est réduit à une petite tumeur, qui aura tout au plus le volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur est dure, ne présente pas la moindre pulsation, excepté à sa partie moyenne où bat une artère, qui est volumineuse et semble être une des jumelles.

Les autres collatérales ont augmenté beaucoup de volume, et l'on reconnaît parfaitement les deux collatérales supérieures, l'interne et l'externe.

On ne perçoit pas encore de pulsations dans la pédieuse et la tibiale postérieure, dont les pulsations avaient cessé depuis le jour où l'anévrysme cessa de battre.

La jambe, qui était un peu œdémateuse lorsque le malade vint dans la maison de santé, est dans son étal normal.

Le 15, la circonférence de la tumeur était de 32 centimètres et demi.

Du 22 août jusqu'au 9 septembre, la tumeur a diminué de plus en plus.

Les branches collatérales qui entourent le genou sont très-volumineuses, et celle qui occupe le creux poplité a acquis des proportions plus considérables.

Dans l'artère fémorale, du pli de l'aine vers les parties au-dessous, il continue encore à exister des pulsations très-faibles, contrastant avec celles de l'artère, placée immédiatement au-dessus, où l'on sent l'impulsion forte de l'onde sanguine.

Depuis le jour où la compression a été suspendue, je permis au malade de faire de l'exercice avec le membre qui avait été conservé au repos, pendant tout le temps où elle a été exercée.

Je considère la guérison comme définitive, malgré cela j'ai l'intention de conserver le malade à l'hôpital pendant quelque temps.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale dite Fontfort, appartenant à la commune de Sail-sous-Couzan (Loire).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Panas, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe.

2° Une note de M. le docteur Mandou (de Limoges), sur le rôle physiologique et pathologiqué de l'acide carbonique du sang.

3° Une lettre de M. le docteur Mahieu (de Tourcoing), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté).

4° Une note de M. le docteur Esserno, intitulée : *Des effets du goudron sur les organes respiratoires.* (Comm. : MM. Hérard et Moutard-Martin.)

PRÉSENTATIONS

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Michel, une brochure intitulée : *Étude sur les arthropathies survenant dans le cours de l'ataxie progressive.* (Voir *Gazette des hôpitaux*, n° des 15 et 29 septembre.)

RAPPORT

Étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Woillez, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hérard et Moutard-Martin, lit un rapport sur un mémoire du docteur Pagès, médecin en chef de l'hospice d'Alais (Gard), ayant pour titre : *Étude clinique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

« En résumé, dit en terminant M. Woillez, tout en reconnaissant l'influence qu'a pu avoir l'agglomération plus ou moins nombreuse des soldats sur la production de la fièvre typhoïde à Alais, nous ne saurions admettre l'opinion trop exclusive de l'auteur. L'encombrement est loin d'être la cause essentielle des épidémies de fièvre typhoïde, combien n'en voit-on pas se développer là où existent les meilleures conditions possibles d'aération, de bien-être et d'alimentation?

En s'occupant des lieux où il a fait ses observations, le docteur Pagès n'a pas tenu suffisamment compte des individus. Chacune des épidémies qu'il a observées, sauf en 1855, a atteint un trop petit nombre de soldats pour qu'il ait pu conclure avec certitude. Et puis, en ne constatant les épidémies que sur les militaires, il nous semble qu'il aurait dû songer à faire intervenir les conditions particulières que présentent les jeunes soldats composant l'armée. La plus grande fréquence parmi eux des épidémies de fièvre typhoïde est un fait notoire, quels que soient les lieux qu'ils habitent; et, comme M. Léon Collin l'a si bien dit dans la dernière séance, la multiplicité des influences typhogènes semble indiquer que la cause de la maladie est décomposable, et que, par conséquent, l'on ne doit pas la résumer en un seul agent.

Dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, il y a évidemment un premier principe très-difficile à préciser, comme le démontre la discussion pendante devant l'Académie ; mais en dehors de cette cause inconnue, il y a un groupe de causes secondaires favorisant le développement des épidémies, causes qui comprennent les émanations putrides, la contagion, l'encombrement et beaucoup d'autres influences nocives. Et comme ces influences secondaires sont les plus faciles à observer, on est, par cela même, plus disposé à leur attribuer exclusivement la maladie.

L'opinion du docteur Pagès, qu'il dit nouvelle, ne saurait donc être considérée autrement que toutes celles que l'on a voulu baser sur une seule cause secondaire, considérée à tort comme cause fondamentale.

La plupart des questions d'étiologie en pathologie, sont obscures et difficiles à préciser. On a beaucoup dit et l'on dira beaucoup encore sous ce rapport; mais discuter n'est pas toujours prouver. Les données, formées par l'observation bien faite, sans arrière-pensée, et par l'expérimentation bien comprise, devront conduire dans la limite du possible, à éclairer le problème de la genèse des épidémies de fièvre typhoïde. Mais dans cette double voie, quelles réserves on doit mettre dans l'observation! Avec quelle prudence il faut conclure d'après les expériences! et combien il est facile d'exagérer les résultats de l'expérimentation et d'en tirer de fausses inductions!

Mais je m'arrête, sans vouloir m'engager à propos de ce rapport, dans la discussion actuelle sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Mon seul but a été de faire connaître un travail soigneusement fait sur ce sujet par un érudit et vénéré praticien, qui nous expose le résultat de sa pratique d'un demi-siècle, travail qui méritait d'attirer votre attention.

Nous proposons de remercier M. le docteur Pagès, qui est lauréat de cette Académie, de son intéressant travail et de déposer honorablement son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

Dyspepsie flatulente. — M. Leven donne lecture d'un travail intitulé : *Des gaz de l'estomac et de l'intestin, et de la dyspepsie flatulente.*

Quelle est l'origine des gaz que l'on observe dans la dyspepsie flatulente ? Telle est la question que M. Leven s'est proposé de résoudre par la physiologie expérimentale et par la clinique.

Les physiologistes admettent que les gaz du tube digestif viennent de trois sources, de l'air extérieur, du sang et des aliments.

L'aliment doit-il être compté comme troisième source des gaz du tube digestif?

Si l'aliment donne lieu à une production de gaz, dit M. Leven, il faut que, chez un animal à jeun, on en trouve toujours moins que chez un animal nourri.

Or, je trouve 14 centimètres cubes dans l'intestin grêle d'un chien à jeun depuis quarante-huit heures, 32 centimètres cubes chez un autre dans les mêmes conditions, tandis que l'intestin d'un chien bien nourri de pain et viande n'a fourni que 1 centimètre cube de gaz.

J'ai répété bien des fois ces observations, et j'ai toujours vu qu'un animal à la diète n'a pas moins de gaz, et que souvent son tube digestif en contient bien plus que quand il est nourri.

Si l'aliment se décompose réellement dans le tube digestif et donne des gaz, il faut, qu'en soumettant des animaux à un même régime alimentaire, je trouve une même quantité de gaz.

Je nourris un chien avec quantités égales de viande et pain. L'intestin grêle du premier contient 28 centimètres cubes, et son gros intestin en contient 33 centimètres cubes.

L'intestin grêle du deuxième contient 1 centimètre cube et son gros intestin en contient 2 centimètres cubes.

La quantité de gaz varie donc dans une proportion considérable avec une même alimentation.

Ces aliments, viande et pain, laissent le tube digestif du chien dans un parfait état d'intégrité.

Si on lui donne des aliments irritants pour l'estomac, comme des choux, de la graisse, la proportion de gaz augmentera-t-elle?

Je nourris pendant cinq jours un chien avec 300 grammes de choux, et 50 grammes de saindoux par jour.

Cette alimentation détermine une congestion permanente de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle, produit des foyers hémorrhagiques sous-muqueux dans l'estomac et dans l'intestin et crée une véritable dyspepsie expérimentale.

On pourrait penser que cet état irritatif pourrait être favorable à la production des gaz.

L'intestin grêle du chien contient 5 centimètres cubes de gaz et son estomac en contient 3 centimètres cubes, tandis qu'avec un régime de viande l'intestin grêle en contenait 28 centimètres cubes.

Ainsi, une nourriture végétale fournit moins de gaz qu'une nourriture animale; la quantité de gaz est moindre dans un tube digestif irrité que dans un tube digestif qui ne l'est point.

En résumé, la diète chez les animaux ne diminue pas la quantité de gaz que l'on trouve dans le tube digestif; on en rencontre souvent une quantité plus grande que chez l'animal nourri.

La quantité de gaz du tube digestif est indépendante de la quantité d'aliments et indépendante de la qualité des aliments.

La qualité des gaz n'est pas plus subordonnée au mode d'alimentation que la quantité.

Elle varie chez les animaux à jeun et chez ceux soumis à un même régime alimentaire.

L'expérimentation physiologique ne paraît donc pas confirmer cette idée *a priori* que l'aliment fournit des gaz.

Si l'aliment, comme il semble résulter de l'expérimentation ne se décompose pas pour faire des gaz, on doit se demander d'où viennent l'hydrogène carboné et l'hydrogène sulfuré.

L'intestin grêle chargé de liquide digestif n'est pas un milieu favorable à la fermentation; mais le gros intestin qui n'a plus de liquide digestif pour peptoniser les azotes, émulsionner les graisses, et transformer les fécules, le gros intestin dans lequel les matières excrémentitielles sont en quelque sorte soustraites à la vie, se prête à la fermentation, c'est dans le gros intestin que se forme l'hydrogène carboné et sulfuré, et c'est probablement par les mouvements imprimés au tube digestif des animaux dont on fait l'autopsie que l'on déplace ces gaz, et qu'on les fait monter dans l'intestin grêle.

Pathologie. — Dyspepsie flatulente. — La clinique confirme cette donnée de la physiologie à savoir que les gaz ne viennent pas des aliments.

En effet, ceux-ci se dégagent quand le malade affecté de dyspepsie flatulente a fini son repas ou bien trois ou quatre heures après le repas, ou encore lorsque le matin à jeun il n'a pris qu'une seule cuiller de liquide.

J'ai recueilli l'observation d'un malade souffrant depuis plusieurs années de dyspepsie flatulente, qui rendait des gaz deux ou trois heures de suite après avoir pris le matin à jeun une seule cuiller de lait.

Un deuxième fait que la clinique met en évidence, c'est que les gaz ne se développent pas au début de la dyspepsie stomacale, mais seulement quand elle a duré quelques mois ou quelques années, et que la dyspepsie, caractérisée par la production de gaz, ne se manifeste que longtemps après le début de la dyspepsie stomacale.

Les gaz ont cessé de suivre leur trajet normal de sortir par le gros intestin, sont tous renvoyés du côté de l'estomac. Leur émission est précédée d'une colique intestinale due à une contraction antipéristaltique, et aussitôt qu'elle s'est produite, le gaz remonte de l'intestin dans l'estomac et de là, est renvoyé vers la bouche. Le malade se sent soulagé aussitôt. Au plus fort de la maladie tous les gaz sortent par la bouche, et il n'en est plus rendu un seul par l'anus.

Quelle est la physiologie pathologique pouvant nous servir à expliquer la formation de ces gaz?

S'ils se produisent immédiatement après l'ingestion d'une cuiller de lait, durant deux ou trois heures, on ne peut évidemment les attribuer à la décomposition du lait à sa fermentation.

S'ils ne se produisent que trois ou quatre heures après le repas, comme on l'observe dans la dyspepsie flatulente, chez un individu qui a fait un repas avec des haricots, des pois ou des lentilles, doit-on incriminer le haricot, le pois ou la lentille.

Que le même malade les mange à l'état de farine au lieu de les manger à l'état naturel, vous verrez les gaz diminuer notablement, et cependant c'est le même aliment sous une autre forme il est vrai, mais qui devrait fournir la même quantité de gaz, en supposant que l'aliment engendre le gaz.

L'observation clinique ne démontre pas que l'aliment doive être incriminé.

Comment alors nous rendre compte de la formation incessante de gaz chez le dyspeptique?

Rappelons ce que nous avons dit plus haut, que la dyspepsie flatulente n'arrivant qu'à une période avancée de la dyspepsie stomacale, c'est-à-dire quand l'irritation de l'estomac dure depuis des mois ou des années. L'irritation de l'estomac s'est étendue jusqu'à l'intestin grêle et elle se traduit dans la fibre musculaire de l'intestin par des contractions antipéristaltiques qui ont remplacé les contractions péristaltiques.

Qu'une cuiller de liquide arrive dans l'estomac ou que l'aliment descende dans l'intestin à la troisième ou quatrième heure après le repas, les contractions antipéristaltiques commencent, et chacune détermine l'émission d'un gaz vers l'estomac et la bouche.

A mesure que les gaz de l'intestin sont chassés, ils sont remplacés par ceux qui viennent de l'air et du sang, et pour cette raison les malades en peuvent rendre continuellement.

Les gaz ne signifient donc pas pour nous une fermentation de l'aliment, mais bien une irritation de l'intestin qui se traduit dans la fibre musculaire par un trouble de sa fonction.

En résumé, les aliments ne paraissent pas produire de gaz, ceux que l'on trouve dans le tube digestif viennent de l'air extérieur, du sang et des matières fécales.

Les gaz qui se produisent dans la dyspepsie flatulente ne sont pas dus à une décomposition de l'aliment, mais provenant des trois sources que nous venons d'indiquer, ils sont mis continuellement en mouvement par les contractions pathologiques des fibres musculaires de l'intestin, expulsés par la bouche; ils sont continuellement renouvelés; leur production peut être incessante aussi bien chez un individu à jeun que chez celui qui est nourri.

Le symptôme production du gaz signifie donc une irritation de l'intestin qui est toujours consécutive à une dyspepsie stomacale déjà ancienne.

La marche de la maladie et le traitement à suivre pour la guérir, confirment ces données de l'observation clinique.

Il n'est pas besoin de chercher une médication contre les gaz; du reste, les poudres que l'on appelle absorbantes contre le charbon, n'absorbent pas de gaz, ce que j'ai vérifié expérimentalement. Si le charbon en bloc absorbe des gaz, dès qu'il est réduit en poudre, il a perdu toute propriété absorbante. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen des travaux précédents de M. Leven, sur le même sujet.)

M. GALLARD, candidat pour la section d'hygiène, médecine légale et police médicale, lit un mémoire sur *les opérations interdites aux officiers de santé* (*absence de sanction pénale, lacunes de la loi relative à l'exercice de la médecine; nécessité d'une législation nouvelle*).

Le fond de ce travail est afférent à la fois à la *médecine légale* et à la *police médicale*. Un rapport qui a été demandé par la Justice sur la question de savoir si un officier de santé n'avait pas dépassé ses attributions en faisant des applications successives de pâte de Vienne et en pratiquant des ponctions pour ouvrir un kyste de la rate. En s'inspirant de l'esprit et du texte même de la loi, l'auteur a exposé les raisons déduites de la clinique qui doivent faire considérer comme de « grandes opérations chirurgicales » toutes celles qui ont pour objet le traitement des kystes de la cavité abdominale, quel que soit le procédé opératoire employé. Il a énuméré les dangers auxquels exposent ces opérations, même dans les cas qui paraissent les plus simples, et, montrant combien est grande la responsabilité que l'on doit assumer avant de se décider à les pratiquer, il en a conclu que l'officier de santé n'est nullement autorisé à les entreprendre seul, sans se placer sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, comme le veut la loi.

Ces conclusions ont bien été admises par le juge d'instruction et par le parquet; mais, malgré tout le désir qu'ils avaient de réprimer l'infraction ainsi constatée, les magistrats n'ont pas pu poursuivre le délinquant, parce que la loi n'a édicté aucune peine qui puisse être appliquée à ceux qui viendraient à enfreindre ses prescriptions. Frappé de cette anomalie, l'auteur a recherché si les autres articles de la loi étaient mieux respectés que celui qui a la prétention de défendre la pratique des grandes opérations aux officiers de santé. Il a vu alors que les médecins du second ordre, crées pour fournir plus particulièrement aux besoins des campagnes, se fixent plus généralement dans les grandes villes, et que s'ils veulent exercer dans plusieurs départements, ils le peuvent faire en subissant successivement autant d'examens différents, d'où il résulte que leur pratique ne diffère en rien de celle des docteurs. Il a trouvé, chemin faisant, bien d'autres incorrections dans les lois de l'an XI. Sans parler de la révision si nécessaire du tarif des expertises judiciaires, il s'est rappelé que déjà, en 1863, il avait été chargé par l'Association générale des médecins de France de signaler une lacune analogue dans la loi de germinal, qui interdit l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par le même individu, alors même qu'il serait muni des deux diplômes, mais sans indiquer la peine applicable aux délinquants, d'où il résulte que les tribunaux, après avoir déclaré l'acte blâmable et contraire à la loi, ont été obligés de reconnaître par des jugements et des arrêts, qu'ils n'ont aucun moyen de le réprimer.

Ces imperfections, et bien d'autres encore qu'il serait facile de relever, portent à conclure qu'au lieu de demander des modifications de détail aux lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie, il faut, comme l'a conseillé dans son dernier compte rendu le secrétaire général de l'Association des médecins de France, provoquer résolûment la révision générale de l'ensemble de nos lois professionnelles, et demander aux pouvoirs publics qu'ils préparent enfin un code complet contenant, réunies sous un même titre, toutes les dispositions législatives applicables, tant à l'enseignement qu'à la pratique de l'art de guérir. (Renvoyé à la section d'hygiène et de médecine légale constituée en commission d'élection).

Rôle des alcalins dans l'économie animale. — M. MIALHE donne lecture d'un travail sous le titre de : *Nouvelles recherches sur le rôle des alcalins dans l'économie animale.*

Le fait de l'indispensable nécessité de la présence constante des alcalis dans les liquides de l'économie animale fut posé pour la première fois en 1824, par M. Chevreul. Seulement, ce savant l'attribue aux alcalis caustiques, tandis qu'il faut le rapporter aux bicarbonates alcalins.

Les faits acquis aujourd'hui à la science, dit M. Mialhe, permettent de dire : le rôle des alcalins pour influencer les matières organiques et rendre leur oxydation possible au sein de l'économie animale, ne saurait être mis en doute, ainsi que je l'ai démontré dans différents mémoires sur la digestion, l'assimilation et l'oxydation organique ou vitale. Il existe dans les organes des animaux des corps inorganiques qui y exercent une activité incontestable, tels sont le fer, le phosphate de chaux, les bicarbonates alcalins, etc.

C'est, appuyé sur ces faits, que M. Mialhe a essayé dans ce travail de résoudre cette question : les bicarbonates alcalins administrés à hautes doses, peuvent-ils donner naissance à une cachexie spéciale désignée sous le nom de cachexie alcaline?

L'ensemble des arguments tirés de la chimie, de la physiologie et de la pathologie, qui sont longuement développés dans ce travail, conduisent M. Mialhe à résoudre cette question par la négative.

M. Mialhe, en terminant, soumet à l'Académie les considérations générales suivantes, relatives à l'administration des alcalins.

Que se propose-t-on en prescrivant les eaux bicarbonatées sodiques? On a pour but d'introduire dans le sang une proportion de bicarbonate de soude suffisante pour modifier sensiblement la composition intime des matières albuminoïdes, avec lesquels l'élément alcalin entre en combinaison, et par suite, d'activer les phénomènes d'oxydation organique ou vitale, ainsi que ceux d'endosmose et d'exosmose, de modifier la nature des sécrétions, etc. Or, quelle est la proportion de bicarbonate de soude qu'il convient d'introduire dans l'économie pour atteindre ce résultat? Il est impossible de répondre catégoriquement à cette question, et voici pourquoi : la proportion de base alcaline qui existe dans l'économie animale, soit à l'état de bicarbonate, soit à l'état d'albuminate, est loin d'être toujours la même, non-seulement chez les animaux des deux grandes classes, herbivores et carnivores, mais encore chez les animaux de la même espèce. L'homme qui est omnivore doit tenir le milieu, à ce sujet et se rapprocher au point de vue de son alcalinité humorale ou des herbivores ou des carnivores, suivant son genre d'alimentation. C'est, en effet, ce qui a lieu; aussi l'homme des villes a-t-il besoin d'une plus forte dose d'alcali pour ramener ses humeurs à l'état physiologique que le paysan, qui emprunte presque exclusivement sa nourriture au règne végétal. Voilà une première indication à laquelle un médecin physiologue ne doit pas manquer de s'arrêter. Le fonctionnement de la peau doit aussi ne pas être négligé, il doit se rappeler, en prescrivant les alcalins, qu'un malade qui transpire chasse une partie de ses acides hors de l'économie, et, partant, demande pour être convenablement alcalisé une proportion moindre de base alcaline. Il doit aussi ne pas oublier qu'un malade vivant au grand air et se livrant à un exercice musculaire a besoin, pour être alcalisé, d'une quantité de bicarbonate plus faible qu'un malade qui vit dans l'inaction. Il doit, enfin, tenir compte de l'élévation de la température parce qu'elle accélère l'alcalisation de l'économie, à la manière sans doute de l'exercice forcé, et aussi parce qu'elle agit sur le système nerveux à ce point même que les malades ne supportent cette médication qu'avec beaucoup de fatigue pendant les grandes chaleurs.

Reste une question qui a aussi son importance : je crois qu'il convient d'administrer d'*emblée* la dose maxima que l'on se propose de prescrire au malade pendant toute la durée du traitement; seulement à doses fractionnées, car il est essentiel de maintenir toujours l'économie au même degré d'alcalisation. Et, à ce sujet, je recommande l'usage du papier de Tournesol pour s'assurer de la nature chimique des urines, car rien n'intéresse autant le médecin que la connaissance du milieu chimique où s'accomplissent les mystérieux phénomènes morbides qu'il est appelé à traiter. Notre collègue, M. Cl. Bernard, a dit dernièrement à l'Académie des sciences, que le sucre est un élément vital constant et nécessaire du sang. Eh bien, je dirai à mon tour, avec non moins de conviction,

que les bicarbonates alcalins constituent un élément vital constant et nécessaire du sang et de l'économie tout entière.

M. GUBLER demande la parole, mais, vu l'heure avancée, il renvoie à la séance prochaine les observations qu'il aurait à faire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

233. Grosperrin. De l'éphidrose parotidienne.
234. Lelièvre. Des exostoses épiphysaires de l'extrémité inférieure du fémur.
235. Crimail. Des luxations traumatiques du fémur.
236. Moinel. Essai sur le lupus scrofuleux des fosses nasales.
237. Richaud. Étude sur le pityriasis pilaris.
238. Cotelle. De l'hématocèle péri-utérine.
239. Goudard. Études sur les fluxions rhumatismales abarticulaires.
240. Beauregard. Contribution à l'étude du traitement des organes génito-urinaires chez les mammifères.
241. Deval. Étude sur le baume Gurjun (*Gurjum balsum* ou *Wood-oil*) et quelques-unes de ses applications thérapeutiques.
242. Gaudeau. Étude sur le rétrécissement mitral.
243. Barbaux. Considérations sur l'ongle incarné.
244. Lucas-Fontaine. Étude sur la résection appliquée à la tumeur blanche du coude.
245. Gardies. De la médication par l'alcool dans la pneumonie.
246. Monod. De la dilatation forcée du sphincter de l'anus, considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes.
247. Tixier. Étiologie de l'adénite cervicale du soldat.
248. Martin. Réflexions sur la question des rapports de l'urée avec le foie.
249. Merlou. De l'ovarite aiguë.
250. Fabel. Sur quelques points d'ovologie comparée.
251. Ravan. De l'inanition et de ses rapports avec la médecine légale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 9 octobre 1877, la chaire de pharmacie galénique de l'école supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret en date du 3 octobre 1877, M. Samuel Chedevergne, professeur adjoint à l'école de médecine de Poitiers, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 2 octobre 1877, M. Rabot-Delaunay, pharmacien, secrétaire du conseil d'hygiène de Seine-et-Oise est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hospices civils de Rouen.* — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 19 décembre 1877.

Ce concours aura lieu à l'Hospice-Général, sous la présidence d'un administrateur.

Épreuves. — Les épreuves se composent :

1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ;

2° D'une dissertation écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales ;

3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de médecine ;

4° D'une consultation rédigée sur un cas de maladie grave.

La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'entr'eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

Conditions d'admission. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice-Général, avant le 1er décembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise ;

2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits où à faire ; un certificat de moralité ; leur diplôme de docteur en médecine ; les pièces constatant qu'ils ont vingt-cinq ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français ;

3° Justifier de deux années de pratique comme docteur en médecine.

Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats.

Le concours est public.

Aucun candidat ne pourra entrer à l'Hospice-Général, pour y visiter les infirmeries, durant les quinze jours qui précèderont le concours.

Les fonctions de médecin sont gratuites.

Manuel d'anatomie. 2e édition du résumé d'anatomie, livre destiné aux examens et aux concours, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-18, avec 151 figures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

L'insolation (1).

On a vu, dans les faits d'insolation que nous avons rapportés dans notre dernière Revue, les effets immédiats. Les observations montrent l'action du coup de soleil sur les centres nerveux. Il nous faut signaler aujourd'hui les effets secondaires ou éloignés. Le coup de soleil détermine, en effet, indépendamment de ces premiers effets sur le cerveau, des troubles consécutifs plus ou moins durables. Les plus fréquents sont des troubles gastro-intestinaux.

Les militaires atteints de coup de soleil au premier et au deuxième degré, dont nous avons rapidement esquissé l'histoire, ont tous présenté le symptôme constipation. Dans d'autres circonstances, on a signalé aussi les vomissements et de nombreux troubles dans les sécrétions des glandes intestinales.

L'une des conséquences de l'insolation, que l'on a constatée également, est un état fébrile plus ou moins passager, mais, en général, léger dans notre climat. Ce sont des fièvres éphémères ou synoques, des embarras gastriques fébriles, semblables à ceux qu'on observe fréquemment au printemps, sous l'influence des premières chaleurs.

Enfin, on voit survenir quelquefois, comme conséquences de l'insolation, des épistaxis, des hémoptysies et des congestions pulmonaires, comme plusieurs soldats atteints à la revue du 1er juillet, en ont offert des exemples.

Quel est le mode d'action du coup de soleil? Y a-t-il action d'une cause unique ou de plusieurs causes réunies et combinées? Quelle serait, dans ce dernier cas, la part à faire aux conditions spéciales aux hommes qui ont été frappés et aux circonstances particulières du trajet pendant lequel se sont produits les accidents?

La réponse à ces diverses questions et surtout l'étude préalable qu'elle nécessiterait nous entraîneraient bien loin. Nous nous bornerons à dire ce que les faits observés par M. Lacassagne, dans les circonstances que l'on connaît, réunis aux observations du même genre qu'il a eu l'occasion de faire en Afrique, lui ont appris, à cet égard, et les conclusions, au moins provisoires, auxquelles il a été conduit par l'étude de cette question.

Pour M. Lacassagne, il y aurait à considérer, dans la cause essentielle de ces accidents, deux agents distincts : l'action générale de la chaleur et les effets directs des rayons solaires, en d'autres termes, le *coup de chaud* et le *coup de soleil*. Mais cette distinction, fondée sur des observations d'une autre nature et sur l'expérimentation, est difficile à faire ici, dans l'espèce, l'action de l'insolation étant nécessairement complexe et impliquant à peu près inséparablement l'intervention de ces deux agents. Nous dirons donc simplement que M. Lacassagne considère l'insolation comme portant directement et d'abord sur les centres nerveux. Le coup de soleil échauffe l'encéphale, et, soit directement, soit par action réflexe, exagère, diminue ou pervertit l'action trophique centrale. Mais tout en mettant ce mode d'action en relief et au premier rang, notre confrère entend tenir compte également de l'élément individuel, de la susceptibilité des systèmes nerveux et des tempéraments. Il attache une grande importance à l'état de la circulation cutanée, toute modification de la circulation capillaire du tégument externe et surtout un refroidissement brusque et prolongé, sans réaction, congestionnant les parties profondes et augmentant les effets de l'hyperémie provoquée par l'action directe du soleil sur les centres nerveux. C'est ainsi, par exemple, que les hommes du corps de la gendarmerie, qui ont été atteints le plus violemment par l'insolation et qui ont éprouvé les effets les plus graves, ont paru surtout éprouver ces effets, non point pendant qu'ils étaient exposés au soleil, mais pendant le repos à la fraîcheur des arbres du parc de Saint-Cloud.

Enfin, il a fallu tenir compte aussi, dans ces faits, des circonstances et des causes spéciales nombreuses qui interviennent pour les troupes en marche et qui expliquent la plus grande fréquence de ce genre d'accidents parmi elles, telles que la constriction des vêtements en laine, la lourde charge que portent les hommes, la forme et le poids de la coiffure, enfin l'échauffement qui se produit, surtout au centre de la masse en mouvement, par le fait de cette réunion d'hommes pressés les uns contre les autres. C'est, en effet, parmi les hommes qui étaient dans l'intérieur des carrés qu'ont eu lieu le plus grand nombre d'accidents d'insolation.

Un mot seulement sur le traitement. Voici les moyens em-

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier 6 octobre.

ployés ou conseillés par M. Lacassagne. Dans le coup de soleil au premier degré, application de compresses fraîches sur la tête, repos dans un lieu frais et à l'ombre. Dans quelques cas donner une potion cordiale. Contre les lypothymies, rafraîchissants et fortifiants. Contre la syncope, aspersions d'eau fraîche, frictions sur la région épigastrique, titillations à la gorge, etc. Contre le coma, une saignée locale ou générale. M. Lacassagne dit avoir eu plusieurs fois recours avec succès, en Afrique, à l'enveloppement dans des draps mouillés.

Enfin, aux yeux de notre confrère, l'indication la plus essentielle est d'agir sur l'intestin. Des purgatifs doux, d'abord, et dans les cas graves, des purgatifs drastiques, le pronostic pouvant souvent se tirer, en effet, de l'état de l'estomac et de l'intestin. Si l'embarras gastrique se montre, prescrire les amers. S'il y a de la céphalée persistante, des troubles cérébraux durables, appliquer un vésicatoire à la nuque et l'y maintenir à demeure.

Athétose.

Dans une note communiquée à la Société médicale des hôpitaux et qui a été reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux* (Voir le numéro du 26 juin dernier), M. Proust faisait connaître un cas de cette bizarre affection choréiforme localisée, qui a été décrite récemment sous le nom d'athétose, et qui n'est ni la chorée proprement dite, ni la sclérose en plaque, ni la paralysie agitante, ni l'ataxie locomotrice, ni la contracture vulgaire, ni la trémulation des hémiplégiques parvenus à la période de la récupération des mouvements. Quelques nouveaux faits de ce genre ont été observés depuis. Les *Archives de médecine,* dans le cahier de septembre, en rapportent un exemple, d'après le professeur O. Berger (de Breslau). Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune homme de dix-neuf ans, présentant aux extrémités gauches un jeu musculaire très-bizarre, faisant croire au premier abord à une hémichorée, mais s'en distinguant en réalité par la limitation de l'affection à la périphérie des extrémités et par la régularité des contractions associées dans le sens de la préhension. Ces mouvements, qui se reproduisent presque incessamment, sont des flexions et des extensions, des adductions et des abductions alternatives des doigts. Ces contractions énergiques sont sans douleur. L'articulation de la main est le siége de mouvements moins étendus. Le pied présente une disposition analogue, les segments supérieurs restant immobiles. Cette activité convulsive persiste la nuit pendant le sommeil. Enfin, ce malade présente, en outre, une hémiparésie du côté gauche, avec hémianesthésie cutanée et atrophie légère du membre inférieur et du bras et une asymétrie crânienne. Il faut ajouter que ce malade est en proie à des convulsions épileptiformes, localisées à gauche, précédées de douleurs du même côté, apparaissant à des intervalles variables. L'épilepsie date de l'époque de la dentition, et c'est deux ans après que se manifestèrent les mouvements convulsifs des extrémités, qui durent depuis seize ans.

On peut voir, en ce moment même, un fait de même genre dans la salle des femmes du service de la clinique de l'hôpital de la Charité, où M. Duguet, chargé temporairement du service, l'a signalé à notre attention. Ici le fait est beaucoup plus réduit et limité à la main droite. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, entrée à l'hôpital pour une tout autre affection, un carcinome utérin, mais qui présente depuis l'âge de cinq ans le phénomène si bien décrit dans la note de M. Proust. Les doigts de la main droite sont presque incessamment animés de mouvements involontaires et alternatifs de contraction, d'extension, d'abduction et d'adduction. Ils n'obéissent que très-difficilement à la volonté, et soit que la malade veuille fermer la main ou l'ouvrir, ce n'est qu'en faisant un certain effort et comme par des tâtonnements et des mouvements irréguliers de circumduction qu'elle y arrive. Aussi la préhension des objets qu'on lui présente ou qu'elle désire elle-même saisir, ne se fait-elle qu'avec une sorte d'hésitation, avec lenteur et gaucherie; mais une fois l'objet saisi, elle a autant de peine à le lâcher, et on est quelquefois obligé de l'y aider. Ainsi, lui ayant donné ma main à saisir, elle l'a prise avec sa maladresse ordinaire, l'a serrée assez fortement — les contractions musculaires ne manquent pas d'une certaine énergie, — et puis, elle a eu toutes les peines du monde à la lâcher; il a fallu l'y aider pour lui faire lâcher prise. Les doigts ne sont d'ailleurs le siége d'aucune douleur, ni dans le repos, ni dans les mouvements. Il n'y a ni anesthésie ni analgésie de la peau. Ces mouvements involontaires, presque continuels, surtout lorsqu'on fixe son attention sur sa main, cessent pendant le sommeil, mais pour reprendre leur activité presque aussitôt après le réveil. Les mouvements du poignet sont libres et normaux, ainsi que ceux du bras et de l'avant-bras. L'affection est limitée exclusivement aux doigts. Il faut ajouter que lorsque la malade ferme la main, le pouce est porté le premier dans l'adduction et la flexion et les autres doigts se referment sur lui, comme dans les convulsions épileptiques. Les doigts ne nous ont pas paru très-sensiblement atrophiés. Quant au bras et l'avant-bras, ils ont le même volume que ceux du côté gauche.

Nous avons dit que cette affection datait, chez cette femme, de l'âge de cinq ans. Elle sait que ça lui est survenu après une maladie, mais elle ne sait dire au juste laquelle.

Ce fait, ainsi que celui de M. le docteur Berger, de Breslau, que nous venons de citer, celui de M. Proust, et ceux que notre confrère a rappelés dans sa communication, paraissent, sauf peut-être quelques différences partielles ou quelques particularités, se rattacher en réalité aux faits que M. Charcot a décrits sous le nom d'hémichorée posthémiplégique, et dépendent très-probablement, comme eux, d'une ancienne affection cérébrale dont il reste à déterminer la nature et la localisation précise.

Fièvre typhoïde. — Plaie du pouce. — Mort au huitième jour. — Abcès métastatiques multiples.

La fièvre typhoïde, que le dernier rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes, nous présentait comme ayant atteint en juin le point le plus déclive de sa courbe saisonnière normale, après quelques oscillations qui commençaient à se manifester au mois de juillet, a repris en août sa courbe ascendante, moins accusée que celle de l'année dernière, mais qui n'a cessé, sinon de monter, du moins de se maintenir en septembre et encore en ce moment. Nous avons vu, en effet, depuis un mois, un assez grand nombre de cas de fièvre typhoïde dans les principaux services des hôpitaux. Nous ne sommes pas encore en mesure d'assigner à l'épidémie saisonnière ni son degré d'intensité, ni ses caractères particuliers. Nous ne faisons que la mentionner pour mémoire, en passant, ne désirant nous arrêter que sur un fait épisodique dont nous avons eu l'occasion de voir l'issue funeste et les intéressants résultats cadavériques que voici :

Un jeune garçon de seize à dix-sept ans, bien développé, paraissant avoir dû être assez fort et bien constitué, est entré dans le service de M. Dumontpallier à l'hôpital de la Pitié

avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde au début, bien caractérisée. Ce garçon portait au pouce de la main gauche une large plaie suppurante qu'il s'était faite, huit jours auparavant, avec un tranchet. L'affection typhoïde suivait son cours régulier et sa période ascendante, lorsque, à peine le premier septénaire accompli, le huitième jour environ de sa maladie, il a succombé.

Qu'était-il survenu? L'autopsie nous l'a appris. Les lésions intestinales caractéristiques de la dothiénentérie étaient bien, en effet, celles de la fin du premier septénaire et du passage au second : larges plaques gaufrées multiples de la fin de l'iléon, engorgements ganglionnaires abdominaux, etc. Il n'y avait pas là assurément de quoi expliquer la mort. Mais, en examinant les viscères, on a trouvé des infarctus dans les parties hyperémiées des poumons et un grand nombre de petits abcès métastatiques dans le foie. Ses deux faces convexe et concave en étaient comme émaillées. De plus, on a trouvé du pus dans la cavité abdominale avec quelques points d'injection et d'adhérences péritonéales. Le cerveau, également examiné en notre présence, n'a présenté aucun foyer, ni aucune autre lésion appréciable.

Ce malade avait donc succombé à une résorption et à une infection purulente, dont le foyer ou le point de départ était la plaie suppurante du pouce.

Nous relèverons et signalerons prochainement, s'il y a lieu, quelques-uns des cas particuliers, les plus intéressants de fièvre typhoïde, qui auront pu se présenter à l'observation de nos confrères des hôpitaux.

Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Plaie d'arme à feu à la jambe. — Chirurgie conservatrice. Guérison.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

Le 26 juillet dernier le nommé C..., vingt-neuf ans, cultivateur à Aboncourt (Meurthe-et-Moselle), eut la jambe gauche fracassée par l'explosion d'une boîte, presque à bout portant.

Voici ce qui était arrivé. On a, dans nos campagnes, la funeste habitude, pour l'événement le plus insignifiant, un baptême, un mariage, un enterrement, à la Fête-Dieu, de rehausser ces cérémonies par des salves d'artillerie; on ne peut naître, vivre ni mourir sans recevoir un coup de pistolet qui ordinairement vous éclate dans la main; aussi ne se passe-t-il guère d'année sans que nous n'ayons deux ou trois amputations à pratiquer en l'honneur de la visite d'un personnage administratif ou pour la plus grande gloire de Dieu. Le maire de l'endroit avait donc, par un excès de zèle, donné des ordres pour saluer l'arrivée d'une autorité; d'où explosion d'enthousiasme, explosion d'une arme à feu, mutilation d'un membre; mais ceci n'était pas dans le programme officiel.

Le médecin du voisinage est appelé, et en face de désordres aussi considérables, il demande les conseils d'un confrère.

D'un avis commun, il fut décidé que l'amputation de la cuisse serait pratiquée le plus tôt possible.

Le patient, tourmenté par les angoisses d'une alternative de mutilation, qui brisait sa carrière, ou d'une mort à peu près certaine, ne pouvant se résigner à ce sacrifice, me fit appeler, deux jours après l'accident, et nous le voyons avec le médecin traitant.

La lésion est grave, les tubérosités du tibia sont presque entièrement enlevées, il ne reste plus en arrière, vers le creux poplité, qu'une lame mince de la paroi postérieure, le péroné est intact. La plaie osseuse commence à 2 centimètres et demi au-dessous de l'interligne articulaire, mesure 4 centimètres dans le sens vertical, 6 centimètres en travers sur une profondeur de 5 centimètres. Le tendon rotulien est en partie respecté ainsi que la veine saphène interne, pas d'hémorrhagie; quelques esquilles flottantes sont extraites, le membre est engourdi, un peu refroidi. Stupeur locale. Le doigt promené sur les aspérités fragmentaires, constate de profondes anfractuosités, les chairs ont subi l'attrition, elles sont dilacérées, livides; tuméfaction du membre, douleurs insignifiantes, réaction faible, pouls à 85. État général satisfaisant.

Que faire avec les données d'un problème chirurgical aussi difficile à résoudre? car il faut agir, soit qu'on conserve le membre, soit qu'on se décide à sacrifier la partie pour sauver le tout : et il faut agir de suite, car l'amputation consécutive est frappée d'une désastreuse léthalité.

Mais en conservant le membre, que d'accidents à redouter? que de dangers suspendus sur notre blessé? Délire nerveux, tétanos, sphacèle, pourriture d'hôpital, pyohémie, ostéo-myélite diffuse consécutive à une répercussion du traumatisme sur une large surface; félure osseuse pouvant s'étendre à l'articulation voisine, déterminer une ostéite épiphysaire et une plaie pénétrante.

D'un autre côté, la lésion, malgré son étendue, nous paraît simple; la fracture n'est pas complète; le péroné intact assure l'immobilité du membre. La plaie superficielle, déclive, permettra l'écoulement facile des produits de l'inflammation suppurative, mieux que dans une plaie étranglée, enfoncée au milieu de chairs tuméfiées, sur laquelle on a moins d'action et qui se dérobe aux moyens thérapeutiques. La nature du tissu spongieux traversé, fait supposer qu'il n'existe point d'irradiation vers la jointure qui est libre, non douloureuse; au surplus, la pression exercée sur la rotule ne fait pas refluer vers la plaie les liquides que l'inflammation n'aurait pas manqué d'y accumuler. Notons aussi que notre blessé est d'une forte constitution, avec les privilèges de la jeunesse qui est toujours un prétexte de guérison; qu'il habite la campagne, enfin, des considérations de famille, de profession, l'espoir d'une réaction morale, salutaire, qui viendra seconder nos efforts..., entraînent nos irrésolutions et font pencher notre opinion vers la conservation du membre. Et puis, en définitive, l'amputation de la cuisse occupe, dans l'échelle de gravité, un rang assez funèbre pour faire hésiter le couteau du chirurgien même le plus convaincu.

Après avoir pesé les chances favorables et adverses, il fut décidé qu'on n'amputerait pas : mais cette décision n'était-elle pas téméraire? n'était-ce pas assumer une grande responsabilité vis-à-vis du malade et des médecins? Et puis, plus tard, si des complications nous forçaient la main, dans quelles conditions fâcheuses une intervention radicale tardive aurait-elle lieu?

Malgré toutes ces objections notre détermination est bien arrêtée, et maintenant le problème à résoudre consiste à faire traverser à notre malade cette période inflammatoire pleine de périls; à favoriser le double travail éliminateur et réparateur; en un mot, à formuler un traitement puisé aux indications suivantes :

Prévenir une réaction trop vive, simplifier la plaie, faciliter l'écoulement de la suppuration et soutenir les forces contre la déperdition qu'elles auront à subir; — pour remplir ces indications, nous plaçons une attelle en arrière de la jambe pour l'immobiliser et prévenir une fracture consécutive; la plaie découverte est soumise, pendant quinze jours, aux irrigations continues, les esquilles flottantes sont enlevées, mais nous laissons en place celles qui sont adhérentes et qui doivent fournir leur contingent à la régénération osseuse.

Essuyer les produits de l'inflammation cachés dans les anfractuosités de la plaie pour éviter l'absorption.

Animer cette vaste surface suppurante par des topiques détersifs, pour favoriser la germination rapide des bourgeons charnus. Tel est le traitement que nous avons institué à notre départ en laissant, dans l'esprit de notre blessé, la conviction d'une guérison qui nous semblait bien un peu problématique.

Les nouvelles sont excellentes. Nous le retrouvons, douze jours après, dans d'excellentes conditions; pas de réaction, pouls à 75, ni frissons, ni chaleur, langue nette, appétit, sommeil. La plaie, imprégnée d'eau, est grisâtre, blafarde, macérée; extraction d'une esquille flottante, légère tuméfaction du membre engourdi et un peu refroidi. Pansement avec alcool camphré phéniqué; sirop de chloral comme prophylactique.

Vingt-huitième jour. — État excellent, la surface osseuse s'est re-

couverte d'une légère membrane tomenteuse, rosée, sur laquelle on voit poindre les germes de bourgeons charnus, premiers linéaments, toujours si délicats, d'une cicatrice naissante. Suppuration très-modérée, périostite plastique qui réunit, dans une marche parallèle, la cicatrisation des parties dures et molles. On imprime au membre de légers mouvements de flexion pour briser une raideur articulaire du genou.

Quarantième jour. — Il m'écrit qu'il commence à marcher avec des béquilles, mais que sa jambe s'engourdit, se tuméfie (œdème). État général très-satisfaisant.

15 septembre. — Il vient me trouver, il a bien supporté la voiture. La plaie est réduite à la dimension d'une noix; il fléchit très-bien la jambe, l'appuie sur le sol et pense bientôt marcher. La guérison est donc complète et définitive.

En publiant cette observation, nous avons eu surtout pour but de montrer que les indications d'amputer n'ont rien d'absolu et qu'elles doivent varier selon les localités, les habitudes de la vie, la constitution, etc.

En effet, combien la thérapeutique n'est-elle pas puissante, dans nos campagnes, sur ces robustes villageois, vivant en plein air saturés d'oxigène et aguerris par les plus rudes labeurs !

Quand nous étudiions la chirurgie, on nous indiquait bien, avec une certaine précision, les cas d'amputation, mais on ne nous parlait pas assez de la différence qui existe entre les blessures traitées dans les différents milieux. Dans les villes, chez des malades soumis à l'influence nosocomiale, débilités par la fièvre, respirant l'infection purulente dans l'air empoisonné des hôpitaux, la médecine n'est souvent qu'une lugubre agitation, la chirurgie voit échouer toute son industrie de méthodes et de procédés. L'encombrement accumule l'insalubrité et tranche plus d'une espérance de guérison; tandis que, dans les conditions contraires, il est des circonsces atténuantes qui trouvent grâce devant une application trop rigoureuse des préceptes chirurgicaux; tout réussit alors, même dans des mains malhabiles et avec des pansements irrationnels. Nous avons pu voir, en Algérie, combien ces préceptes, de par la mansuétude du climat, sont vrais; plus tard, au camp de Châlons, dans ces vastes plaines, où les vents vous soufflent la salubrité à pleins poumons, nous avons aussi obtenu des succès inespérés. Il n'en était plus de même en Italie, où déjà l'encombrement faisait sentir son influence; encore moins à Metz, en 1870, chez des soldats amaigris, débilités, démoralisés, où les plaies revêtaient des caractères de pourriture d'hôpital, triste reflet des fièvres putrides, dysenteries, qui nous faisait entrevoir le spectre du typhus dans une perspective assombrie assez rapprochée.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITEE DROITE

CHEZ UN INDIVIDU JEUNE. — GUÉRISON, AU MOYEN DE LA COMPRESSION MÉCANIQUE, INDIRECTE ET INTERMITTENTE, DE LA FÉMORALE, AU PLI DE L'AINE (1).

Par le docteur JOZE PEREIRA-GUIMARAÉS.

C'est un fait de plus à enregistrer, de guérison d'anévrysme par la compression.

C'est le premier, au Brésil, où la compression mécanique a été employée avec succès dans le traitement de l'anévrysme poplité.

Chez nous, les tentatives de guérison des anévrysmes, par la compression, ont été en très-petit nombre; les chirurgiens lui préfèrent, en général, la ligature à cause de la rapidité, et peut-être pour l'éclat du procédé opératoire.

Les cas, où elle a été employée, d'après mes recherches et celles de M. le docteur Campello, qui a présenté, en 1875, à l'Ecole de médecine de Rio-Janeiro, une dissertation sur l'anévrysme poplité, sont ceux qui suivent ;

Les docteurs Otto Wacherer, Paterson et Caldas, à Bahia, en 1859, ont tenté la compression mécanique de la crurale, dans un anévrysme poplité. Il y eut un engorgement douloureux du membre qui les obligea à recourir à la ligature.

En 1864, la compression mécanique de la crurale a été employé par M. le docteur Pertence, chez un malade de la maison de santé de Nossa Senhora d'Ajuda, sans le moindre résultat.

Ce même chirurgien essaya sur une négresse la compression digitale.

Celle-ci a été faite pendant huit jours, en arrivant à faire diminuer un peu l'anévrysme et à en affaiblir les mouvements d'expansion.

Au bout de ce temps, elle fut abandonnée, et M. le docteur Pertence employa la ligature.

Dans ces deux cas, il s'agissait d'anévrysmes poplités.

En 1869, M. le docteur Matheus de Audrade obtint la guérison d'un anévrysme plantaire par la compression de la tibiale postérieure, exercée par le malade lui-même.

Cette même année (1869), j'ai guéri un malade qui portait une tumeur anévrysmale du rameau frontal, de l'artère temporale superficielle droite. La compression directe et continue a été faite au moyen d'une petite pièce de cuivre enveloppée de linge.

En 1872, le docteur Moura, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bahia, obtint la guérison d'un anévrysme poplité, par la compression digitale faite sur la crurale.

Chez nous, c'est le premier et le seul cas de guérison de l'anévrysme poplité par la compression digitale.

Ce même chirurgien, en mai de cette année (1875), guérit, par la compression digitale, un anévrysme de la carotide externe.

M. le baron d'Itapoam employa, avec avantage, la compression digitale dans un anévrysme de la carotide externe.

Le résultat ne put pas être complet à Bahia, le malade s'étant retiré à Lisbonne, où on lui fit subir le traitement commencé par M. le baron d'Itapoam, et la guérison se fit.

Sans entrer dans de petits détails sur les différentes manières dont la compression peut être faite, nous dirons que c'est aux chirurgiens italiens en premier lieu, aux français et surtout aux irlandais, que l'on doit l'introduction et la renommée dont jouit la compression dans le traitement des anévrysmes.

Parmi les chirurgiens français, il faut citer le nom de M. Broca, comme l'un de ceux qui ont le plus contribué à l'étude de cette méthode de traitement.

De tous les procédés de compression celui qui a le plus grand nombre d'applications est celui de la compression indirecte au-dessus de la tumeur.

La compression directe n'est bien indiquée que pour les petits anévrysmes, surtout quand ils occupent des régions où il y a des plans résistants, comme à la surface extérieure du crâne, par exemple.

Parmi les procédés de compression indirecte, la compres-

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 octobre.

sion digitale se trouve au premier rang, et la compression mécanique, au deuxième.

Mais comme celle-là ne peut pas être toujours employée, à cause du manque d'aides, nous avons la grande ressource de celle-ci, qui a donné des résultats brillants.

Toutes les fois qu'il s'agira de l'emploi de la compression indirecte, je pense que l'on doit recourir d'abord à la compression intermittente, qui peut être faite matin et soir, en donnant ainsi du temps de repos au malade.

Si la pression devient insupportable sur un seul point, il faut la porter sur un point plus au-dessus ou au-dessous.

Après avoir employé, pendant quelques jours, la compression intermittente, et dans le cas de n'arriver à aucun résultat, il faut recourir alors à la compression continue, d'après le conseil de Broca.

Je crois que cette ligne de conduite est la plus raisonnable, parce que la compression intermittente établit mieux la tolérance du malade, et dans le cas où on n'obtient pas la guérison de la tumeur, on a fait développer du moins la circulation collatérale.

Chez mon malade la compression intermittente a été faite toujours dans le même point, mais de façon à ce qu'il y eût des alternatives de compression totale et partielle, et la coagulation s'effectua en un peu plus de cinq jours.

C'est un des cas les plus heureux de l'emploi de la compression mécanique, et parmi nous le premier d'anévrysme poplité où la guérison a été obtenue par ce procédé.

Ce nombre de jours pendant lesquels je continuai à insister sur la compression semblera peut-être exagéré. Je crus devoir procéder de cette manière par excès de précaution.

Je n'avais jamais observé un seul cas où ce traitement eût réussi; de plus, le malade ne souffrait aucune douleur qui m'obligeât à suspendre la compression.

Ce n'est pas mon but d'établir ici la comparaison entre la compression et la ligature, parce que la supériorité de la première est reconnue depuis longtemps,

Je ne veux pas non plus exagérer au point de soutenir que la compression est infaillible et que la ligature doit être repoussée de la chirurgie.

Mais ce qu'il faut surtout rendre clair, c'est que la compression donne de meilleurs résultats que la ligature; qu'elle a moins de danger que celle-ci, et qu'elle doit être toujours employée de préférence.

Quoique en des cas bien rares, la compression semble avoir fait progresser les anévrysmes, quand même elle n'est pas suivie de la guérison, en faisant développer la circulation collatérale, elle facilite le résultat de la ligature en éloignant davantage la possibilité de la gangrène.

La circulation, chez mon malade, doit être faite aux dépens de la fémorale profonde qui, comme l'on sait, naît à 5 centimètres au-dessous du ligament de Poupart, et quelquefois même peu au-dessous de ce ligament.

Les collatérales du genou et une branche qui marche dans la direction du creux poplité, battent avec force et sont très-volumineuses, au point que la crurale ne frappe fortement et violemment qu'au niveau de l'arcade crurale.

Dans le reste de son extension, cette artère est sentie sous la forme d'un ruban ou d'un cordon aplati, ce qui semble indiquer que des caillots se sont déposés le long de ses parois, en laissant à peine un petit espace, au milieu, par lequel pénètre un petit filet de sang.

Il ne reste aujourd'hui aucune trace de la tumeur anévrysmale dont il est question; la circulation n'a pas été rétablie dans l'artère crurale, et n'est perçue d'une manière positive dans la tibiale postérieure et dans la pédieuse.

REVUE DE LA PRESSE

Aphonie nerveuse guérie par le courant faradique. — Selon M. Krishaber, le traitement par l'électricité réussirait d'une façon presque certaine, dans les cas d'aphonie nerveuse. A l'appui de cette opinion, il cite l'observation suivante :

Une jeune femme de vingt-quatre ans, nullement hystérique, mais ayant des mouvements choréiformes, et, aphone depuis plusieurs années ; la voix apparaît parfois, mais elle est voilée alors, et se perd spontanément. Les deux réophores d'un appareil d'induction furent appliqués dans l'espace crico-thyréoïdien et la voix apparut instantanément. La voix persista ainsi pendant plusieurs jours, mais elle se perdit ensuite de nouveau. Plusieurs jours se passèrent ainsi, le traitement produisant constamment les mêmes effets. Voulant alors expérimenter si l'agent physique pouvait avoir la même puissance par l'application éloignée du siége de l'affection, M. Krishaber appliqua les deux réophores de l'appareil d'induction sur une main ; la voix apparaissait aussitôt et elle persistait comme les précédentes fois, plusieurs heures ; le lendemain, le même procédé appliqué au pied produisit le même effet. Les séances furent renouvelées une vingtaine de fois, la voix persistant de plus en plus longtemps après chaque séance et la malade guérit complétement après des applications de plus en plus éloignées. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*).

De l'examen des urines relativement au pronostic des opérations pratiquées sur le globe oculaire. — Dans un travail sur l'*extraction de la cataracte*, M. le docteur Monoyer, de Lyon, mentionne, en passant, un examen auquel on ne songe guère d'habitude, à moins d'indication spéciale, et dont l'ophthalmologiste a, selon lui, intérêt à connaître le résultat, parce qu'il doit en tenir compte pour établir le pronostic des opérations pratiquées sur le globe oculaire ; nous voulons parler de l'examen des urines.

La présence de l'albumine dans ce liquide exerce, dit-il, une influence défavorable sur la marche de la guérison dans l'extraction de la cataracte ; elle peut occasionner des processus inflammatoires d'une gravité extrême, tels que l'irido-choroïdite, simple ou purulente, la suppuration du corps vitré, le phlegmon oculaire, qui se terminent par la perte de la fonction visuelle ou même par l'atrophie du bulbe.

C'est, en un mot, à la présence de l'albumine dans les urines, que M. Monoyer attribue un certain nombre des revers observés dans des cas où l'opération a été aussi régulière, aussi soignée que possible et que l'opérateur ne sait à quelle circonstance rattacher.

Enfin, sans se prononcer absolument contre l'opinion de M. Verneuil qui accuse la glycosurie, de prédisposer les opérés de cataracte à des accidents funestes, ce médecin croit, au contraire, avoir remarqué que les cataractes diabétiques sont de celles qui fournissent la plus grande proportion de succès.

Quoi qu'il en soit, à l'avenir, l'examen de l'urine devra précéder toute opération de cataracte, alors même que les apparences ne feraient en rien soupçonner l'existence de lésions du côté des reins, ou de la sécrétion urinaire. — (*Rev. méd. de l'Est*).

Un cas de ladrerie généralisée chez l'homme. — Si l'on trouve dans les auteurs un assez grand nombre de cas de cysticerques occupant, soit le fond de l'orbite, soit le cerveau, les observations de ladrerie généralisée sont, au contraire, extrêmement rares.

A ce titre, le fait suivant mérite d'être rapporté.

Pierre B..., quarante ans, tisseur, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Boucaud. Il se plaint d'une douleur constante

qu'il éprouve dans le membre inférieur droit et qui est nettement située sur le trajet du grand nerf sciatique, à l'émergence duquel elle apparait pour se propager ensuite à la face postérieure de la cuisse et le long du mollet jusqu'au pied. En palpant le membre, on découvre, un peu au dessous de la face externe du genou, une tumeur du volume d'un gros pois, sous-cutanée, non adhérente à la peau, dure et très-douloureuse, que l'on suppose être un névrome de l'une des branches du saphène externe.

Après quelques jours de traitement, sans s'être exposé à aucune cause de refroidissement, le malade est pris d'une pneumonie à laquelle il succombe quelques jours plus tard.

L'autopsie révéla les lésions suivantes : Les muscles des avant-bras, des bras et des jambes, surtout ceux de la face antérieure de la poitrine, ceux de la cuisse et de la fesse présentaient, soit à leur surface et contenus dans l'atmosphère celluleuse ambiante, soit dans leur intérieur et placés la plupart parallèlement aux faisceaux musculaires, de petits kystes elliptiques, incolores, semi-transparents et laissant voir à leur centre un petit noyau blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle. Si l'on portait sur le kyste la pointe d'un scalpel, on reconnaissait l'existence d'une sorte de tunique adventive, au travers de laquelle faisait immédiatement hernie la tunique sous-jacente, d'aspect hyalin et gonflée de liquide transparent. En ponctionnant cette seconde enveloppe, le liquide s'écoulait et entraînait avec lui le noyau ou point blanchâtre. Enfin, au microscope, il était facile de reconnaître, dans chacun de ces noyaux, l'existence d'une tête surmontée d'une double couronne de crochets, placée entre quatre ventouses et appartenant au cysticercus cellulosœ. Ces cysticerques étaient si nombreux, que sur une section de deux centimètres carrés pratiquée à la face postérieure de la cuisse, on ne comptait pas moins de 63 kystes. — (*Lyon méd.*).

Rupture de l'urèthre pendant le coït chez un malade atteint de blennorrhagie cordée.— Il est rare, dans la blennorrhagie, de voir les malades se rompre le canal en redressant l'arc par le coup de poing traditionnel. Ce qui est moins commun encore, c'est la rupture de l'urèthre dans le coït. M. le docteur Dron en aurait observé un cas dans les conditions suivantes : c'était un jeune homme de vingt ans, atteint depuis deux ans de blennorrhagie, qu'il traitait à sa façon par des injections diverses, mais sans observer la première condition de la guérison, la continence. L'inflammation chronique de la muqueuse uréthrale, en se propageant aux tissus sous-jacents, les avait rendus moins extensibles et aussi moins résistants. La verge, courbée dans l'érection, formait un arc, dont le canal faisait la corde. Un jour que, dans un pareil état, il pratiquait le coït, il ressentit dans l'urèthre une violente douleur, suivie d'un écoulement de sang par le méat. Quelques heures après, il remarqua qu'il ne s'échappait que peu d'urine par l'orifice de la verge, et qu'en même temps son scrotum augmentait de volume. Pareille chose étant arrivée encore plus tard, le malade se décida à demander du secours. Quand M. Dron le vit, le scrotum avait acquis le développement de la tête d'un enfant de trois mois. La peau y était tendue, violacée. La tuméfaction remontait vers les aines et gagnait la paroi abdominale. Le malade était dans un état de prostration considérable; son pouls était petit, il avait des frissons et exhalait une odeur urineuse. M. Dron fit immédiatement sur le scrotum une large incision cruciale : une quantité considérable d'urine sanguinolente s'écoula. Une sonde fut introduite dans la vessie et laissée à demeure. L'infiltration de l'urine s'arrêta et les parties envahies par ce liquide se dégorgèrent peu à peu. Mais une grande partie du scrotum tomba en gangrène, et les testicules se montrèrent à nu au fond de la plaie. Un abcès se forma au-dessus de l'aine gauche, à la suite de l'infiltration de l'urine. Celle-ci, quand il n'y avait pas de sonde à demeure, s'échappait par une fistule située à 8 centimètres en arrière du méat.

Mais tous ces désordres se réparèrent. Les parties mortifiées éliminées, la peau ramenée de chaque côté et affrontée sur la ligne médiane par quelques points de suture, recouvrit les parties profondes. Le malade, qui avait gardé longtemps la sonde à demeure, se sonda ensuite toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner. Dans ces conditions, la fistule se rétrécit progressivement et s'oblitéra avec l'aide de quelques cautérisations. Mais la cicatrice de cette fistule amena un rétrécissement, qui nécessita l'uréthrotomie interne. (*Lyon méd.*)

Du traitement des ophthalmies. — Nous extrayons d'un travail sur les ophthalmies, envoyé à la Société centrale de médecine du département du Nord, par M. le docteur Ch. Brame, les conclusions suivantes, relativement au traitement de cette affection.

On doit, dans le traitement des ophthalmies, quelle que soit leur cause, rejeter comme inutiles et même nuisibles, les dérivatifs externes, tels que les liniments rubéfiants, vésicatoires, cautères, sétons, etc. On doit rejeter également comme inutiles les laxatifs et les purgatifs.

On rejetera également les pommades à base d'oxyde mercuriel par calcination ou précipité, de même que celles à base de nitrate argentique, etc.

La cautérisation au nitrate argentique (pierre infernale) seul ou mitigé par l'addition de nitrate potassique, même avec l'addition d'iodure potassique ne doit être employée que par exception.

On ne doit employer également que par exception les collyres au sulfate seul ou additionné de sulfate morphinique (à 1 décigramme), en y joignant de l'alcool à 96 degrés, 10 à 15 grammes et autant pour 100 grammes d'eau distillée. On doit rejeter comme nuisibles les collyres à base d'alun, de sulfate cuivrique, de sublimé, de potasse. On doit rejeter également le calomel, le sulfate d'atropine, etc.

Les compresses d'eau froide ou tiède ont l'inconvénient de déterminer souvent une réaction, qui augmente singulièrement l'intensité de l'ophthalmie. Néanmoins, dans les ophthalmies par brûlure, la glace réussit à calmer l'inflammation.

On ne doit employer les pédiluves que par exception. La base principale du traitement doit être l'iodure argentique naissant ou récemment préparé, sur le bord ou la surface des paupières. M. Brame considère cette substance comme un véritable spécifique contre les ophthalmies.

Après l'iodure d'argent, dans l'ordre de fréquence, viennent les ventouses scarifiées, employées au-dessus de l'orbite et à la racine du nez, au cou, derrière les oreilles; le tannin, en dissolution alcoolique, suivi du nitrate argentique en dissolution sur la face des paupières; puis, des moyens variés qui se rapportent à petit nombre de cas, tels que tannin iodé et iodure argentique, chlorure ferrique ou tannin dissous dans l'alcool à 96 degrés, dans les fosses nasales; iodure bismuthique, ferro-cyanure zincique, iodure plombique, etc.

L'électricité d'induction appliquée aux tempes a donné, entre les mains de l'auteur, de bons résultats, dans un cas d'ophthalmie purulente, dans un cas d'ophthalmie variqueuse, dans un autre d'ophthalmie scrofuleuse.

En résumé, l'iodure argentique préparé ou naissant, suivant les cas, les ventouses scarifiées, le tannin seul ou iodé, additionné de nitrate argentique, sont les bases du traitement des ophthalmies. Des lunettes mistrales ou garnies de taffetas le complètent. (*Bull. méd. du Nord.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 septembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires de l'armée de terre : *au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Jean-Baptiste Roudet.

Au grade de médecin principal de 2me classe : M. Émile-Claude Leplat.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Bergé, Reech, Guyon, Moussu, Ferra, Rogier, Emery-Desbrousses et Tardif.

— L'épreuve écrite pour le concours de l'internat a eu lieu samedi, 6 octobre, à l'amphithéâtre de la rue Victoria.

La question imposée aux candidats était la suivante :

Vaisseaux sanguins du cou. Gangrène pulmonaire.

— L'école de garde-malades et d'ambulancières fondée tout récemment par M. le docteur Duchaussoy, directeur, et avec le con-

cours de MM. les docteurs Duchesne, sous-directeur; Bissieu, Labarthe, Bouloumié, Deel, Michel, A. Brochin, Chevalet, Lanoix et Gigeon, professeurs, vient de publier son programme pour l'année scolaire 1877-1878.

Les cours commenceront le 1er décembre. Ils auront lieu les lundis et vendredis, à huit heures du soir, à la mairie du VIe arrondissement. L'enseignement portera sur les matières suivantes : anatomie; physiologie; notions sur les maladies; soins à donner aux femmes en couches; soins à donner aux nouveau-nés; hygiène des vieillards; soins dans la folie et la paralysie; soins généraux à donner aux malades; notions générales d'hygiène; premiers soins aux blessés; frictions, massage, notions d'hydrothérapie; pharmacie; petite chirurgie, bandages, appareils.

Des interrogatoires et des exercices pratiques auront lieu après chaque leçon; en dehors des cours, quelques séances seront consacrées à des répétitions sous la direction de deux dames patronesses. Ces exercices seront gratuits.

Les examens pour l'obtention du diplôme auront lieu après la clôture des cours; ils seront passibles d'un droit de 20 francs. Pour être admis aux examens, il faut savoir lire, écrire, connaître le système décimal et présenter un certificat de bonne vie et mœurs ou une autre pièce qui établisse la majorité.

— Jeudi 11 courant a eu lieu au tribunal de commerce, l'adjudication des travaux de reconstruction et d'agrandissement de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Ces travaux, évalués à la somme de 1,500,000 francs, devront être exécutés avant l'Exposition de 1878.

L'architecte chargé de la direction des travaux est M. Ginain.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — L'administration des hospices civils de Saint-Étienne fait savoir que le lundi 29 avril 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin.

Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical et se composera de cinq épreuves, savoir : le lundi, question d'anatomie et de physiologie. — Le mardi, question de pathologie interne. — Le mercredi, question d'hygiène et de thérapeutique. — Le jeudi, clinique, avec consultation orale. — Le vendredi, clinique, avec consultation écrite.

Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy.

Tout médecin étranger est admissible au concours si, indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

Les candidats sont tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des Hospices civils de Saint-Étienne, rue Valbenoîte, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les Jurés.

Le médecin qui sera nommé à la suite du concours, entrera en exercice le 1er juin 1878. Son traitement sera de 1,500 francs par an.

— La Société contre l'abus du tabac vient de mettre à l'étude la question suivante :

« Influence du tabac sur les fonctions de la génération. Dans quelle mesure le tabac peut-il déterminer la dégénérescence de la race? »

La Société va entreprendre des expériences sur les animaux, elle prie, en outre, les médecins qui possèdent des observations sur cette importante question de vouloir bien les lui faire parvenir rue Saint-Benoît, 5, Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du traitement des maladies valvulaires du cœur à la troisième période.

I

Il me reste aujourd'hui à vous parler des moyens que nous avons à opposer aux affections consécutives aux lésions valvulaires du cœur, aux congestions viscérales, aux hydropisies et à quelques autres accidents morbides qui sont la conséquence directe mais un peu plus éloignée des maladies organiques du cœur. Ces divers accidents ont, en effet, une thérapeutique spéciale, à l'aide de laquelle on peut espérer quelquefois améliorer pour un temps plus ou moins long la santé des malades.

Je vous entretiendrai d'abord des congestions viscérales, de celles, par conséquent, qui ont lieu soit dans les poumons, soit dans les reins, dans le foie ou dans le cerveau; puis, de là, nous passerons au traitement des hydropisies, qui peuvent apparaître dans les cavités splanchniques ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ainsi que je vous l'ai dit dans mes précédentes leçons, on voit fréquemment survenir dans les affections valvulaires du cœur du côté du poumon, des congestions qui, quelquefois, occupent le premier plan sur la série des accidents qui sont la conséquence des altérations des orifices. C'est souvent par le poumon que souffrent et que meurent les cardiopathes; de là, la nécessité d'attaquer directement les congestions qui se manifestent du côté de cet organe et qui sont caractérisées anatomiquement par de la bronchite, par de la solidification du parenchyme pulmonaire et par des troubles qui vont quelquefois jusqu'à l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire.

Dans ces cas, c'est le plus ordinairement aux médicaments dits expectorants, et parmi ceux-ci, c'est surtout aux préparations antimoniales, au kermès, que l'on aura recours pour faire disparaître ces signes de congestion. C'est une chose habituelle dans ces cas de bronchite chronique caractérisée par de la toux, par une expectoration un peu vicieuse, par des signes physiques existant sous forme de râles sibilants et sous-crépitants, de prescrire le kermès, dont on obtient quelquefois de bons résultats. A la dose de 10, 15 centigrammes par jour, rarement plus, dans un julep gommeux, ce médicament favorise l'expectoration et provoque dans une certaine mesure la résolution de la bronchite ou de la congestion pulmonaire. Mais il faut avoir soin de ne pas le donner à dose trop élevée, car j'ai souvent vu se produire des désordres du côté de l'estomac à la suite de l'ingestion d'une quantité trop considérable de kermès. Pour ma part, je le prescris rarement au delà de 10, 15 centigrammes; l'expérience m'ayant démontré que, donné à la dose de 20, 25, 30 centigrammes, comme le prescrivent certains médecins, le kermès avait pour résultat fréquent de susciter des vomissements; quelquefois même, des phénomènes inflammatoires du côté de l'estomac qui obligent d'en cesser l'administration au bout de quelques jours.

A côté du kermès, je vous citerai l'ipécacuanha, qui est également donné avec avantage dans les circonstances que je viens de vous indiquer, sous forme de sirop ou de pastilles. J'en dirai autant de l'oxymel scillitique, à la dose de 8 à 15 grammes dans une potion; ce médicament, qui est en même temps un expectorant et un diurétique léger, convient parfaitement aux malades atteints d'accidents pulmonaires dépendant d'une affection cardiaque.

Outre cela, dans les congestions du poumon qui sont accompagnées de fièvre et caractérisées par de la dyspnée et des râles sous-crépitants fins; dans ces cas de congestion aiguë, avec œdème pulmonaire se traduisant principalement par des râles sous-crépitants un peu humides à la base des deux poumons, on se trouvera très-bien encore d'une application de 5, 6, 7 ventouses scarifiées sur les parois latérales de la poitrine, répétée de temps en temps et en la faisant suivre d'une application de ventouses sèches, qui contribueront à décongestionner le poumon et continueront l'œuvre commencée par les premières.

Enfin, dans ces cas de congestion pulmonaire considérable et surtout très-étendue, je me suis toujours très-bien trouvé de l'emploi du tartre stibié en potion, à la dose de 20, 25, 30 centigrammes par jour. Ce médicament a, en effet, pour avantage de provoquer des vomissements, de la diarrhée, en un mot, de déterminer une dérivation puissante sur l'estomac, à la suite de laquelle on voit survenir un dégorgement considérable des organes de la respiration. Mais le tartre stibié ne doit être prescrit que lorsque les malades n'en sont pas encore arrivés à cet état cachectique qui caractérise la période ultime des affections valvulaires du cœur, c'est-à-dire quand ils sont encore en possession d'une partie de leurs forces et alors que les phénomènes de congestion ne sont pas

très-intenses. Dans ces cas, en effet, et succédant à une applition de ventouses scarifiées, puis de ventouses sèches, le tartre stibié à haute dose, a une action extrêmement efficace.

Enfin, un moyen habituel dont on obtient également de très-bons résultats, consiste dans l'application de vésicatoires volants sur les parois thoraciques. On a même conseillé de les appliquer, d'une manière pour ainsi dire banale, à la région précordiale, chez les gens atteints d'affection cardiaque, mais ce moyen ne donne pas de résultats bien satisfaisants. On a également vanté l'application, d'une manière permanente, de cautères à la région précordiale, dans le but de compenser l'hypertrophie qui accompagne toujours les affections valvulaires. Mais, outre que les cautérisations sont sans aucune espèce d'influence sur le volume du cœur, elles n'ont pas ici leur raison d'être, puisque cette hypertrophie est compensatrice et que la compensation est chose utile et salutaire. Quant à moi, je n'ai jamais vu de bons effets résulter de cette pratique.

J'en dirai autant de l'application de vésicatoires permanents sur la région précordiale, dans le but de calmer, de régulariser les battements du cœur. Mais il n'en est plus de même de l'application momentanée et répétée de ces révulsifs sur les parois thoraciques; ils constituent, au contraire, un excellent moyen pour combattre la congestion pulmonaire.

D'autre part, les malades atteints d'affection valvulaire du cœur sont quelquefois affectés d'une toux pénible, incessante, qui les fatigue d'une façon excessive et qui est en rapport le plus ordinairement avec un certain degré de troubles et de congestion pulmonaires. On calmera ce symptôme avec l'opium, qui rend parfois de très-grands services contre certains accidents, et, en première ligne, contre cette toux quinteuse, pénible, qui empêche les malades de reposer et leur interdit tout sommeil. Dans ces cas, 2 centigrammes et demi à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, une solution de 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans un julep; en un mot, les différentes préparations de l'opium ou de ses alcaloïdes, la codéine, la morphine, en pilules ou en sirop, prises le soir, avant de dormir, calmeront la toux et ramèneront le sommeil. Enfin, je vous citerai au même titre, la belladone et le bromure de potassium qui, chez certains malades, agissent de la même manière.

Enfin, chez ces individus atteints de congestion pulmonaire, on voit survenir assez souvent un accident qui est la conséquence de la congestion, qui a son siége dans le poumon, quand celle-ci est poussée à un degré extrêmement prononcé. Je veux parler des hémoptysies qui sont le symptôme ordinaire d'une apoplexie due à la gêne de la circulation pulmonaire par suite d'un obstacle à la circulation cardiaque. Ces hémoptysies sont quelquefois très-graves, surtout quand elles se répètent fréquemment et qu'elles ont lieu avec une assez grande abondance, car, dans ce cas, la mort peut quelquefois en être la conséquence. Cela arrive surtout quand elles coïncident avec une congestion extrêmement étendue, et qu'elles persistent longtemps chez des gens déjà affaiblis par une maladie grave.

Dans certains cas, vous y remédierez avec avantage par l'emploi des astringents, et surtout des préparations d'ergot de seigle ou d'ergotine. Mais, dans ces circonstances, vous emploierez surtout avec succès la digitale qui, en régularisant l'action du cœur, exerce une action toute spéciale sur l'hémoptysie. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois cette substance amener la cessation de cet accident.

A côté de ces préparations, vous vous adresserez également avec avantage aux astringents ordinaires; le tannin, le ratanhia, l'alun même, la limonade sulfurique, etc. Mais ces divers moyens ne sont pas suivis d'un succès constant dans le traitement de ces hémoptysies, qui sont liées à l'existence d'une affection cardiaque; et, sous ce rapport, j'ai une confiance bien plus grande dans l'emploi des préparations que je viens de vous énumérer, savoir l'ergot de seigle, l'ergotine ou la digitale. Enfin, je vous citerai comme donnant les meilleurs résultats dans le traitement de l'hémoptysie, l'administration de l'ipéca, à dose faible, modérée, nauséeuse. Avec 1 gramme de poudre de cette substance, divisé en dix doses de 10 centigrammes chacune et donnée d'heure en heure, on obtient fréquemment la cessation de cet accident. Tout récemment encore, j'ai employé ce moyen avec un très-grand succès chez une dame de ma clientèle qui est atteinte d'insuffisance mitrale avec dilatation considérable du cœur. Cette malade fut prise de crachements de sang extrêmement abondants, contre lesquels j'employai en vain tous les moyens ordinaires que nous avons à notre disposition pour combattre cet accident : la digitale, l'ergot de seigle, le ratanhia. Tous ces médicaments échouèrent, et pendant quatre ou cinq jours, l'hémoptysie persista avec la même intensité, se répétant deux et trois fois par jour, et la malade rendant par expectoration environ un verre de sang par vingt-quatre heures. Elle était très-épuisée, presque à la période cachectique, et sur le point de succomber, quand il me vint à l'esprit de donner l'ipéca à la dose nauséeuse. La première administration de cette substance eut pour effet immédiat de diminuer considérablement l'intensité de l'hémorrhagie, et de réduire au quart à peu près de ce qu'elle était primitivement la quantité de sang expectorée.

Le lendemain, je prescrivis de nouveau l'ipéca, à la dose de 10 centigrammes par heure; le troisième jour, enfin, je descendis à 5 centigrammes. A partir de ce moment, l'hémoptysie s'arrêta.

Eh bien, dans une circonstance semblable, après avoir employé inutilement les divers moyens à l'aide desquels on combat ordinairement les crachements de sang, et en voyant ceux-ci céder à l'administration de l'ipéca, je suis naturellement conduit à croire à l'effet salutaire et à l'efficacité de cet agent contre l'accident dont il est question en ce moment, quelle que soit la cause, quelle que soit la forme de l'hémoptysie. Ordinairement, à cette dose, l'ipéca ne détermine pas de vomissements, ou bien rarement il en sollicite plus d'un, mais il provoque quelques nausées, en même temps qu'il amène un ralentissement très-marqué des battements du cœur, et enfin la cessation de l'hémorrhagie, ce qui était le but qu'on cherchait à réaliser.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Magnan.

Du délire alcoolique.

Le délire alcoolique présente certains caractères qu'il est important de bien connaître, parce qu'il en résulte, dans certains cas, des indications pratiques très-précieuses à remplir. Tout d'abord, ce qui prédomine dans le délire alcoolique, c'est la nature pénible du trouble hallucinatoire et des sensations délirantes. Tout est pénible pour l'alcoolique, tout l'impressionne d'une façon fâcheuse. Ce délire est remarquable aussi par sa mobilité; rien n'est fixe autour du malade, tout s'agite et tout change à chaque instant. Tandis que, dans le délire de persécution, les voix entendues sont longtemps les

mêmes; dans le délire alcoolique, ces voix se modifient et sont essentiellement mobiles. Enfin, un autre caractère important est la multiplicité des sensations. Tous les sens entrent en jeu, de sorte que le délirant alcoolique est tourmenté de tous côtés; en outre, ce délire est presque toujours professionnel, c'est-à-dire qu'il touche par ses points principaux aux occupations ordinaires du malade.

Un des faits les plus importants à noter dans la marche du délire alcoolique, c'est qu'il est extrêmement rare de le voir arriver d'emblée à son apogée. Chose bien remarquable à noter également, c'est qu'il se montre tout d'abord pendant la nuit, puis, après avoir paru pendant quelque temps la nuit, il se montre aussi pendant le jour. Très-fréquemment cependant, le malade, très-agité la nuit, est tranquille le jour. Aussi, est-ce à cause de cela qu'en voyant les malades aussi calmes dans la journée on peut avoir une tendance fâcheuse vers une trompeuse sécurité. Il y a quelques mois, je fus appelé auprès d'un malade qui, la nuit, était très-agité et avait des hallucinations multiples. Il était calme et racontait ce qu'il avait vu la nuit en considérant ces visions comme chimériques, tout en conservant cependant quelques doutes à cet égard. Il occupait une chambre au deuxième étage, mais dans la crainte d'un accident possible, malgré ce calme apparent, j'insistai beaucoup pour qu'on le transportât au rez-de-chaussée pour la nuit; je n'obtins ce changement qu'après beaucoup d'instances. Le soir même, alors qu'on était sans défiance, le malade s'élança tout à coup par la fenêtre en criant au feu, et cela malgré la présence de deux personnes. Grâce à la précaution prise, cet homme ne se fit aucun mal, mais on eut beaucoup de peine à le ramener chez lui. Ce fait montre bien à quel point il faut se défier pour la nuit de ces délires qui se développent subitement chez les alcooliques.

Lorsque le malade s'achemine vers la guérison, le délire qui subsistait, même pendant le jour disparaît d'abord à ce moment, puis finit par disparaître aussi la nuit. On peut juger, par cette marche de la maladie, du degré de sa gravité et des chances de guérison qui se présentent.

Tous les sens sont affectés péniblement dans l'alcoolisme par des troubles qui tous présentent des caractères spéciaux. Du côté de l'ouïe, ce sont d'abord des bourdonnements, puis des bruits, des voix, des disputes, dont l'intensité suit une marche progressive. Du côté de la vue, les hallucinations sont aussi fréquentes et présentent d'ailleurs la même nature. Les malades voient d'abord des points lumineux qui vont en augmentant, puis des incendies, des animaux, des objets de toutes sortes se transformant les uns dans les autres avec une grande rapidité. Pour l'odorat, les malades sentent des odeurs et des saveurs repoussantes en l'absence même de toute excitation des muqueuses. Enfin, pour la peau, on observe des sensations de picotements, de courants électriques, de morsures, de piqûres d'insectes de toutes espèces; pendant plusieurs jours, un malade portait ses mains en haut des cuisses avec un sentiment de terreur profonde; il disait sentir un couteau lui trancher les parties génitales.

Devant toutes ces sensations, les malades réagissent très-différemment. Tantôt ils sont pris d'une véritable manie avec délire furieux. Tantôt ils sont tristes, mélancoliques, apathiques, restent immobiles et ne cherchent en aucune façon à se soustraire aux visions qui les tourmentent. Enfin, il en est qui tombent dans une stupeur absolue et chez lesquels tout signe d'intelligence disparaît complétement.

Suivant l'état particulier du malade aussi, la maladie présente une marche variable. Chez quelques-uns, il n'y a qu'une attaque de délire qui ne laisse aucune trace à sa suite. Chez d'autres, il reste encore quelques idées pénibles après elle; enfin, chez un certain nombre de malades aussi, les accidents sont bien plus graves et deviennent permanents. Ces différences dépendent surtout de la prédisposition qui est héréditaire ou acquise. La prédisposition acquise résulte de la date ancienne de l'alcoolisme, de la prolongation des excès. La prédisposition héréditaire augmente beaucoup la gravité de la maladie. Dans la folie d'origine confirmée, comme dans la folie d'origine puerpérale, elle est presque toujours la cause de la persistance des accidents et le pronostic s'aggrave singulièrement toutes les fois que, dans ces deux genres d'aliénation, on reconnaît qu'il y a eu des cas de folie dans les antécédents héréditaires du sujet.

Enfin, d'une façon générale, comme terminaison ultime de l'alcoolisme, on peut admettre suivant les lésions qui en sont la conséquence, deux grands faits qui dominent toute l'évolution de la maladie. Si les lésions sont constituées par le développement exagéré du tissu conjonctif, par la sclérose qui atteint les centres nerveux, la maladie se termine par la paralysie générale; au contraire, si les lésions alcooliques se traduisent par la dégénérescence graisseuse, par la stéatose de l'arbre circulatoire amenant à sa suite des désordres dans la circulation et la nutrition de l'encéphale, c'est la démence qui viendra terminer la scène.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Un autre des quatre décès fut la conséquence de l'hémorrhagie, et arriva trois heures après la terminaison de l'opération. Il faut retrancher ces deux cas, quand on étudie les dangers inhérents à l'opération elle-même, et nous aurions alors seize opérations avec deux morts, causées toutes deux par la gangrène du membre. L'hémorrhagie dans un cas fut causée par un bubon sphacélé; dans l'autre par une plaie. Je pense que la statistique rassemblée par Norris tend à montrer que malgré le volume de l'artère, sa profondeur qui est parfois considérable et le voisinage du péritoine, l'opération n'est pas en elle-même très-dangereuse.

Les résultats fournis par notre tableau d'hôpital s'accordent avec cette manière de voir. Nous avons ici dix-neuf cas dans lesquels l'iliaque externe a été liée tout d'abord sans compression préalable. Dans la plupart des cas, l'anévrysme siégeait sur la fémorale; mais dans deux au moins il affectait l'artère iliaque. Il y eut six morts; mais dans un cas, du moins, que j'ai observé dans la pratique de mon collègue M. Pollock, la mort fut causée par une bronchite survenue accidentellement, qui n'avait absolument aucun rapport soit avec l'opération, soit avec la maladie pour laquelle on la faisait; dans un autre cas de décès, la mort fut très-probablement amenée par une dégénérescence graisseuse du cœur. Ainsi la proportion de décès dans ces quelques cas est en réalité la même que dans le tableau de Norris.

Mais les cas qui guérissent ne sont pas tous des succès complets. Dans quelques-uns, le malade guérit, mais en perdant le membre. Cela n'est arrivé qu'une fois parmi les succès de

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 octobre.

notre table et dans l'un de ceux qui moururent on avait fait l'amputation. Un gentleman de ma connaissance a eu la cuisse amputée il y a plusieurs années, après la ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme et il est resté actif, et dans la plus belle santé. Dans un autre cas, l'opération, bien que sans être fatale, ne guérit pas la maladie tout d'abord, mais celle-ci finit par disparaître, comme dans le cas rapporté par M. Hewett. C'était une jeune femme de vingt-sept ans, occupée au travail des champs, et soignée par M. Simon, pour un anévrysme situé immédiatement au-dessous de l'aine.

L'iliaque externe fut liée et tout marcha bien, mais les pulsations de la tumeur ne disparurent pas ; elles augmentèrent même d'intensité de jour en jour. Le quatorzième jour, on sentit les pulsations de la tibiale postérieure et le dix-neuvième jour la ligature tomba. Elle resta à l'hôpital pendant neuf semaines, les pulsations persistant toujours dans la tumeur. Cinq mois après, elle revint à l'hôpital pour une tumeur située immédiatement au-dessous de la plaie, qui semble avoir été une hernie, mais il ne restait pas de traces de l'anévrysme. Il y avait alors des signes de maladie du cœur, mais on ne sait rien de plus sur son compte.

Si nous revenons à la préparation de l'hôpital Saint-George, et à l'intéressante observation que M. Hewett en a donné dans le vingt-neuvième volume des transactions médico-chirurgicales, nous comprendrons facilement, je pense, comment un pareil insuccès peut quelquefois arriver. Dans ce cas, en croyant que l'anévrysme siégeait sur la fémorale primitive, mais il naissait en réalité de la fémorale superficielle, immédiatement au-dessous de la fémorale profonde, comme cela pouvait être également chez l'autre malade. L'iliaque externe fut liée avec succès par sir B. Brodie le 30 mai 1839. Les pulsations disparurent aussitôt, la tumeur devint solide et diminua graduellement de volume; le malade quitta l'hôpital, guéri, le 14 août. Il fut reçu de nouveau en novembre suivant à cause du retour des pulsations et du bruit de souffle dans la tumeur, et il semblait que chaque fois qu'il reprenait son travail les pulsations reparaissaient. La compression directe, au moyen d'un bandage et d'une pelote pendant deux mois, fit disparaître ces pulsations et il fut renvoyé comme guéri. Il fut vu de nouveau, près de deux ans après, en novembre 1841, à cause d'un léger retour des pulsations; mais comme la tumeur n'avait pas augmenté de volume, on ne fit aucun traitement. En janvier de l'année suivante, la tumeur commença à augmenter de volume, mais sans pulsations ni bruit et resta dans cet état pendant environ douze mois. « Des examens répétés, et minutieux à l'aide de la main et du stéthoscope, faits par plusieurs chirurgiens expérimentés» montrèrent clairement l'absence de pulsations et de bruit. On eut des doutes sur l'exactitude du diagnostic et on pensa que la tumeur pouvait être en réalité un cancer pulsatile. Mais, en janvier 1843, la tumeur devint stationnaire, bientôt après elle commença à décroître et cette décroissance continua jusqu'à la mort du malade, qui arriva en juillet 1843, par suite de phthisie, plus de quatre ans après l'opération.

Dans cette intéressante observation il est difficile et même impossible de donner une explication complètement satisfaisante de tous les phénomènes, et, en particulier, de dire pourquoi la tumeur avait commencé à croître si longtemps après la guérison apparente, et, pourquoi elle s'était accrue sans aucune pulsation. Mais une chose est claire, c'est que l'instabilité de la guérison était due au volume de la grande collatérale, la fémorale profonde qui s'ouvrait dans la fémorale primitive juste au-dessus du sac. Cette volumineuse ondée sanguine avait suffi à distendre la fémorale primitive au point d'égaler le volume de l'iliaque primitive et aurait suffi, sans aucun doute, comme dans le premier cas, à reproduire la maladie tout entière et à neutraliser complétement le traitement, si les artères dilatées n'avaient été en quelque sorte rétrécies par un dépôt de fibrine stratifiée sur leur tunique interne, qui diminuait leur calibre et obstruait la marche du sang à travers l'anévrysme. Sans cela, il est probable que rien n'eût pu amener la guérison, si ce n'est l'opération ancienne.

Cette éventualité de la reproduction de l'anévrysme par la circulation collatérale est une des imperfections admises et bien connues de l'opération de Hunter; cela s'applique surtout, dans mon opinion, à l'opération sur l'iliaque externe pour anévrysmes de la fémorale superficielle, à cause du grand volume des deux arcades anastomotiques, qui, par l'épigastrique d'un côté, et par la fémorale profonde de l'autre, versent le sang dans les deux extrémités de la fémorale primitive.

Dans les *Contributions à la pathologie et à la chirurgie* de M. César Hawkins (vol. II., p. 324), il y a une très-intéressante leçon clinique, où il rapporte un autre cas, dans lequel il lia l'iliaque externe pour un anévrysme de l'aine; les pulsations reparurent trois mois après la ligature, mais on les fit cesser par la compression directe; et, à la fin le malade guérit. Il me semble évident que les connexions intimes entre les collatérales et le sac, qui existent presque toujours dans l'anévrysme inguinal, sont la cause de ce retour accidentel des pulsations. Cependant nous devons admettre que ces échecs, partiels ou complets, de l'opération de Hunter, sont relativement rares. Dans la pratique, il est souvent difficile de dire si la tumeur est, oui ou non, située au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Si elle est située au-dessus et que la circulation anastomotique en amont de la tumeur ne soit par conséquent entretenue que par la circonflexe et l'iliaque circonflexe, il me semble qu'il y a moins de chances de récidive que quand la fémorale profonde verse également son courant par reflux dans l'artère au-dessus du sac. Cette préparation (VI.,120) montre le volume que peuvent atteindre la fémorale profonde et ses deux grandes branches circonflexes.

Une préparation de l'hôpital Saint-George (VI.,120) permet de voir ce qu'est ordinairement l'état de l'iliaque externe après la ligature; la totalité de l'iliaque externe depuis la bifurcation de l'iliaque primitive jusqu'à l'origine de ses deux grandes collatérales, la circonflexe iliaque et l'épigastrique, est oblitérée, mais la fémorale primitive est perméable et, dans ce cas particulier, elle s'est considérablement dilatée. Il en aurait probablement été de même dans ces autres préparations (nos 118 et 117 A) si les patients avaient survécu.

Il y a dans notre musée une préparation (n° 1585) faite après la ligature de l'iliaque externe par sir E. Home dans laquelle non-seulement l'iliaque externe, mais la fémorale primitive est aussi oblitérée et où les deux branches de bifurcation de la fémorale sont d'un égal volume. J'en conclus que l'anévrysme doit avoir été situé sur l'iliaque externe même ou la partie supérieure de la fémorale primitive, bien qu'il en reste peu de traces; par suite de sa consolidation, les orifices des deux artères qui naissent de l'iliaque externe doivent avoir été oblitérés, de sorte que la circulation collatérale s'est en grande partie rétablie grâce aux anastomoses des branches de l'iliaque interne avec celles de la fémorale profonde.

Dans notre table statistique d'hôpital, il y avait aussi dix cas d'anévrysme de la cuisse, pour lesquels la fémorale a été

liée sans l'emploi préalable de la compression. Dans tous ces cas, je suppose que c'est la fémorale superficielle qui a été liée; du moins, le contraire n'est pas spécifié, ce qu'on eût vraisemblablement fait, si la ligature eût été pratiquée au voisinage du ligament de Poupart. Deux de ces opérations se terminèrent fatalement. Dans l'une, la circonflexe interne naissait de la fémorale juste au-dessus de la ligature, le malade avait une affection des valvules cardiaques, et il y eut une hémorrhagie secondaire. On lia alors l'iliaque externe, mais le malade mourut d'hémiplégie cinq jours après, et on constata après la mort que l'artère cérébrale moyenne était obstruée par un caillot. Dans l'autre insuccès, la mort fut causée par infection purulente. Dans l'un des cas de guérison, l'anévrysme s'était rompu avant l'opération. Dans l'un, qui était soigné par M. Jolly (de Birmingham), on dit que la guérison arriva le quatrième jour; du moins la plaie était complétement cicatrisée au bout de ce temps, l'opération ayant été faite d'après la méthode antiseptique. Le sac, cependant, ne se solidifia que lentement; mais, en définitive, on obtint une guérison complète et permanente.

Nous pouvons donc commencer nos considérations sur le traitement des anévrysmes fémoraux, par admettre ce fait que nous avons, dans l'opération de Hunter sur l'iliaque externe, une méthode facile et efficace, mais qui expose le malade à de graves dangers (la mortalité étant approximativement estimée à un quart), qui est accidentellement suivie de la perte du membre par gangrène, même quand le malade échappe à la mort et qui, dans des cas fort rares, peut ne pas guérir la maladie. Quand la situation de l'anévrysme permet de lier la fémorale superficielle, l'opération est évidemment moins dangereuse.

Lorsque l'anévrysme siége, sur la fémorale primitive, à une distance suffisante de l'aine, ou sur la fémorale superficielle, on peut le traiter par la ligature de la fémorale juste au-dessous du ligament de Poupart. Beaucoup de chirurgiens ont préféré la ligature de l'iliaque externe, comme sir B. Brodie l'a fait dans le cas dont je vous ai montré la préparation. Quelques-uns ont même été jusqu'à dire, avec M. Erichsen, que la ligature de la fémorale, dans ces circonstances, ne pouvait se justifier. Cependant, il est difficile de voir sur quelles bases théoriques repose une pareille conclusion; je ne vois pas non plus qu'elle s'appuie sur l'expérience pratique.

REVUE DE LA PRESSE

Due casi di cistotomia, operati da Arnaldo, dott. Angeluni, sostituto nell'ospedale di S. Giacomo, col taglio perineale laterale lateralizzato di Giovanni de Romanis. Brochure in-8°, pp. 14. Rome, 1876. — La taille latérale latéralisée, rarement employée chez nous, est, comme le dit l'auteur au début de son travail, un procédé essentiellement italien. Il a obéi à un sentiment patriotique en faisant suivre l'histoire de ses deux malades d'une courte notice sur son origine et sur ses avantages.

« Je crois devoir publier ces deux cas, dit-il, afin de me joindre à ceux qui s'efforcent de faire connaître et de répandre cette méthode entièrement italienne. » Et plus loin : « L'abandon complet dans lequel le procédé en question est tombé aujourd'hui me semble d'autant plus injuste que beaucoup d'autres, plus modernes, auxquels on a la manie de recourir, n'en sont qu'une copie exacte et n'en diffèrent que par les instruments employés. »

De Romanis, craignant que ses écrits ne fussent mal interprétés, ne publia rien sur la taille latérale; ce fut un de ses élèves, Mariano Santo, qui fit connaître (1) malgré lui son procédé. Les prévisions du maître furent justifiées dans la suite; on comprit mal les données de Santo; quelques auteurs confondirent la taille latérale latéralisée avec celle de Collot; des chirurgiens, même érudits, comme Burci, attribuèrent à de Romanis l'invention d'une variété de taille médiane.

Angeluni explique ces erreurs d'une manière ingénieuse; Collot aurait connu le procédé de de Romanis par Octave Villa, disciple de Santo, l'aurait mal compris et modifié de manière à en faire une véritable taille médiane. Son incision était à droite et tout près du raphé périnéal, plus haut que celle de Romanis; puis il ouvrait les portions *bulbeuse* et *membraneuse* de l'urèthre et dilatait la portion prostatique et le col vésical; tandis que de Romanis évitait le bulbe autant que possible, et pour cela faisait son incision externe assez loin du raphé en se rapprochant de l'ischion.

On a dit que ce procédé réclamait la dilatation forcée des parties profondes de l'urèthre, mais de Romanis la rejetait et ne faisait qu'une dilatation douce et progressive, il craignait surtout de produire un élargissement persistant du canal : « Quo propter summo opere cavendum est in administrando ipsum dilatans ne tantum dilatetur ad ipsum continui dilatationem attingat. »

De même que l'on avait exagéré la dilatation, on exagéra l'incision des parties profondes; Cheselden la fit porter sur toute l'épaisseur de la prostate jusqu'à l'orifice de la vessie.

La méthode de de Romanis était mixte; elle ne comportait l'emploi ni d'une incision démesurée, ni d'une dilatation exagérée; elle répondait exactement aux indications précises que formula plus tard Lecat (lettre de Lecat à Leblanc, *Mercure*, juin 1748). On pourrait en dire autant de l'appareil instrumental, que l'on a compliqué inutilement.

Recherches cliniques sur le salicylate de soude et le sulfate d'atropine. (Œttinger). — 1° *Salicylate de soude.* — L'auteur n'a employé l'acide salicylique que trois fois (une fois dans le rhumatisme articulaire aigu, une fois dans la pneumonie). Pour lui, le salicylate de soude est préférable, parce qu'il est plus soluble dans l'eau et présente un goût moins désagréable. De plus, il exerce une action moins irritante sur la muqueuse gastrique, et les malades peuvent prendre pendant longtemps, sans en ressentir de sérieux inconvénients, des doses relativement élevées de ce sel.

Le salicylate de soude a été employé chez 38 individus (25 hommes, 13 femmes). Les affections ainsi traitées étaient :

Tuberculose pulmonaire	3 cas.
Fièvre intermittente	2 —
Typhus	2 —
Pneumonie	1 —
Érysipèle de la face	1 —
Rhumatisme articulaire aigu	29 —

Œttinger ne s'est servi que du salicylate de soude en poudre, à dose de 6 à 10 grammes par jour.

Presque toujours après l'absorption de 2 ou 3 grammes, on a constaté de la rougeur de la face et un peu d'excitation intellectuelle, suivis, dans la plupart des cas, de sueurs profuses, de bourdonnements d'oreille, d'éblouissements, de surdité et de pesanteur de tête.

A la suite des grandes doses, on a eu, dans certains cas, des nausées de courte durée; mais les vomissements et les autres symptômes gastriques se sont surtout montrés à la suite de l'absorption d'acide salicylique pur.

Dans aucun cas, l'auteur n'a eu à compter avec une dépression exagérée.

On constate, au moment de l'apparition de la sueur, une diminution notable de la température, mais le second phénomène s'est présenté souvent, même en l'absence du premier. Aussitôt que le malade a pris une dose de 50 centigrammes à 1gr50, la température s'abaisse et quelquefois descend au-dessous de son degré normal.

Deux doses produisent une action manifeste et persistante. Il est vrai que l'intensité de la réaction est en raison inverse de celle de

---

(1) In *Libellus aureus de lapide a vesica per incisionem extrahendo.*

la maladie, elle ne se montre que trois ou quatre heures après l'absorption de la première dose. On rencontre dans quelques cas une diminution de la fréquence du pouls coïncidant avec l'abaissement de la température; en général, pourtant, le nombre de pulsations reste le même, tant que la maladie ne s'est pas améliorée sous l'influence du médicament.

Au moyen du perchlorure de fer, on peut constater la présence du salicylate de soude dans l'urine trois jours après son absorption.

Dans les cas légers de rhumatisme articulaire aigu, 1 gramme de salicylate de soude en une seule dose suffit pour faire disparaître la fièvre, la douleur, la rougeur et le gonflement des jointures.

Dès le deuxième jour, le malade est complétement guéri.

Si la maladie est plus grave, deux ou trois doses du même médicament font disparaître la fièvre; en moyenne, il faut sept jours dans ces cas pour arriver à la guérison parfaite.

Lorsque la maladie dure depuis longtemps, l'effet est plus souvent nul et toujours incertain.

2° *Sulfate d'atropine.* — Œttinger a voulu savoir par lui-même jusqu'à quel point est fondée l'assertion de certains auteurs, qui ont dit que le sulfate d'atropine est capable de diminuer les sueurs profuses des phthisiques.

L'auteur a administré le sulfate d'atropine dans 45 cas. La préparation choisie a été une solution contenant 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 20 grammes d'eau distillée (dix à vingt gouttes par jour).

Dans 12 cas, les sueurs profuses disparurent aussitôt après la première dose et ne se montrèrent plus dans le reste de la maladie.

Dans quinze cas, elles diminuèrent également de bonne heure, mais elles revinrent, et il fut nécessaire de donner de nouveau l'atropine au bout de trois ou quatre jours, et d'arriver jusqu'à la dose de 1 ou 2 milligrammes.

Dans 18 cas, les sueurs reparurent aussitôt après la suspension du médicament, dont il fut nécessaire de prolonger pendant longtemps l'usage, en ayant soin toutefois de ménager des interruptions de quatre à huit jours.

Les seuls phénomènes désagréables auxquels on eut affaire, furent un léger prurit du cou, et de la dilatation pupillaire. L'influence du sulfate d'atropine sur la température est absolument nulle; elle n'a point d'action sur la marche de la maladie; cependant l'auteur croit que, lorsque les sueurs nocturnes sont moindres, la toux est également moins possible, de sorte que le malade repose mieux. (*Bericht des k. k. Krankenhauses Wieder vom Jahre*, 1876, *Wiener med. Presse*, 1877, n° 34.)

Névrite du cubital à la suite d'une plaie de ce nerf. (A. Rohden.) — F. C... reçut plusieurs coups de couteau dans la nuit du 7 au 8 octobre 1876. Il y avait neuf plaies sur la tête et trois sur le bras droit, dont une sur le bord cubital, à 2 pouces au-dessous de l'olécrâne. Cette dernière avait 2 pouces de profondeur et paraissait intéresser le nerf cubital. Depuis ce moment, il y eut une insensibilité complète du petit doigt et de tout le côté de la main et de l'avant-bras correspondants. Pourtant il n'y avait dans ces régions rien d'anormal, pas de chaleur, pas de froid, pas de douleur.

Dans la suite, il y eut un peu de gonflement des doigts et d'œdème du quatrième espace interdigital. Les régions insensibles se refroidirent et devinrent douloureuses. Neuf semaines après la plaie, une vésicule de pemphigus se montra vers le côté externe de l'articulation phalangienne du petit doigt; elle se rompit spontanément et disparut. Quinze jours plus tard, nouvelle vésicule sur le dos du même doigt et vers la base de l'ongle. Le lendemain, une autre se développe sur la face palmaire; plus tard, toutes les deux disparurent.

18e semaine. — Fourmillement dans toute la portion périphérique du cubital coupé. Sensation de brûlure et d'épaississement de la main. Bout central douloureux à la pression. Atrophie légère de l'auriculaire. Peau lisse, brillante, rougeâtre, et néanmoins plus froide qu'à l'état normal. Les deux derniers doigts ne peuvent se mouvoir. Les muscles du petit doigt ne réagissent point sous l'influence des courants d'induction. Sangsues au niveau de la matrice.

19e semaine. — Atrophie appréciable des muscles de l'avant-bras et de la main animés par le cubital. Dépression à la place de la saillie du petit palmaire. Refroidissement de 10 degrés sur l'auriculaire. Contractilité électrique des muscles perdue. Réaction du plexus brachial gauche plus grande que celle du droit, à la suite des irritations électriques. Légère dilatation de la pupille gauche.

21e semaine. — On sent le nerf cubital comme un cordon dur et peu douloureux. Spontanément sur les téguments interdigitaux de l'annulaire et de l'auriculaire, points douloureux à la pression. Teinture d'iode sur le trajet du nerf. Courants constants. Pas de résultats. L'atrophie et les différences de température persistent. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1877, n° 34.)

Le sulfate de cuivre dans la pellagre et la chloro-anémie. (Barduzzi.) — Le professeur A. Bellini, dans une communication faite à la Société médico-physique de Florence dans la séance du 15 avril dernier, à propos des effets des sels de cuivre sur l'organisme, a voulu démontrer, par des expériences faites sur les animaux, que ces sels favorisent beaucoup l'assimilation. L'emploi du sulfate de cuivre dans ce sens a été assez répandu autrefois. De nos jours, on s'en sert encore fréquemment à l'hôpital de Pise, comme modificateur de la nutrition dans les affections chroniques ou dyscrasiques de la peau.

L'auteur en a lui-même obtenu d'excellents effets dans un cas de pellagre et dans un de chloro-anémie compliqué de zona.

Premier cas. — Un homme de quarante-deux ans fut admis à l'hôpital de Pise pour une pellagre au second degré. Il avait, de plus, de l'amaigrissement, de la tristesse et de l'affaissement intellectuel; de l'érythème du dos et des mains, des rhagades, de l'anorexie, de l'insomnie et de la diarrhée. Tous les jours, une pilule contenant 1 centigramme de sulfate de cuivre. Le troisième jour, 3 centigrammes; le dixième, quatre; le quinzième, cinq. Cette dernière dose fut continuée pendant vingt jours.

En fort peu de temps, la diarrhée cessa sans autre médication, le sommeil et l'appétit revinrent, l'érythème disparut et le malade put quitter l'hôpital au bout de quelques mois.

Deuxième cas. — Une jeune fille de vingt-trois ans fut admise dans la section de dermatologie de l'hôpital de Pise; elle avait, de plus, de l'aménorrhée, de la toux, de l'insomnie et une dyspepsie rebelle. On lui prescrivit 5 centigrammes de sulfate de cuivre par jour en pilules, et elle put quitter l'hôpital au bout d'un mois. (*Commentario clinico di Pisa*; *Gazetta medica italiana*, Prov. Venete, 1877, n° 30).

Perte de l'ouïe par la foudre. Guérison au bout de trente ans par l'électricité. (Sapolini.) — Le marquis de X..., colonel dans l'armée italienne, consulta, le 27 octobre 1874, le docteur Sapolini pour une maladie de l'oreille gauche. Du côté droit, ce malade n'entend ni le tintement d'une sonnette, ni le tic-tac d'une pendule. Du côté gauche, le mouvement de la pendule n'est perceptible qu'à 20 centimètres. Il a depuis deux mois de la dermo-myringite accompagnée d'une irritation étendue de l'anneau tympanique; les vaisseaux sont congestionnés et variqueux. Membrane épaissie d'un rouge sombre; trompe perméable.

Injections d'eau de pavot; iodure de potassium, 20 centigrammes. Liniment formé de 8 gouttes de laudanum pour 10 grammes de glycérine. Amélioration rapide interrompue par de légères rechutes. Sinapismes Rigollot aux apophyses mastoïdes.

En octobre 1875, le colonel X... raconte que, à l'âge de sept ans, la foudre était tombée près de lui, avait tué son jeune frère et lui avait fait à lui-même plusieurs brûlures sur le cou et le côté droit de la tête. Il guérit au bout de trois semaines, mais resta sourd du côté touché.

L'auteur put constater, en effet, une surdité complète par paralysie de l'acoustique. Le pavillon de l'oreille est pâle et flasque, le conduit auditif externe élargi; la membrane du tympan blanchâtre; pas de cerumen. La caisse du tympan est perméable à l'air. On donne une douche d'air comprimé, à la suite de laquelle le malade, après avoir bouché l'oreille gauche, crut entendre la voix du médecin à 2 ou 3 mètres. Le jour suivant, la surdité était de nouveau complète. Les douches d'air ne produisirent plus rien.

En juin 1876, on eut recours à l'électricité. Le malade tenait à la main le pôle négatif, tandis que le médecin manœuvrait le pôle positif. Tous les jours, on électrisa les muscles du pavillon, les téguments de l'apophyse mastoïde et la membrane tympanique ; on introduisait de plus, dans l'oreille, quelques gouttes d'une solution tiède d'iodure de potassium. Plus tard, le pôle positif fut porté sur le bord de la langue, et au moyen d'un appareil approprié, on fit arriver le pôle négatif jusque dans la caisse par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Dès la vingtième séance, le malade put entendre à 1 mètre, et après la vingt-sixième, il distinguait le son d'une cloche et les mots à 26 mètres. Après quelques interruptions, l'électrisation fut reprise de la même manière. L'amélioration s'est maintenue. (*Gazetta delle cliniche*, maggio 1877.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

252. Mackiewicz. Du régime lacté dans le traitement des différentes formes de la néphrite.

253. Masson. De la médication réfrigérante dans le traitement du rhumatisme cérébral hyperpyrétique.

254. Régimbart. De l'emploi de l'essence de thérébenthine en thérapeutique.

255. Frasey. Études sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques.

256. Jocaveill. De quelques altérations de la rate dans la fièvre typhoïde.

257. Verjeus. Des kystes hydatiques du foie ouverts dans quelques organes de la cavité abdominale.

258. Wathier. De la pseudarthrose consécutive aux fractures de l'humérus, de son traitement, principalement par la résection et la suture osseuse.

259. Baraduc. Des indications dans le traitement de l'attaque de l'hémorrhagie cérébrale.

260. Fauvert. Contribution à l'étude de la colique de plomb.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 2 et 12 octobre 1877, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. le docteur Guyot, médecin en chef de l'hospice de Rozoy-en-Brie. — M. Leblond, directeur de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, à Paris.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre 1877, en exécution du décret 20 août dernier, MM. les agrégés chargés d'un service hospitalier et MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux ci-après désignés ont été chargés, pour une période de dix ans, des cours annexes de clinique suivants :

MM. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; cours cliniques des maladies de la peau.

Archambault, médecin à l'hôpital des Enfants-Maladies ; cours cliniques des maladies des enfants.

Panas, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; cours cliniques des maladies des yeux.

Tillaux, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; cours cliniques des maladies des voies génito-urinaires.

Fournier, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; cours cliniques des maladies syphilitiques (formes secondaires et tertiaires).

Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi ; cours cliniques des maladies syphilitiques et vénériennes.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre courant, le docteur Auguste Voisin, médecin des hospices publics d'aliénés, a été chargé, pour l'année scolaire 1877-1878, d'un cours complémentaire des maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Abel Leflaive, chirurgien en chef des hospices de Beaune, décédé le 14 septembre dernier, à l'âge de cinquante-deux ans.

L'œil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies, par le docteur GIRAUD-TEULON, membre de l'Académie de médecine. 2e édition. — 1 vol. in-18 de 182 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 francs. — Germer-Baillière et Ce.

Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie (agenda-annuaire), par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPOT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET
(**Chlorate de potasse**)

CONTRE LES MALADIES DE LA GORGE, DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE, LE SCORBUT ET LA SALIVATION MERCURIELLE.

Pharmacie DETHAN, faub. St-Denis, 90, à Paris, et toutes les pr. pharm. de France et de l'étranger.

Médailles d'or. — *Prime de 16,600 fr. à Laroche.*

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot. *J. Laroche*

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault**. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS

du Dr G. FOURNIER, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, contre la phthisie pulmonaire et les affections chroniques des voies respiratoires,

contenant par cuillerée à soupe; { le vin, 0,20 / l'huile, 0,10 } de créosote VÉGÉTALE.

Capsules d'huile de foie de morue créosotée, 0,02.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

Bourboule, SOURCE Choussy.

Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Salicylate de soude

du Dr **CALMANN**,

Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

VENTE EN GROS : Chez DESNOIX et Ce,
17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*
AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon. — GROS : 79, rue du Cherche-Midi. DÉTAIL : 97, r. de Rennes et dans les pharm.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans le mémoire sur le rôle des alcalins dans l'économie animale, lu dans la dernière séance, M. Mialhe s'est proposé de démontrer, par des considérations de chimie physiologique et par un exposé de résultats cliniques, non seulement que les bicarbonates alcalins administrés à des doses convenables ne sauraient avoir sur l'organisme aucune action fâcheuse, mais encore que ces composés salins, ingérés à doses extra-thérapeutiques, peuvent être, au moins quelquefois, inoffensifs et parfois même salutaires.

De quelques faits rapportés par M. Mialhe dans son mémoire, et des considérations physiologiques qu'il a invoquées à l'appui, il paraîtrait résulter, en effet, comme un fait incontestable, que la nature physique des tissus et des canaux vivants oppose un obstacle invincible à chaque augmentation ou diminution de la proportion de sel dans le sang ; que cette proportion ne peut ni s'élever au-dessus ni rester au-dessous d'une certaine limite. Ainsi, toutes les fois qu'un liquide introduit dans l'économie contient plus de sel que le sang, l'excès de ce sel s'échappe par le rectum. C'est ce qui a dû arriver aux malades dont M. Mialhe a rapporté l'histoire et qui avaient pris jusqu'à 120 grammes de bicarbonate de soude par jour ; tandis que lorsqu'un liquide ingéré dans l'estomac renferme moins de sel que le sang, l'excès d'eau doit être éliminé par les urines. D'où, il ne serait pas possible, suivant M. Mialhe, de s'alcaliser à volonté, puisque lorsqu'on ingère une très-forte dose de bicarbonate de soude, ou quand on boit une grande quantité d'eau alcaline, la proportion de bicarbonate alcalin qui pénètre dans le torrent circulatoire est sensiblement la même, et que toujours ou presque toujours cette proportion de sel alcalin est impuissante à déterminer la cachexie alcaline.

En résumé, M. Mialhe admet, sans la moindre réserve, que l'on ne peut pas s'alcaliser à volonté, mais que l'on peut cependant s'alcaliser dans une certaine mesure et que cette alcalisation, en quelque sorte extra-physiologique, commande l'attention des praticiens, qui peuvent en tirer parti dans le traitement d'un certain nombre d'affections morbides.

Sagement administrée, la médication alcaline ne donne jamais lieu à cette fluidification générale des liquides et des tissus vivants que l'on a désignée sous le nom d'anémie ou cachexie alcaline ; mais elle peut quelquefois donner lieu à des désordres organiques et même à des accidents funestes, quand elle est intempestivement administrée.

M. Gubler est venu hier apporter sur cette importante question de thérapeutique le tribut de son expérience. Tout en déclarant qu'il partageait sur beaucoup de points la manière de voir de son collègue, il a fait cependant quelques restrictions à l'égard de quelques-unes des déductions que M. Mialhe a tirées de sa communication, et qui lui ont paru entachées d'exagération, notamment en ce qui concerne le bill d'innocuité accordé à cette médication. M. Gubler admet comme un fait incontestable la cachexie alcaline contestée par M. Mialhe. Aux exemples d'innocuité de doses exagérées cités par M. Mialhe, M. Gubler a opposé des exemples très-connus d'accidents graves, produits par ces doses massives, et à ces exemples nous en pourrions citer d'autres, fournis également par des hommes éminents dans la science, et qui ont payé de leur vie l'abus qu'ils avaient fait de la médication alcaline. C'est donc avec pleine raison que M. Gubler est venu saisir cette occasion de prémunir les praticiens contre la possibilité de danger que l'on aurait tort de chercher à dissimuler.

Ajoutons toutefois que M. Gubler, préoccupé sans doute de l'utilité de faire ressortir ce danger, a peut-être un peu exagéré à son tour l'opinion de M. Mialhe, qui n'a pas nié entièrement les accidents auxquels peut donner lieu l'administration exagérée ou intempestive des alcalins, et qui s'est même fondé sur cette éventualité pour appuyer cette proposition si juste, énoncée par M. Gubler lui-même dans son rapport général sur les eaux minérales de 1873 : « Le principe de la prépondérance médicale, dans les établissements où tout se fait en vue de la guérison des malades, peut être considéré comme un axiome et n'a pas besoin d'être démontré. »

L'Académie a entendu, dans cette séance, la lecture faite par M. Gubler, au nom de M. Oré (de Bordeaux), d'un mémoire sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux, et une lecture de M. Lunier, candidat pour la section d'hygiène, sur l'hygiène des boissons alcooliques. On trouvera dans le compte rendu un résumé des études statistiques instructives auxquelles s'est livré M. Lunier sur ce sujet.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Du traitement des maladies valvulaires du cœur à la troisième période (1).

II

Dans les maladies valvulaires du cœur, les congestions ne se montrent pas que dans le poumon, et fréquemment, surtout quand il s'agit d'affections siégeant à l'orifice mitral, on voit apparaître chez les cardiaques, des troubles semblables du côté du foie, et même une altération plus ou moins profonde de cet organe, une sorte de cirrhose propre aux gens affectés de maladie organique du cœur et qui entraîne après elle des accidents spéciaux, tels qu'un gonflement plus ou moins considérable du foie, quelquefois même de l'ascite.

Malheureusement ces accidents ne sont pas combattus par les divers moyens que nous avons à notre disposition, avec la même efficacité que ceux qui sont la conséquence de la congestion pulmonaire. Néanmoins, il est des cas dans lesquels on voit une influence heureuse être exercée sur le foie par l'emploi des purgatifs, parmi lesquels je vous citerai les sels neutres d'abord; puis le calomel. Ce dernier surtout a une action spéciale, particulière, sur le foie, et l'on se trouve en général très-bien de son usage, soit qu'on l'emploie seule soit qu'on l'associe à quelque poudre drastique. Dans ces cas, on commence par prescrire les drastiques, et on fait suivre immédiatement leur emploi de l'administration du calomel.

Les Anglais surtout croient beaucoup à l'influence du mercure sur le foie; aussi ont-ils contre la congestion aiguë et chronique de cet organe, un certain nombre de préparations officinales et une en particulier, qu'ils désignent sous le nom de pilules bleues et qu'ils donnent avec grande confiance dans ces circonstances. Ces pilules bleues qui ont une action toute spéciale contre la congestion chronique du foie n'existent pas dans nos pharmacies, toutefois il est facile de les fabriquer en associant un peu de savon officinal par exemple, de miel, de mucilage quelconque, à 10 centigrammes de scammonée, et à 5 centigrammes de mercure *métallique*. On détermine ainsi deux ou trois effets purgatifs à la suite desquels on ne tarde pas à voir se produire une amélioration notable du côté du foie.

Mais ce n'est pas tout encore et avec ces congestions pulmonaires et hépatiques, il n'est pas rare d'observer un phénomène semblable du côté du cerveau. Dans ces cas, les malades se plaignent d'avoir des étourdissements; ils sont plongés dans un état de somnolence, d'hébétude dont rien ne peut les faire sortir; ces phénomènes, qui sont le résultat de la congestion cérébrale déterminée par la distension des veines dans le cerveau, pourront être atténués par l'emploi des purgatifs salins ou des pilules purgatives dont je vous parlais précédemment, quoique ces divers moyens ne soient pas aussi efficaces que dans les cas de congestion du foie.

Au contraire très-souvent on obtient d'excellents résultats du bromure de potassium qui paraît avoir une action véritable pour diminuer la congestion cérébrale. Mais il faut dans ces cas, avant de donner ce médicament, avoir bien établi le diagnostic de la lésion valvulaire et être bien assuré que les phénomènes qu'on observe du côté du cerveau ne sont pas la suite de l'anémie plutôt que de la congestion de cet organe.

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 octobre.

En effet, si ces troubles étaient dus à un certain degré d'anémie cérébrale, et c'est surtout ce qui a lieu dans les cas d'affection aortique, rétrécissement ou insuffisance, le bromure de potassium aggraverait encore l'état du malade, en diminuant l'afflux du sang vers le cerveau. Il importe donc de s'assurer si, avec ces phénomènes de somnolence, il n'y a pas cette pâleur de la face, ces phénomènes d'anémie généralisée qui réclament au contraire l'emploi des toniques, du vin de quinquina, de l'alcool, une nourriture substantielle, etc. Ce n'est que lorsque vous reconnaîtrez les signes d'une véritable congestion veineuse due à la gêne du retour du sang veineux vers le cœur, ce que vous observerez plutôt dans les affections mitrales qu'aortiques, que vous devrez vous adresser de préférence aux applications de sangsues à l'anus, à l'emploi des purgatifs, et surtout du bromure de potassium qui modèreront l'intensité des accidents dont le cerveau est le siége. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer, chez ces gens affectés de lésion valvulaire du cœur avec congestion pulmonaire et hépatique, des accidents semblables du côté du rein, et qui sont caractérisés principalement par la présence de l'albumine dans les urines. Dans ces cas, vous prescrirez le traitement général qui est indiqué dans toute affection du cœur, quelle qu'elle soit. Néanmoins si l'albumine se trouve dans les urines en quantité considérable, vous chercherez à combattre ce signe de congestion rénale par l'emploi de l'iodure de potassium qui a une action spécialement efficace contre l'albuminurie surtout quand celle-ci se rattache à l'existence d'une néphrite interstitielle. Mais qu'il s'agisse de cette dernière ou d'une néphrite parenchymateuse, on peut surtout se bien trouver dans ces cas de l'administration du lait qui a le grand avantage d'agir non-seulement comme médicament, mais encore en qualité d'aliment et qui parfois, donné à certaines doses, a la propriété de déterminer la sédation complète de phénomènes de congestion qui ont lieu du côté du rein. C'est surtout dans les affections organiques du cœur que le lait semble agir d'une manière toute spéciale et grâce à lui on a pu souvent sinon guérir, du moins améliorer considérablement certains cardiopathes. Toutefois il est peut-être plus particulièrement indiqué pour combattre la congestion rénale.

Quand les congestions sont multiples; quand on les observe simultanément dans le foie, dans le poumon, dans le rein, etc., et si les malades ne sont pas encore très-affaiblis et surtout s'ils ne sont pas encore arrivés à la troisième période des maladies du cœur; quand en un mot, ils n'en sont encore qu'à ce moment de la deuxième période caractérisée par de la tension du système nerveux et ces congestions particulières dans certains organes, il faut vous rappeler que, dans certains cas, on fait quelquefois disparaître en très-peu de temps, tous ces symptômes de congestion par une saignée générale de 3 à 400 grammes. Grâce à ce moyen, il n'est pas rare que l'on arrive à calmer, instantanément pour ainsi dire, tous ces phénomènes morbides, et même à rétablir dans l'espace de quelques jours un malade qui présentait de tous côtés des signes de congestion viscérale. Mais, il ne faut pas oublier non plus que cette émission sanguine ne doit pas dépasser les limites que je viens de vous indiquer, et qu'elle ne doit pas être répétée. Dans ce cas, elle n'aurait d'autre conséquence que d'affaiblir davantage le malade et de détruire les bons effets qui résulteraient de la première saignée.

Outre les congestions viscérales, il est encore un accident qu'on observe fréquemment chez les gens atteints d'affection valvulaire du cœur, et qui quelquefois apparaît de très-bonne heure. Ce sont les hydropisies qui ont lieu soit

dans les cavités viscérales, le péritoine, la plèvre et même le péricarde.

Non-seulement on doit opposer à ces accidents les moyens ordinaires à l'aide desquels on combat les maladies du cœur, mais encore on peut se servir avec quelques avantages de certains médicaments qui agissent contre eux d'une manière spéciale, et au moyen desquels on combat les maladies du cœur, mais encore on peut se servir avec quelques avantages de certains médicaments qui agissent contre eux d'une manière spéciale, et au moyen desquels on peut arriver à diminuer l'intensité de ces divers phénomènes et même à les faire cesser complétement. Parmi les différents moyens dont nous disposons à cet effet, nous trouvons tous les agents thérapeutiques qui ont pour résultat d'augmenter les sécrétions naturelles de l'économie, et de produire un flux artificiel plus abondant vers les organes qui sont ordinairement le siége de cette fonction. C'est ainsi que l'on détermine du côté du rein, de l'intestin, de la peau, une sécrétion physiologique exagérée, à la suite de laquelle si elle est prolongée pendant un certain temps, on ne tarde pas à voir survenir une diminution de la quantité de sérosité accumulée dans les différentes parties du corps.

Parmi ces médicaments, je vous citerai d'abord les diurétiques, c'est-à-dire ces moyens thérapeutiques qui ont pour effet de provoquer l'augmentation de la quantité d'urine sécrétée. Chez les individus qui sont atteints d'affection organique du cœur, surtout quand ils sont arrivés à une certaine période de leur maladie, on voit en général les urines diminuer de quantité et en même temps s'épaissir, devenir foncées en couleur, plus riches en matériaux solides. Eh bien, on s'oppose à ces qualités morbides en augmentant la quantité d'eau contenue dans les urines en employant l'acétate, ou le nitrate de potasse. Il est également ordinaire de prescrire aux malades atteints ainsi d'hydropisie, comme tisane habituelle, du chiendent, de la pariétaire, des substances qui, par elles-mêmes, sont un peu diurétiques et dont on augmente la vertu par l'addition de 1 gramme de l'un des sels de potasse que je viens de vous indiquer. Chez ces malades également, on se trouve assez bien parfois de leur faire boire en mangeant un peu de vin blanc, dont on augmente également la vertu diurétique en y ajoutant 1 gramme de nitrate de potasse par jour.

Mais le plus ordinairement ces diverses boissons ne suffisent pas pour soulager les malades et l'on doit recourir à des agents plus efficaces. Parmi ceux-ci figure encore la digitale qui est indiquée non-seulement, comme nous l'avons vu, toutes les fois qu'il s'agit de régulariser les battements du cœur, mais encore qui rend de très-grands services contre les hydropisies par ses propriétés diurétiques. Mais dans ces cas, on ne doit pas prescrire indifféremment toute préparation de digitale : celle qui convient mieux pour le but que l'on se propose d'obtenir, c'est l'infusion de feuilles à la dose de 20, 25, 30, 40 centigrammes de feuille au plus, dans 300 à 500 grammes d'eau. On obtient ainsi un médicament diurétique par excellence, et il n'est pas rare de voir des individus dont la maille du tissu cellulaire sous-cutané ou les cavités splanchniques étaient complétement infiltrées de sérosité, présenter un flux considérable d'urine dont la sécrétion peut s'élever jusqu'à 2,000, 3,000 grammes par jour; et chez lesquels cette diurèse, quand l'usage de la digitale a été continué pendant quelques jours, peut être suivie d'un soulagement considérable, quelquefois même de la disparition complète de l'hydropisie. Enfin, à côté de la digitale employée surtout en infusion, et d'une manière continue pendant quatre ou cinq jours de suite, puis reprise après trois ou quatre jours, de peur de fatiguer l'estomac et de produire des vomissements, si l'on en prolongeait l'usage pendant un temps plus long ; à côté de la digitale, dis-je, je vous citerai les diverses préparations de scille maritime, qui ont quelquefois aussi une action salutaire sur les hydropisies. Celle que l'on prescrit le plus ordinairement est l'extrait de scille à la dose de 20, 30, 40, 50 centigrammes, et qu'on mélange avec un mucilage gommeux de manière à faire des pilules. Mais il faut savoir que ce médicament, tout en étant parfois assez utile, est loin d'avoir l'efficacité de la digitale.

Mais la scille et la digitale n'ont d'action réelle sur l'économie, qu'à la condition d'être données à l'intérieur. Prescrites pour l'usage externe, en frictions sur la peau des parties infiltrées, sous forme de teinture, la scille et la digitale sont complétement inertes et leur usage n'est suivi d'aucun effet salutaire. Ces frictions constituent tout simplement un moyen moral, qui satisfait seulement l'esprit des malades parce qu'il leur semble qu'on obtiendra une action plus prompte en agissant directement sur les parties infiltrées. Aussi est-il préférable de ne pas y recourir, et de se mettre au-dessus de ce préjugé du malade. Quant à moi, il ne m'arrive jamais de les prescrire, attendu que je suis convaincu de leur inutilité complète.

Enfin, comme moyen diurétique, il est encore une préparation officinale qu'on emploie vulgairement contre l'hydropisie. Je veux parler des vins diurétiques amers de la Charité et de l'Hôtel-Dieu. Le premier ainsi désigné, parce que c'est à cet hôpital qu'il a été employé primitivement, est un vin blanc dans lequel on fait macérer pendant un temps suffisant, de la scille, des baies de genièvre et du quinquina. Il est par conséquent à la fois diurétique et tonique. On en obtient de bons résultats à la dose de 40 à 50 grammes par jour (environ deux verres à madère), une demi-heure, une heure avant le repas. Quant au vin de l'Hôtel-Dieu, appelé encore vin de Trousseau, parce qu'on lui en doit la formule, il n'est autre que celui de la Charité, additionné de digitale. C'est un médicament très-actif, plus diurétique encore que le précédent, mais dont l'usage n'est pas sans inconvénient quand il est prescrit à des malades qui prennent déjà de la digitale sous une autre forme. Tandis, en effet, que le vin de la Charité peut être donné pendant des semaines, des mois même, sans qu'il en résulte de conséquences fâcheuses, la présence de la digitale dans le vin de Trousseau en augmentant son activité, en augmente également les inconvénients et détermine, au bout d'un certain temps, des nausées, quelquefois des vomissements. Il importe donc de connaître la différence qui existe entre ces deux préparations et de savoir que l'une ne peut pas être donnée indifféremment pour l'autre.

HOPITAL DE LA PITIE. — M. Pozzi.

Corps fibreux de l'utérus. — Ablation.

Nous avons en ce moment dans le service une malade que j'ai opérée tout récemment, et qui offrait un cas de diagnostic intéressant. C'est une femme de trente-cinq ans ayant eu six enfants, et dont les accouchements se sont toujours faits d'une façon très-régulière. Sa santé avait toujours été excellente, quand il y a quatre ans, elle commença à présenter

quelques troubles du côté de l'utérus. Ce fut d'abord une simple augmentation de l'écoulement sanguin aux périodes menstruelles; mais bientôt les règles devinrent irrégulières, elles ne se montrèrent plus aux époques ordinaires, et, dans leur intervalle, survinrent des pertes utérines assez abondantes pour donner lieu, en très-peu de temps, à un état de cachexie et d'émaciation très-prononcées. Enfin, depuis six mois, ces pertes, qui jusque-là avaient été composées exclusivement de sang pur, ont fait place à une sécrétion séro-sanguinolente d'eau rousse, pour me servir de l'expression de la malade. Cette modification dans la nature du liquide sécrété, indiquait que l'anémie était portée au dernier degré, et que l'économie était désormais incapable de suffire à un véritable écoulement sanguin.

Quand cette femme est entrée à l'hôpital, vous avez vu, en effet, qu'elle était extrêmement affaiblie et présentait presque l'aspect d'une femme atteinte d'un cancer de l'utérus. Au toucher, on trouvait le vagin à peu près complétement rempli, dans ses deux tiers supérieurs, par une tumeur oblongue, bosselée, très-dure, rénitente, évidemment constituée par du tissu fibreux et, quand on voulait pousser le diagnostic plus loin, on était arrêté par l'insuffisance de longueur du doigt qui ne permettait pas d'atteindre les dernières limites de la tumeur. Cependant, en pressant avec la main libre, sur l'hypogastre, le doigt restant introduit dans le vagin, on parvenait à sentir la lèvre antérieure du col de l'utérus et à constater que la tumeur en était indépendante.

Nous avions donc affaire, soit à un polype qui aurait fait basculer l'utérus de telle sorte que la lèvre inférieure ne fût plus accessible au doigt, soit à une tumeur interstitielle siégeant dans l'épaisseur de cette même lèvre. Ces tumeurs interstitielles du col, sans être communes, ne sont pas, en effet, absolument rares : elles ont, pour caractère propre, la facilité très-grande avec laquelle on parvient, en général, à les énucléer.

Le diagnostic entre ces affections était important à établir; en effet, au point de vue du manuel opératoire, elles exigeaient des indications spéciales. Si c'était un polype, il suffisait d'en sectionner le pédicule par l'un des moyens que vous connaissez, soit par l'application d'une anse galvano-caustique, de l'écraseur linéaire ou le serre-nœud de Maisonneuve. S'agissait-il, au contraire, d'une tumeur interstitielle de la lèvre postérieure du col de l'utérus, le volume énorme de la tumeur, sa situation donnaient lieu à une opération très-difficile et très-laborieuse, l'énucléation.

Un seul moyen pouvait trancher la difficulté et éclairer le diagnostic : l'accès du col. Pour y arriver, nous avons eu recours à une manœuvre que je ne saurais trop vous recommander en pareil cas, à condition toutefois que vous la pratiquerez avec toutes les précautions qu'elle comporte. Je veux parler de l'abaissement de l'utérus. La matrice étant maintenue par un aide au moyen de la main placée sur l'hypogastre, j'ai saisi la tumeur avec des pinces puis, au moyen de tractions latérales très-douces, je suis parvenu à abaisser suffisamment le corps fibreux, qui est venu apparaître à l'orifice de la vulve. Glissant alors le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale, je suis arrivé sur la lèvre postérieure et j'ai pu constater que, en ce point, comme pour la lèvre antérieure, le col utérin était absolument indépendant du polype. En effet, on sentait dans l'intérieur du canal cervical, un cordon volumineux qui n'était autre que le pédicule du corps fibreux, lequel avait nécessairement alors son implantation sur l'une des parois de l'utérus. Le diagnostic était dès lors établi; il ne s'agissait plus que d'étreindre le pédicule et de le sectionner. Pour cela, nous avions à choisir entre plusieurs moyens : le serre-nœud de Maisonneuve, l'anse galvano-caustique ou l'écraseur de Chassaignac.

Ce dernier procédé, avec lequel les hémorrhagies sont extrêmement rares, est celui que nous avons choisi. L'opération a parfaitement réussi; à peine la malade a-t-elle présenté un léger écoulement comparable aux lochies de femmes récemment accouchées. Nous avions d'ailleurs pris une précaution à laquelle vous devez toujours recourir en présence de cas semblables. Il peut arriver, en effet, avec l'écraseur de M. Chassaignac, surtout si le pédicule de la tumeur est très-volumineux, que l'anse, sous l'influence des efforts de l'opérateur, ait de la tendance à glisser de bas en haut, et à aller sectionner la paroi de la matrice. Pour éviter cet accident dont vous prévoyez les conséquences, il faut avoir soin de maintenir soit avec un crochet, soit avec le doigt, la chaîne de l'écraseur, là où l'on veut opérer la section.

Aujourd'hui, l'utérus qui, avant l'opération, s'élevait à plus de trois travers de doigt au-dessus des pubis, et dans cet état, qu'on désigne si justement sous le nom de grossesse fibreuse; l'utérus, disons-nous, est complétement revenu sur lui-même; et, ainsi que je vous l'ai dit, aucun écoulement sanguin ne s'est produit. D'ailleurs, nous avions donné de l'ergot de seigle à la malade, immédiatement après l'ablation de la tumeur, dans le but de faire contracter les fibres de la matrice, et, dans le cas où quelque gros vaisseau se serait ouvert, d'empêcher qu'une hémorrhagie se produisît dans la cavité utérine.

Enfin, phénomène qui nous permet de préciser le point d'implantation du corps fibreux dans l'utérus, immédiatement après l'opération, nous avons trouvé la matrice renversée en avant, dans une antéversion très-prononcée : l'organe, sous l'influence de l'ablation de la tumeur, avait basculé en avant. Cela prouve que le polype s'insérait sur la paroi postérieure de la cavité utérine et que la pression exercée par la tumeur cessant de s'exercer, la matière avait cédé soit à son propre poids, soit à celui des intestins, et s'était mise en antéversion.

REVUE DE LA PRESSE

De la thoracocentèse dans les cas de pleurésie avec coagulations cardiaques. — A propos d'un cas de mort subite survenue pendant la thoracocentèse, chez un de ses malades atteint de pleurésie succédant à une pneumonie lobaire aiguë, M. Vergely émet les préceptes suivants, relativement d'abord au diagnostic si difficile à établir quand il s'agit de reconnaître les signes qui appartiennent à la pleurésie et ceux qui reviennent à la pneumonie; puis, touchant les indications de la thoracocentèse chez ceux de ces malades qui présentent des symptômes de coagulation cardiaque.

En ce qui concerne le diagnostic, les nuances diverses de l'égophonie qui, dans la pleurésie, prend les caractères de l'égophonie vraie quand le liquide est tenu, séreux; et qui, au contraire, si l'épanchement est d'une densité plus considérable ou purulent, est une bronchophonie spéciale, suffisent pour éclairer le médecin. La bronchophonie, à laquelle donne lieu la pleurésie purulente, est, en effet, plus métallique et d'une tonalité plus élevée que celle de la pneumonie, et ce phénomène, quand la marche de la maladie aura été insidieuse et obscure, quand certains signes, les vibrations thoraciques, par exemple, ne pourront être convenablement saisis, permettra, dans ces cas douteux, d'admettre de préférence l'existence d'une pleurésie.

Quant à la thoracocentèse, on doit s'abstenir, quelles que soient

les précautions dont on s'entoure, quand les malades, ainsi que c'était le cas pour celui de M. Vergely, présentent des signes de coagulation cardiaque. Loin de conjurer la mort, elle avance peut-être de quelques heures la terminaison fatale.

Les coagulations cardiaques chez les individus atteints d'épanchement se traduisent par un œdème envahissant successivement la face, le cou, les parois thoraciques; par la petitesse du pouls et l'accroissement continu de la dyspnée. Elles agissent en entravant la circulation des veines caves, surtout de la supérieure, qui supporte plutôt que l'inférieure la conséquence de cette gêne. En effet, la brièveté de son trajet fait que ses différents segments supportent une pression beaucoup plus considérable que si elle était plus longue; elle n'a pas de glandes vasculaires comme la veine cave inférieure, où peut refluer le trop-plein qui le distend; enfin, la déviation que le poumon, refoulé par l'épanchement, amène dans sa direction, explique cet œdème des parties supérieures. — (*Gazette médicale.*)

Des courants continus dans le traitement des ulcères, et en particulier des ulcères atoniques. — On se rappelle que M. Onimus a récemment entretenu la Société de biologie de l'action des courants constants sur les plaies. Il convient de rapprocher de l'intéressant mémoire de cet auteur, les deux observations suivantes, que M. Staes-Brame vient d'adresser à la Société de médecine du Nord, et qui ont trait au même sujet.

Dans la première, il s'agit d'un homme de trente ans qui, depuis deux ans, portait aux jambes de vastes ulcères atoniques. Par un traitement convenable et longtemps prolongé, repos absolu, régime tonique, topiques appropriés, compression. M. Staes était arrivé à guérir complétement l'un des ulcères et à améliorer considérablement l'état du second. Celui de la jambe droite qui, au début du traitement, mesurait 10 centimètres de haut sur 7 de large, se trouvait réduit, en effet, à une petite plaie mesurant à peine un demi-centimètre de diamètre, recouverte en grande partie d'une légère pellicule cicatricielle lorsque, par une raison inconnue, en moins de vingt-quatre heures, toute la surface primitive de l'ulcère se trouva dénudée de son épiderme, se colora d'un rouge vif et laissa suinter une sérosité sanguinolente. Contre cette complication inattendue, M. Staes eut l'idée de mettre en œuvre les courants continus. Il appliqua sur la plaie une plaque de métal, qui la recouvrait entièrement et qu'il mit en communication avec le pôle négatif de l'appareil, l'électrode positive étant appliquée sur la cuisse. L'appareil employé fut celui de Morin, au bisulfate de mercure. Dix éléments seuls étaient en action.

Après dix minutes, la plaie avait considérablement pâli; le lendemain, elle était diminuée de plus de moitié, nouvelle application de dix minutes; le jour suivant, la guérison était complète.

Le sujet de la deuxième observation est un ouvrier qui reçoit sur le pied une assez forte quantité d'acide sulfurique concentré. Une eschare se développe et sa chute laisse un ulcère profond contre lequel échouent les procédés ordinaires. M. Staes essaye les courants continus. Comme la première fois, le pôle négatif est mis en communication avec la plaie, le pôle positif étant appliqué sur la plaie. Mais le nombre des éléments fut augmenté; il varia entre dix et vingt. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcère qui avait la grandeur d'une pièce de cinq francs, à bords taillés à pic, à fond blanchâtre, sécrétant à peine une sanie jaunâtre, redevint de bonne couleur, l'œdème des parties avoisinantes disparut, la suppuration s'établit franchement, et après onze applications de dix minutes chacune, la plaie était complétement cicatrisée. (*Bull. méd. du Nord.*)

Traitement des douleurs de l'épididymite. — M. le docteur Dron emploie les moyens suivants dans le traitement des douleurs réflexes, parfois assez violentes, dont s'accompagne l'épididymite, alors que la période aiguë et la souffrance à laquelle elle donne lieu est déjà passée.

Quand ces douleurs qui irradient le long du cordon dans l'aine, l'abdomen et la cuisse correspondante revêtent le type des névralgies intermittentes, M. Dron en aurait délivré les malades avec 50 à 75 centigrammes de sulfate de quinine. Mais il convient de prolonger l'administration de ce sel, car si l'on le suspendait prématurément, la névralgie génito-abdomino-crurale reparaîtrait pour disparaître de nouveau par l'emploi du médicament.

Quand ces douleurs sont continues, ce qui a lieu le plus souvent, M. Dron a recours aux injections sous-cutanées de 10 à 20 gouttes, d'une solution de chlorydrate de morphine au 100e. Il obtiendrait le même résultat par l'injection sous-cutanée de l'eau pure. Dans ce cas, il faut injecter sous la peau, à peu près tout le contenu de la seringue de Pravaz. — (*Lyon méd.*).

Fièvre typhoïde compliquée de méningite. — M. le docteur Cadet de Gassicourt, a récemment communiqué à la Société clinique, une observation de fièvre typhoïde, compliquée de méningite dont voici le résumé, coïncidence très-rare ainsi qu'on sait.

Le malade dont il s'agit, est un petit garçon de cinq ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 5 janvier dernier. Le début de la maladie, au dire des parents, remontait à huit jours. Depuis cinq jours il était sans connaissance. Le lendemain, 6 janvier, on constata les symptômes suivants : l'enfant était pâle, affaissé, presque immobile dans le décubitus dorsal; les yeux à demi-fermés, les narines légèrement pulvérulentes. La langue était rouge, collante; les lèvres sèches; le ventre un peu tendu avec un léger tympanisme, douloureux à la pression, au niveau de la fosse iliaque droite, sans gargouillement appréciable. Pas de taches rosées. La rate ne put être ni mesurée, ni sentie, la percussion donnant partout une matité égale. Selles diarrhéiques involontaires. Légère contracture des muscles de la nuque; paupières à demi-fermées; la paupière supérieure droite présente un léger degré de paralysie; pupilles très-dilatées et égales. Parésie très-marquée du membre supérieur droit. Sensibilité cutanée un peu obtuse.

L'enfant pousse constamment des cris plaintifs. T. 39°,8; R. 36; p. régulier à 124.

Le surlendemain, le petit malade ayant succombé, l'autopsie permit de découvrir les lésions suivantes : injection vive avec piqueté rouge très-abondant, sous-arachnoïdien, au niveau des lobes occipital gauche, pariétal droit et des parties antérieures et inférieures des deux lobes frontaux.

Méningite avec exsudat assez abondant au niveau des deux premières circonvolutions frontales antérieures. Les méninges sont épaissies au niveau des exsudats et contiennent un peu de pus. Au dessous, ramollissement superficiel de la substance corticale blanche; la substance grise est congestionnée.

Pas d'épanchement dans les ventricules latéraux, pas de tubercules.

Dans l'intestin, on trouvait les altérations les plus évidentes de la fièvre typhoïde au deuxième septénaire : follicules agminés saillants, plaques gaufrées, réticulées, boursouflées : une de ces plaques présente un commencement d'ulcération.

Ganglions mésentériques très-volumineux, de coloration lie de vin. Rate petite et dure, mesurant 10 centimètres sur 7.

Poumons congestionnés dans les parties déclives. Dans le lobe supérieur droit, en arrière et presque au sommet, sclérose étendue avec pneumonie ancienne entourant un petit tubercule cru. — (*France méd.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1877. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1876, dans le département du Loiret et l'arrondissement de Melun. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Paulet, qui sollicite le titre de membre correspondant national.

2° Une lettre de remerciement de M. Doin, médecin-major, lauréat de l'Académie.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente plusieurs brochures, entre autres, une note de M. Bonnafont *sur un cas de surdité ancienne guérie par la trépanation de la membrane du tympan;* une brochure de M. Hamon, intitulé : *Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale;* une brochure de M. Luton (de Reims), *sur la chorée rhumatismale.*

M. GUBLER, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques observations relatives à la communication qu'a faite M. Mialhe dans la dernière séance. Notre collègue, dit-il, a fait un plaidoyer en faveur de la médication alcaline; je partage sur beaucoup de points sa manière de voir et les dissidences qui nous séparent sont, en somme, peu importantes. Mais comme, d'une part, en dehors de cette enceinte, on prête à l'opinion de M. Mialhe un caractère beaucoup plus absolu, comme d'autre part, il a nié la nocuité possible des eaux alcalines, j'ai pensé qu'il fallait prendre la question par un autre de ses côtés afin de montrer ce que peuvent avoir d'exagéré les déductions tirées de la communication de M. Mialhe.

M. Mialhe a montré que les alcalins étaient normaux dans l'économie et se trouvaient plus particulièrement dans le serum du sang à l'état de bicarbonate de soude, personne ne le conteste. Mais notre collègue en a tiré des déductions beaucoup trop absolues. Il a dit que le bicarbonate de soude se trouvant à l'état normal dans le sang, il ne pouvait y avoir aucun inconvénient à en prendre des doses moyennes. Or nous savons tous aujourd'hui qu'un grand nombre de substances qui se trouvent, à l'état normal, dans l'économie deviennent, introduites à hautes doses, de véritables poisons; on connaît les travaux de M. Paul Bert sur l'influence de l'oxygène sur l'économie. Cette donnée générale de l'innocuité des substances normales, admise par M. Mialhe, n'est donc pas fondée. M. Mialhe a cité des cas, celui de l'un de nos collègues entre autres, dans lesquels les malades absorbaient par jour jusqu'à 120 grammes de bicarbonate de soude; mais ce sont là des faits exceptionnels. La cachexie alcaline est un fait absolument incontestable; il ne serait pas difficile d'en citer plusieurs exemples. Huxham, par exemple, cite deux faits, celui d'un jeune homme qui, ayant pris du carbonate d'ammoniaque comme du sucre, en éprouva une altération profonde. Chez un autre sujet, les mêmes phénomènes furent observés à la suite de l'administration de hautes doses de bicarbonate de soude. Enfin, je citerai l'exemple de l'illustre Thénard qui, pendant des semaines et des mois, a pris de 40 à 50 grammes de bicarbonate de soude par jour et avait fini par en éprouver les plus graves inconvénients. En somme, la cachexie alcaline est un fait indéniable et contre lequel il est bon d'être prévenu.

LECTURES

Empoisonnement par l'agaric bulbeux. — M. GUBLER donne lecture, au nom de M. ORÉ, de quelques extraits d'un mémoire sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux. C'est une suite à un mémoire précédent dans lequel M. Oré s'est proposé d'établir :

1° Que les symptômes observés pendant la vie, chez les animaux soumis à l'emploi de ce champignon, présentent, par les phénomènes convulsifs qui les caractérisent, la plus grande analogie avec ceux que produit la strichnine.

2° Que les lésions observées à l'autopsie, consistant en des congestions plus ou moins fortes, avec ecchymoses, ulcérations, etc.; et occupant toute l'étendue de la muqueuse gastro-intestinale, offraient également une ressemblance complète avec les lésions que l'on rencontre chez les animaux qui ont succombé à l'administration de cet alcaloïde.

3° Étudiant la manière dont le principe délétère de l'agaric bulbeux et la strychnine en solution se comportent vis-à-vis de la poudre de charbon, M. Oré a démontré que si l'on jette les deux solutions sur un filtre après les avoir agitées avec cette poudre, cette dernière a la propriété de les retenir l'une et l'autre.

4° Il a, enfin, cherché à prouver que, si dans les veines de deux chiens on injecte, à l'un, une solution titrée de strichnine, à l'autre, de l'eau vinaigrée dans laquelle des agarics bulbeux ont macéré, la mort arrive chez ces animaux avec la même rapidité, et après avoir été précédée de symptômes absolument semblables.

Ce nouveau mémoire, dans lequel M. Oré rapporte des faits nouveaux à l'appui de ces propositions, est renvoyé à l'examen de la commission déjà nommée, dont M. Gubler est rapporteur.

Hygiène des boissons alcooliques. — M. LUNIER lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'hygiène des boissons alcooliques*, et met sous les yeux de l'Académie une série de tableaux et de cartes teintées, de l'examen desquels ressortent notamment les faits suivants.

Les boissons alcooliques que l'on consomme en France, sont : le vin, le cidre, la bière, les eaux-de-vie et liqueurs.

Le vin est notre véritable boisson nationale; nous en consommons, en moyenne, depuis dix ans, 50 millions d'hectolitres par an, soit environ 120 litres par habitant. La consommation a suivi la production dans ses oscillations, mais dans l'ensemble, elle a augmenté progressivement depuis cinquante ans. Elle était de 55 à 60 litres, de 1829 à 1833, et elle est aujourd'hui de plus du double.

Le vin n'est réellement une boisson courante que dans soixante-douze départements; encore, dans quinze de ces derniers, la consommation n'est-elle que de 38 à 80 litres; dans les cinquante-sept autres, on en consomme de 88 à 360 litres.

La consommation du cidre tend à diminuer; depuis vingt ans elle est descendue de 24 à 20 litres par tête, ce qui n'est que médiocrement à regretter en raison de la mauvaise qualité des cidres; on boit aujourd'hui de l'eau-de-vie pour faire digérer le cidre, et plus on consomme de l'un, plus on absorbe de l'autre.

Il n'y a guère que neuf départements dans lesquels le cidre constitue la boisson courante et où la consommation dépasse 75 litres par tête; ils occupent notre frontière du nord-ouest.

La consommation de la bière a augmenté progressivement et sans temps d'arrêt depuis cinquante ans; elle n'était que de 8 litres 45 centilitres, en 1829, et elle est aujourd'hui de 22 litres environ.

La bière n'est une boisson usuelle que dans quatre départements qui sont groupés sur la frontière belge et qui consomment de 75 à 220 litres par tête. On se plaint déjà, sur quelques points, de la mauvaise qualité des petites bières, et il est à craindre que bientôt il en soit de la bière comme du cidre et que l'on boive du genièvre pour la digérer.

La consommation de l'alcool a augmenté progressivement depuis quarante ans; elle était de deux litres par tète en 1839 et elle est aujourd'hui de près de trois litres.

Les départements qui consomment le plus d'alcool sont ceux qui ne récoltent pas de vin : le contraste est sous ce rapport des plus frappants : on en consomme même fort peu dans ceux qui ne produisent que des eaux-de-vie de vins.

Les données statistiques confirment l'opinion émise par M. Bergeron, en 1870, dans son rapport sur le vinage, à savoir que l'action nocive des alcools d'industrie est notablement plus intense que celle des eaux-de-vie de vins.

Il ressort, en effet, des documents recueillis par M. Lunier :

1° En ce qui concerne les cas de morts accidentelles déterminées par des excès de boissons, que c'est dans les départements qui consomment le plus d'alcool que les excès de boissons déterminent le plus de morts accidentelles; on en observe rarement dans ceux qui consomment le plus de vin.

2° Que l'examen des résultats de l'application de la loi sur l'ivresse de 1874 à 1876 conduit aux mêmes conclusions : les cas d'ivresse poursuivis sont cinq fois plus nombreux dans les départements qui consomment surtout de l'alcool que dans ceux qui consomment du vin.

3° Qu'il en est de même des cas de folie de cause alcoolique : le nombre en est presque partout en raison directe de la consommation des alcools et particulièrement des alcools d'industrie. Il n'y a guère d'exception que pour la Vendée et la Charente-Inférieure qui ne consomment que des vins blancs, lesquels sont presque aussi dangereux sous ce rapport que les eaux-de-vie.

La séance est levée à quatre heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877.

1re série. — n° 43. Essai critique sur le rôle généralement attribué à l'excès de température dans la pathogénie des symptômes de la fièvre typhoïde, par Charles Liégeois, lauréat de la Faculté.

L'auteur établit que le symptôme chaleur n'est pas la cause des symptômes nerveux graves; au contraire, il croit que la chaleur est « l'effet de la parésie nerveuse due à l'influence hyposthénisante de la cause pyrétogène sur le système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire. » Cette théorie, qui fait de la fièvre, « avant tout, une subinnervation cérébro-spinale et ganglionnaire, » a été consignée à l'École préparatoire de Nancy, depuis longues années, par M. Victor Parisot; on sait d'ailleurs qu'elle n'est pas admise par l'École de Strasbourg.

N° 44. Contribution à l'étude de l'atrésie congénitale des voies génitales chez la femme, et en particulier de l'imperforation du col de l'utérus, par Gabriel Guillemard. Cette thèse renferme une observation d'imperforation du col de l'utérus, recueillie à la clinique de M. Stoltz.

N° 45. Essai de classification méthodique des maladies mentales, par J. Cellier, interne de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier.

N° 46. Histoire de la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme, par Victor Maurice, ancien externe des hôpitaux de Paris.

N° 47. De la rétroversion de l'utérus gravide, par Prosper Houpert, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté. Ce travail contient la relation d'une observation très-intéressante de rétroversion utérine pendant la grossesse, recueillie à la clinique gynécologique du professeur Stoltz.

N° 48. Essai d'une méthode de traitement de la phthisie pulmonaire, par Alfred Bazin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 octobre 1877, M. le docteur Rivairol, médecin de l'hospice de Montauban, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 15 octobre 1877, une session extraordinaire exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, sera ouverte devant les facultés des sciences et les facultés des lettres le 25 octobre 1877, pour les épreuves du baccalauréat.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Effets physiologiques et applications thérapeutiques de l'air comprimé, par le docteur J. A. Fontaine. — 1 vol. grand in-8° avec 7 figures intercalées dans le texte. — Germer-Baillière et Ce.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde dans les casernes.

La médecine militaire s'exerçant dans des conditions de milieu et sur des sujets qui, par leur grande similitude, fournissent en général des éléments facilement accessibles à l'analyse, est en mesure d'apporter de précieux renseignements pour la clinique et particulièrement pour l'épidémiologie. C'est surtout sur les questions d'étiologie que l'esprit d'observation de nos confrères de l'armée peut s'exercer fructueusement. Dans nos dernières revues, nous en avons donné un exemple en faisant connaître les intéressantes observations de M. Lacassagne sur l'insolation. Aujourd'hui nous reviendrons sur le sujet de la communication faite, il y a quelques semaines, à l'Académie de médecine par M. Léon Colin, sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Dans le mémoire de M. Colin, dont il ne nous a été possible de donner alors que les conclusions, il y a des faits d'observation trop importants au point de vue de la grande question de l'étiologie de la fièvre typhoïde, pour que nous ne croyons pas devoir en consigner au moins quelques-uns ici.

En résumant les rapports des dernières épidémies de fièvre typhoïde dans les casernes, M. Colin est arrivé à cette conclusion, que si plusieurs de ces rapports démontrent de la manière la plus évidente l'existence de foyers surgissant dans l'intérieur même des bâtiments militaires, par suite de l'installation vicieuse soit des égouts, soit des latrines ou du méphitisme de l'encombrement, le plus grand nombre d'entre eux montre, au contraire, une localisation aussi nette de l'épidémie dans telle ou telle caserne, sous l'influence de conditions d'insalubrité intérieure, l'intervention ou simultanée ou exclusive d'influences, de voisinage, qui ont pris naissance soit dans la ville, soit dans le quartier de la ville occupé par cette caserne, et qui parfois se révèlent par l'atteinte simultanée de la population civile.

Mais pourquoi, dans ces cas-là même, arrive-t-il si fréquemment que la population civile avoisinante soit relativement ménagée et que les soldats en soient atteints avec beaucoup plus d'intensité? C'est sur des faits de ce genre que M. Colin a basé l'opinion qu'il s'est faite sur la prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée.

Cette prédominance, dit-il, témoigne avant tout des conditions de réceptivité particulières au soldat, conditions telles que le même foyer d'insalubrité peu dangereux pour la population civile, trouvera dans l'armée un terrain favorable à son activité morbifique. Elle démontre que, dans la constitution de ce milieu complexe, il ne faut pas tenir compte seulement des influences extérieures à l'homme, eussent-elles la précision et la netteté d'un virus ou d'un parasite, mais encore des conditions des organismes soumis à leur action. Or les soldats représentent, pour M. Colin, un réactif d'une sensibilité extrême, susceptible de déceler par son atteinte l'existence de causes morbifiques qu'on ne soupçonnait pas. Cette réceptivité, qui est loin d'ailleurs de constituer une de ces influences profondes comparables à celles qui résultent de différences de races, et qui ne tient même que peu au côté militaire de la vie du soldat, résulte surtout du concours de prédispositions observées dans d'autres classes de la société. Ce sont les conditions d'âge, de non-accoutumance, d'identité de prédisposition, de la santé antérieure.

De ces diverses conditions, dont l'influence s'accuse en quelque sorte d'elle-même, il en est une qui nous a paru surtout d'un grand intérêt. Aussi est-ce sur celle-là seulement que nous nous arrêterons un instant ici; c'est la non-accoutumance.

La moitié des soldats qui viennent tenir garnison à Paris, dit M. Colin, offrent à l'égard de l'endémie parisienne, la réceptivité spéciale des nouveau-venus; or on sait que le plus grand nombre de malades entrant aux hôpitaux civils de la capitale, pour fièvre typhoïde, n'ont que quelques mois de séjour en ce milieu. Il est facile de comprendre dès lors que l'armée présente plus de chances d'atteinte par fièvre typhoïde que l'ensemble de la population de Paris, et de s'expliquer les recrudescences fréquentes de cette maladie dans les régiments immédiatement après les mouvements de troupes qui renouvellent la garnison de la capitale.

Il est une autre considération souvent négligée, qui a sa valeur, particulièrement dans cette question.

Toute épidémie de fièvre typhoïde entraîne l'immunité définitive de ceux qu'elle atteint et confère, en outre, certaines chances de préservation ultérieure à ceux qui, sans être frappés, ont contracté un certain degré d'assuétude aux miasmes typhoïdes. L'explosion épidémique suivante ne pourra avoir lieu qu'à la suite d'une modification progressive de la population, modification en vertu de laquelle la cause morbide retrouvera de nouveau un certain nombre d'indivi-

dus suffisamment prédisposés, et par leur âge, et par leur immunité antérieure, et par leur manque d'assuétude au miasme.

Aussi, si la population des villes est souvent préservée du retour annuel des épidémies typhoïdes, par cela précisément qu'elle est sédentaire, il en est tout autrement de la garnison dont la réceptivité est incessamment entretenue par le simple fait du renouvellement incessant de ceux qui la composent.

Par le fait du nouveau mode de recrutement de l'armée, le chiffre des jeunes soldats présents simultanément sous les drapeaux a pris un accroissement considérable; d'où une augmentation relative du nombre de ceux qui sont spécialement disposés et par leur âge, et par leur non-accoutumance aux foyers typhoïgènes. Dès lors cet excès de mortalité qui, d'ailleurs, ne s'adresse qu'à une partie de l'armée et non à son ensemble, ne signifie pas l'exagération des conditions d'insalubrité qui s'adresseraient à tous, elle ne signifie que la non-accoutumance et la réceptivité particulière à une partie de l'armée.

Ajoutant à ces conditions celles de l'identité de prédisposition, c'est-à-dire la profonde analogie des individus soumis aux influences de l'agglomération militaire, à l'encombrement notamment, les conditions d'âge, de santé antérieure, enfin le fait de la mobilité, des déplacements fréquents, des troubles et de leurs conséquences naturelles, on arrive logiquement aux conclusions que M. Colin a formulées dans son mémoire.

Hypertrophie du cœur consécutive à la néphrite.

L'influence des affections rénales sur le développement consécutif d'une hypertrophie du cœur n'avait pas échappé aux premiers observateurs et historiens des maladies des reins. Déjà Bright avait remarqué l'existence fréquente d'une hypertrophie du ventricule gauche chez les sujets morts de néphrite albumineuse, et il avait même cherché à donner une explication physiologique de ce fait, en considérant cette hypertrophie comme le résultat de l'effort incessant de contraction que devait faire le cœur pour surmonter l'embarras de la circulation capillaire produit par la lésion rénale. La réalité du fait constaté par Bright a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs, mais l'explication qu'il en a donnée, bien qu'elle paraisse fondée sur des considérations physiologiques plausibles et qu'elle ait pour elle l'assentiment de plusieurs cliniciens, n'a cependant pas été acceptée sans quelques réserves, et il y a lieu encore aujourd'hui de faire appel à de nouvelles observations pour fournir les éléments de discussion propres à fixer ce point de physiologie pathologique. A raison des doutes qui subsistent encore à cet égard, il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats de trois autopsies, que M. Henry de Boyer, interne des hôpitaux, a eu l'occasion de faire de sujets morts presque simultanément des suites de néphrite, dans le service de M. Bouchard à l'infirmerie de Bicêtre, et qu'il a communiqués dernièrement à la Société anatomique.

Voici ces trois faits :

Le premier de ces sujets était un homme âgé de soixante-huit ans, entré le 8 mars à l'infirmerie de Bicêtre. Cet homme n'avait jamais eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire, sans lésions cardiaques. Une poussée rhumatismale s'était effectuée quelques mois avant son entrée à l'infirmerie. Lors de son entrée, il était œdématié, sa vue avait baissé et on constatait la présence de l'albumine en abondance dans ses urines; ni ascite, ni hydrothorax; emphysème dans les deux poumons, souffle piaulant systolique de la pointe du cœur et hypertrophie de cet organe.

Le 1er avril suivant, il survient une bronchite intense; l'œdème augmente.

Le 10 avril, guérison de la bronchite, persistance de l'albuminurie, augmentation de l'anasarque.

Le 23 avril, épistaxis; le 30, dyspnée extrême; augmentation considérable de l'œdème; hémorrhagies multiples; mort.

A l'autopsie, on constate : ascite, hydrothorax, anasarque; quelques points de sclérose des poumons congestionnés à leur base. Le cœur, très-volumineux, pèse 1,080 grammes; ses cavités droites sont distendues par des caillots récents; le tissu du cœur est un peu hypertrophié.

Les reins, congestionnés, mamelonnés, creusés de sillons, contenant quelques petits kystes, ont leurs pyramides en partie effacées par la substance corticale hypertrophiée et graisseuse, représentant une des terminaisons de l'affection brightique.

Le deuxième sujet, âgé de quatre-vingt-un ans, entré le 13 mai à l'infirmerie de Bicêtre, se plaignant de troubles gastriques et d'étourdissements, était également albuminurique et présentait une hypertrophie considérable du cœur, sans souffle. Ce malade est mort le lendemain, sans avoir présenté d'œdème, ni d'ascite.

L'autopsie a révélé chez lui l'existence d'un cancer, resté latent, de l'estomac. Le cœur pesant 975 grammes, présentait une énorme hypertrophie concentrique du ventricule gauche, sans lésions valvulaires, avec un athérome aortique excessif. Les reins étaient atrophiés, granuleux (type du petit rein scléreux).

Le troisième sujet était un aphasique du service; il avait de l'œdème des jambes, des étouffements et des battements de cœur très-prononcés. Son urine était albumineuse. Il succomba le 14 mai à la suite d'une expectoration sanglante.

L'autopsie montra, indépendamment des lésions cérébrales en relation avec l'aphasie, et de deux gros infarctus hémoptoïques des poumons, un cœur pesant 1,300 grammes, gros, graisseux, assez épais, mais hypertrophié par dilatation, puis par augmentation de volume du feuillet musculaire. Les reins gros, rouges, présentaient des traces de sillons, mais sans granulations. La coupe fit voir un rein brightique passant à la période de transformation graisseuse, sans diminution de volume. Pendant la vie, on avait constaté des cylindres parsemés d'épithélium granulo-graisseux.

Ces trois cas observés simultanément, ont présenté, comme on vient de le voir, les trois types de rein brightique, le petit rein granuleux, le gros rein et le type intermédiaire comme volume, mais ne dépendant pas moins de l'affection brightique et tous trois avec une forte hypertrophie du cœur; hypertrophie par dilatation et développement concentrique à la fois, dans un cas (l'Obs. I); hypertrophie concentrique, dans un autre cas (Obs. II); et par énorme dilatation dans le troisième cas.

Chancre induré
observé sur un sujet ayant eu précédemment la syphilis.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 septembre, nous avons rapporté, d'après le *Journal de médecine de l'Ouest*, deux observations de M. le docteur Malherbe, relatives à des sujets qui ont été atteints de chancre induré après avoir eu précédemment la syphilis. M. le docteur Antony, aide-major au 25e régiment d'artillerie à Châlons, nous commu-

nique, à cette occasion, le fait suivant qui présente la plus grande analogie avec les faits observés par M. Malherbe.

Un jeune homme de vingt ans fut atteint, en janvier 1871, d'un chancre induré situé à gauche du frein dans le sillon balano-préputial. Ce chancre fut suivi de toute la série ordinaire des accidents secondaires : adénopathie inguinale, roséole, éruption croûteuse du cuir chevelu, plaques muqueuses, psoriasis palmaire. Sous l'influence d'un traitement hydrargyrique ces différents accidents disparurent peu à peu.

En décembre 1873, le même individu contracta un nouveau chancre induré à droite du frein, toujours dans le sillon balano-préputial. Ce chancre fut accompagné d'un engorgement notable des ganglions inguinaux du côté droit. Au bout d'un mois, sous l'influence d'un traitement mercuriel, l'induration disparut, et le ganglion anatomique qui avait atteint le volume d'un œuf de poule diminua au point de n'être pas plus gros qu'une amande.

Cette deuxième atteinte provoqua l'apparition d'accidents vénériens beaucoup plus légers, tels que de rares croûtes dans les cheveux et des plaques muqueuses superficielles du côté de la bouche et du pharynx. Il faut ajouter que le traitement au mercure combiné à l'iodure de potassium n'a pas cessé d'être institué jusqu'à disparition totale de toute espèce d'accidents.

M. Malherbe avait fait remarquer que la seconde atteinte de chancre induré avait été suivie d'accidents consécutifs, moindres que la première. La même observation a été faite par M. Antony.

Dr Brochin.

HOSPICE SAINT-LOUIS (DE LAVAL). — M. Larue.

Un cas d'angine diphthéritique guéri par les balsamiques. Discussion du traitement.

George B..., âgé de huit ans, sourd-muet, fut pris de mal de gorge dans mon service, à l'hospice Saint-Louis, de Laval, le 28 avril 187... Dès le premier jour, les amygdales, la luette et l'arrière-gorge furent envahies par des fausses membranes larges, épaisses et très-adhérentes, qui ne pouvaient nullement se confondre avec les pellicules plus ténues et faciles à détacher de l'angine pultacée. D'ailleurs, la fièvre brûlante, la face grippée, l'abattement, l'hyperthermie, la petitesse du pouls et particulièrement un engorgement ganglionnaire bilatéral considérable du cou, ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une affection générale grave. On reconnaissait facilement l'ensemble symptomatique, bien étudié dans ces derniers temps, qui forme le groupe des pyrexies infectieuses (Hayem, Griesinger). Cet enfant était atteint d'une angine diphthéritique. J'emploie à dessein ce mot. Certains auteurs, faisant une différence entre l'angine couenneuse et la diphthérie, je pense que c'est précisément le caractère infectieux de malignité, le retentissement général sur l'organisme, qui caractérisent la diphthérie proprement dite. L'enfant présentait ces signes à un haut degré. Son mal de gorge en moins, on aurait dû diagnostiquer une fièvre typhoïde au début.

Je prescrivis la potion suivante :

Cubèbe fraîchement pulvérisé. . .	20	grammes.
Glycérine.	75	—
Gomme adragante.	1	—
Miel blanc.	30	—
Eau de menthe.	100	—

pour vingt-quatre heures. La glycérine facilite l'administration du cubèbe et le tient en suspension mieux que les autres véhicules.

Le lendemain, l'état du petit malade avait empiré. Les ganglions parotidiens et cervicaux étaient encore plus volumineux et plus durs. Le fond de la gorge avait le plus mauvais aspect. La respiration était difficile. La fièvre, très-intense, avait une exacerbation vespérale. La mère de l'enfant, accourue de son pays (la Touraine), demanda avec instance à toucher, avec un tampon, la gorge du malade, ayant vu soigner ainsi « le croup », dans sa contrée. Je crus devoir déférer au désir de la pauvre femme. Mais je ne consentis qu'à des attouchements légers, avec un pinceau en linge, chargé de tannin, trois ou quatre fois par jour. Je crois que cette manœuvre, appliquée discrètement a pour résultat de provoquer des efforts d'expiration et de toux, et le rejet de quelques fausses membranes.

Pour moi, le traitement de l'angine couenneuse par les vomitifs répétés, préconisé surtout par mon cher maître M. Bouchut, n'est qu'un traitement mécanique et il n'agit qu'en désobstruant le gosier. L'irritation directe de la gorge avec différents topiques aboutit au même résultat, purement mécanique. Mais je n'emploie ni l'un ni l'autre de ces moyens dans la diphthérie confirmée, parce que 1° les vomitifs sont suivis d'une dépression, d'une hyposthénie déjà très-redoutables spontanément dans les maladies infectieuses; 2° quant aux cautérisations et insufflations caustiques, qui constituent peut-être encore aujourd'hui le traitement le plus universellement employé contre l'angine couenneuse, je les repousse. Les caustiques ont pour effet de provoquer une irritation énergique, une phlogose suraiguë des parties malades, qui sont d'une sensibilité exquise (d'ailleurs, ce qu'on cherche, c'est une inflammation substitutive). Les muscles staphylins et pharyngiens, ainsi enflammés artificiellement, même dans leurs parties jusque-là saines, ne peuvent plus se contracter qu'au prix de douleurs excessives, et les malades refusent d'avaler. Parfois, la déglutition devient tout à fait impossible, comme je l'ai vu après l'emploi de l'ammoniaque, du nitrate d'argent, de l'acide chlorhydrique, du perchlorure de fer, etc.

Mais, après avoir ainsi blâmé un traitement usuel, il faut justifier le mien. Il consista dans l'emploi du sulfate de quinine et des balsamiques.

Le cubèbe, administré à haute dose, s'adresse à l'inflammation spécifique, suivie d'exsudats pseudo-membraneux, et, en modifiant le fonctionnement des glandes à mucus, il tarit (ce qui est le propre des balsamiques), la source des sécrétions pathologiques. Même dans la supposition que la cautérisation arriverait à modifier la surface de la muqueuse bucco-pharyngienne affectée, et à détruire sur place la fausse membrane, cela ne suffit pas. La diphthérie est une affection de toute l'économie; ses effets s'en font sentir ailleurs qu'à la gorge, et sur n'importe quelle partie du corps, où, par exemple, la peau a été dénudée par un vésicatoire. Sous la pseudo-membrane cautérisée, d'autres repullulent. La cautérisation peut combattre le produit morbide de la maladie, mais non la maladie elle-même qui en est la cause. A quoi servirait de cautériser une plaque muqueuse dans la gorge d'un syphilitique, si l'on n'emploie pas le traitement interne approprié?

En employant les balsamiques qui, étant absorbés, entrent dans le torrent circulatoire, et qui, étant éliminés par les muqueuses, modifient la vitalité de celles-ci, on fait de la

médecine physiologique et rationnelle. On oppose à un état général une médication correspondante. On lutte contre la production même des fausses membranes et contre l'état dyscrasique du sang, profondément altéré dans la diphthérie (Hayem). A une maladie caractérisée par une hétérocrinie de la gorge, il est logique d'opposer les agents médicamenteux qui dessèchent et arrêtent les flux.

Conformément à ces idées, mon petit malade prit 20 grammes de cubèbe par jour pendant cinq jours, et, pendant ces cinq jours, environ 50 dragées de copahu et cubèbe et 3 à 4 grammes de sulfate de quinine. Ces médicaments furent très-bien tolérés. Dès le troisième jour, l'état général était meilleur. L'enfant avalait facilement une quantité aussi considérable que possible d'aliments semi-liquides ou liquides (potages, lait, œufs, café, cognac).

L'adénopathie si accusée diminua peu à peu, et les fausses membranes s'amincirent et se détachèrent. Le cinquième jour il n'en restait plus que sur les amygdales. La convalescence commença ensuite et ne s'est pas démentie jusqu'à complète guérison.

Malgré l'urgence et l'envahissement terrible de la diphthérie dans ces derniers temps, la pratique médicale n'est pas encore aujourd'hui en possession d'un traitement classique, défini, accepté par le consensus de la majorité des médecins, contre l'angine couenneuse ou diphthéritique. Les désinfectants sont illusoires. Les vomitifs ôtent toute force aux malades. Les cautérisations, si elles sont énergiques, amènent la dysphagie, et, si elles sont légères (sous forme d'insufflation), sont insuffisantes, sans être inutiles.

Je propose, comme traitement de l'angine diphthéritique : contre la diphthérie elle-même, les balsamiques sous diverses formes. Contre la fièvre infectieuse à redoublements, le sulfate de quinine. Contre l'obstruction du gosier et la dyspnée, des attouchements très-modérés, n'allant pas jusqu'à la cautérisation, et servant à détacher et à faire rejeter les fausses membranes. Contre l'épuisement rapide où la diphthérie plonge l'organisme, une alimentation riche et substantielle, qui permette à l'économie de faire face aux déperditions très-grandes qui ont lieu pendant l'évolution de cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE

Les arsenico-ferriques

Par M. le docteur Xavier BLANCHIN.

L'arsenic serait, sans contredit, l'un des agents les plus employés dans la thérapeutique de nos jours, si des difficultés, relatives à son dosage et à ses préparations connues, ne venaient y mettre obstacle pour le médecin.

Le fer, d'autre part, malgré le nombre et la variété de ses préparations, n'en présente pas une seule qui ne laisse quelque chose à désirer à la pratique médicale, quant aux effets sur l'estomac et la digestion.

Les eaux minérales, qui portent naturellement ces deux agents, rempliraient mieux les conditions voulues.

On sait que la minéralisation de la source Dominique de Vals, analysée par un chimiste dont le nom garantit toute confiance, contient le fer, l'arsenic et le phosphore, dans les proportions que nous allons reproduire d'après M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire de la Pharmacie centrale de Paris.

1° L'élément Fer, compris dans cette minéralisation sous la forme de sulfate basique $(Fe^2O^3) SO^3$, y est dans la proportion de 25 grammes pour 100.

2° L'élément Arsenic, sous forme d'arséniate basique de fer $(Fe^2O^3) 2AS O^5$, y est dans la proportion de 13 grammes pour 100.

3° L'élément phosphore, sous forme de phosphate basique de fer $(Fe^2O^3) PhO^5$, y est dans la proportion de 7 grammes et demi pour 100 de la minéralisation totale.

Telle étant la composition analytique des principaux éléments renfermés dans les eaux minérales de la source qui nous occupe, rien de plus rationnel que l'idée de les y prendre et de les faire entrer dans une préparation médicamenteuse de facile administration aux malades qui en indiquent le bon emploi.

C'est ce que l'on a fait selon toutes les règles de la science, et le fer, l'arsenic et le phosphore, à l'état naturel où ils se trouvent dans les eaux de la Dominique, ont été réunis dans le médicament connu sous le nom de dragées Dominique, déjà répandues dans la pratique médicale.

Sous la forme de bonbon ou dragée, rien de plus aisé que d'administrer les trois substances les plus actives et les plus souvent indiquées que possède la thérapeutique. Nous croyons être dispensés de désigner les maladies et les affections qui en réclament le bon usage. Le praticien de nos jours ne peut pas ignorer : 1° que l'arsenic est le modificateur par excellence des constitutions organiques; 2° que le fer, faisant partie intégrante des globules sanguins, l'anémie doit provenir de ce qui s'y trouve en défaut; 3° que le phosphate, enfin, sous forme de phosphate, est l'un des principes immédiats de la composition des os.

A tous ces titres, les dragées Dominique, préparées avec ces substances, s'adresseront utilement et souvent comme médicament spécial, aux cas nombreux et variés que nous ne faisons ici que signaler d'une manière indirecte, mais suffisante pour le médecin instruit.

Les enfants, si peu accessibles lorsqu'il s'agit de prendre des remèdes, se prêtent avec plaisir à croquer ces bonbons, qui flattent leur vue et leur goût. Le médecin sait combien de grandes personnes, sous ce rapport, sont comme les enfants. Les jeunes filles chlorotiques, sujettes à tant de répugnances instinctives, manifestent le plus souvent de l'attrait pour les dragées de Vals.

Nous n'insisterons pas sur ce point; le médecin comprend, sans autre explication, tout le parti qu'il peut tirer et les bienfaits qu'il doit attendre d'une préparation médicamenteuse que les malades les plus difficiles prennent avec plaisir, ce qui est déjà une garantie de bonne digestion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. PAULET, secrétaire général, nommé professeur d'anatomie à la Faculté de Lyon, demande un congé jusqu'au moment où il pourra prendre le titre de membre honoraire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la Société se réunira en comité secret dans la prochaine séance, pour examiner s'il y a lieu de nommer dès maintenant un secrétaire général, en remplacement de M. Paulet, ou si l'on doit attendre la fin de l'année. La société aura également à se prononcer sur le cas de plusieurs membres depuis longtemps absents des séances.

COMMUNICATION

Tumeur osseuse maligne (*Ostéo-sarcome ou ostéo-chondrome du fémur*). — M. LE DENTU présente une pièce pathologique constituée par une tumeur osseuse de la partie inférieure du fémur.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut prise, pour la première fois, il y a quatre ans et demi, d'une douleur assez vive à la partie inférieure du fémur, au niveau du condyle interne; cette douleur fut le seul symptôme appréciable éprouvé par la malade jusqu'au mois de février 1875. A ce moment apparut une tuméfaction qui fit de rapides progrès pendant l'année 1876 et atteignit, en 1877, un développement considérable.

A l'époque où la malade est entrée à l'hôpital, dans le service de

M. Le Dentu, c'est-à-dire le 1er octobre dernier, la tumeur mesurait 64 centimètres de circonférence. La peau qui la recouvrait était intacte, mais de couleur violacée, et sillonnée de veines variqueuses. Au-dessus de la tumeur, le membre était augmenté de volume comparativement à celui du côté sain. En explorant attentivement le fémur, on sentait manifestement une tuméfaction profonde indiquant qu'il s'agissait bien d'une tumeur osseuse.

Le doute n'était pas permis et le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un ostéo-sarcome et un enchondrome.

M. Le Dentu pensa d'abord à un sarcome, mais, au dernier moment, après avoir eu sous les yeux une planche de la dernière livraison de l'ouvrage consacré par M. Houel à la description iconographique des pièces du musée Dupuytren, planche représentant une tumeur dont l'extrême analogie avec celle de sa malade le frappa vivement, M. Le Dentu changea d'avis et s'arrêta à l'idée d'un enchondrome. Il lui parut que la tumeur de sa malade avait une consistance et une élasticité qui la rapprochaient plutôt de l'enchondrome.

D'ailleurs, l'état général de la malade n'était pas mauvais; il n'existait aucun signe de cachexie, sauf un peu de maigreur, qui, du reste, au dire de cette femme, lui était habituelle; enfin l'exploration attentive des organes internes ne permettait de découvrir aucune lésion viscérale.

D'après ces données qui lui semblèrent éloigner l'idée d'une tumeur cancéreuse, M. Le Dentu proposa à la malade la désarticulation de la cuisse, ce qui fut immédiatement accepté. L'opération a été pratiquée hier d'après le procédé à deux lambeaux : l'un antérieur, l'autre postérieur; elle n'a rien présenté de particulier. Les vaisseaux ont été saisis, au fur et à mesure de leur section, à l'aide de pinces hémostatiques, et la ligature de la fémorale a été réservée pour la fin de l'opération.

Toutefois, vers le milieu de l'opération, la malade, qui avait été chloroformisée avec le plus grand soin, a présenté des phénomènes de dépression assez marquée sans être immédiatement inquiétante. La pâleur de la face, le refroidissement général du corps, la lenteur, la mollesse et la petitesse du pouls indiquaient un état lipothymique dont il a fallu tirer la malade à l'aide des frictions et de la flagellation.

L'opération a pu ensuite s'achever sans encombre; la plaie a été réunie à l'aide de trois points de suture profonde et de plusieurs points de suture superficielle convenablement espacés; quatre tubes à drainage ont été établis pour l'écoulement des liquides; enfin le pansement de Lister a été appliqué avec toutes les précautions minutieuses indiquées par son auteur. M. Le Dentu, bien qu'il considère le cas comme très-grave, espère que, grâce à toutes ces conditions, la malade a des chances d'échapper à la mort.

L'examen de la pièce pathologique semble justifier le diagnostic définitivement adopté par M. Le Dentu. Les caractères appréciables à l'œil nu sont ceux de l'enchondrome. L'élément cartilagineux paraît constituer la partie fondamentale de la tumeur. L'os semble avoir subi une altération profonde jusqu'au canal médullaire, qui lui-même est loin d'être sain. M. Le Dentu termine en disant qu'il faut attendre l'examen histologique pour se prononcer définitivement sur la nature de la tumeur.

La communication de M. Le Dentu a donné lieu à une discussion intéressante, en ce qu'elle fait ressortir l'incertitude qui existe encore dans la science au sujet du diagnostic et de l'anatomie pathologique des tumeurs désignées sous le nom d'ostéo-sarcome, d'enchondrome, de cancer des os, etc.

DISCUSSION

M. GILLETTE regrette que M. Le Dentu n'ait pas insisté plus longuement sur la symptomatologie de sa malade, en particulier sur le caractère du symptôme douleur. Dans l'ostéo-sarcome, les douleurs spontanées et les douleurs provoquées sont généralement très-vives et permettent de distinguer cliniquement ce genre de tumeurs de celles désignées sous le nom d'enchondromes, dans lesquelles les douleurs sont moins vives. M. Gillette constate que, dans la pièce de M. Le Dentu, les cartilages articulaires sont restés intacts.

M. HOUEL distingue deux espèces d'enchondromes : l'enchondrome bénin, qui n'a pas de tendance à se généraliser, et l'enchondrome malin, qui se rapproche du cancer par sa tendance à la généralisation; il pense que le cas de M. Le Dentu rentre dans cette dernière catégorie; l'os est aussi profondément altéré que possible, et l'altération a gagné le canal médullaire atteint d'ostéo-myélite intense. Il ne croit pas que la malade de M. Le Dentu puisse être sauvée.

M. DUPLAY pense qu'il est impossible de se prononcer d'une manière absolue sur le diagnostic de la tumeur et le pronostic de l'opération, d'après le simple examen de la pièce à l'œil nu. Il y a de tout dans cette pièce extrêmement complexe : du sarcome, du myxome et de l'enchondrome. Quoi qu'il en soit, M. Duplay considère la maladie comme susceptible de récidive prochaine.

M. DESPRÈS déclare qu'il s'agit d'un cancer, et il base ce diagnostic sur l'âge de la malade, la date de la maladie qui remonte à quatre ans, enfin sur l'amaigrissement général signalé par M. Le Dentu chez son opérée.

M. MARC SÉE a eu l'occasion d'observer à la Maison municipale de santé une petite fille qui avait une tumeur située à la partie supérieure de l'humérus, très-près de l'articulation scapulo-humérale. Le développement rapide de la tumeur, qui avait distendu la peau, l'avait amincie et enflammée, obligea M. Sée à pratiquer la désarticulation du membre. Les suites de l'opération semblèrent d'abord favorables, mais la cicatrisation de la plaie n'était pas encore achevée lorsque plusieurs autres tumeurs se développèrent sur diverses parties du crâne; l'affection s'était généralisée, et la malade succomba.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu un malade traité par M. Guyon d'un enchondrome de la cuisse par la désarticulation du membre. Le malade guérit de son opération ; il ne mourut que plusieurs mois après, des suites d'un cancer du poumon.

M. AMÉDÉE FORGET dit que, quelque soit le nom sous lequel on désigne la tumeur présentée par M. Le Dentu, ostéo-sarcome, sarcome, enchondrome, cancer, etc., il faut, pour poser le diagnostic et le pronostic, avoir égard surtout aux caractères cliniques. Pour lui, le développement rapide de la tumeur lui aurait fait penser à une tumeur maligne, et il se serait abstenu d'iutervenir. Il est bien d'opérer, mais s'abstenir vaut mieux encore lorsque l'opération doit être fatalement suivie de récidive.

M. Forget se demande s'il n'y a pas, dans l'état actuel de la science, de caractère clinique indiquant au chirurgien placé en présence d'une tumeur, s'il doit ou non opérer. Ce point lui semble plus important que la détermination des différences histologiques entre les tumeurs, détermination généralement stérile au point de vue pratique.

M. NICAISE a eu l'occasion d'observer, dans son service à l'Hôpital temporaire, un malade atteint de tumeur sarcomateuse de la jambe, lequel n'avait éprouvé aucun phénomène morbide autre qu'une douleur très-vive dont il fut pris tout à coup en marchant, et qui l'obligea de s'arrêter et de se faire transporter chez lui. La tumeur apparut ensuite et se développa rapidement, acquérant en quelques semaines le volume considérable qu'elle avait au moment où il entra à l'hôpital. M. Nicaise pratiqua l'amputation de la jambe, mais la tumeur récidiva sur place avant la fin de la cicatrisation. Le malade mourut d'une récidive dans le poumon.

M. DUPLAY dit avoir également observé un cas de sarcome du calcanéum longtemps pris pour un ostéite. Il pratiqua l'amputation de la jambe à la partie moyenne ; moins d'un an après, il se manifestait une récidive dans les parties molles du moignon.

M. MARJOLIN pense qu'il ne faudrait pas se hâter de conclure, d'après ces faits de récidive après opération, qu'il faut toujours s'abstenir dans les cas de tumeur osseuse. On s'exposerait ainsi à laisser mourir des malades qu'une opération eût pu sauver. Il se rappelle avoir pratiqué l'amputation de la cuisse à la partie moyenne chez une religieuse atteinte de tumeur osseuse, que des chirurgiens fort distingués des hôpitaux, Michon, Hervez de Chégoin, M. Desormeaux, avaient jugée être de nature maligne. Or, l'opération a été pratiquée, il y a vingt ans, et la malade vit encore.

M. LE DENTU, répondant aux diverses observations dont sa communication a été l'objet, dit que la douleur n'offre pas un caractère

suffisant pour distinguer le sarcome et l'enchondrome, malgré l'affirmation de M. Gillette; quant à l'état général de sa malade, il répète qu'il n'a observé chez elle aucun signe de cachexie ; l'amaigrissement qu'elle présentait était normal et tenait à la constitution plutôt qu'à la maladie; s'il y avait eu cachexie, M. Le Dentu se serait naturellement abstenu.

M. Le Dentu ne se fait pas la moindre illusion sur la gravité du cas de sa malade. La rapidité du développement de la tumeur l'oblige de la considérer comme une tumeur de nature maligne. Mais est-ce une raison pour croire que le cas est incurable, et qu'il valait mieux laisser mourir la malade de sa belle mort que d'intervenir? M. Le Dentu ne le pense pas. La science n'a pas de signe certain, ni histologique ni clinique, qui permette de distinguer les tumeurs osseuses curables de celles qui ne le sont pas; c'est une lacune à combler. Mais, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir, de crainte, ainsi que le disait si bien M. Marjolin, de laisser mourir des malades qu'une opération eût pu sauver. M. Marjolin n'est pas le seul chirurgien qui ait vu guérir des malades opérés pour des tumeurs osseuses considérées comme étant de nature maligne. De tels exemples ne sont pas rares, et M. Le Dentu en connaît plusieurs pour sa part. Dans le doute, il faut donc agir; plus tard, la science dira peut-être dans quels cas il convient de s'abstenir.

COMMUNICATION

Contracture des muscles de la moitié de la face, suite de traumatisme. — M. DUPLAY communique un fait curieux de contracture permanente des muscles de la moitié droite de la face, survenue chez un jeune homme de vingt ans, à la suite d'un coup violent reçu sur cette partie. Celle-ci, immédiatement après l'accident, avait été le siége d'un gonflement notable. Au bout de huit jours, le malade venait à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour une contracture de la moitié droite de la face. Au premier aspect, le malade semblait être atteint de tétanos. Il avait le rire sardonique. Du côté droit, les traits étaient contractés, comme si cette moitié de la face avait été fortement électrisée, tandis que l'autre moitié offrait l'immobilité d'un masque. Outre cette contracture des muscles de la moitié droite de la face, on constatait celle des muscles de la mâchoire, du masséter et des ptérygoïdiens du même côté. M. Duplay s'assura qu'il n'y avait aucune lésion de la dentition capable d'expliquer cet étrange phénomène. On sait, en effet, que l'évolution difficile des dents de sagesse donne parfois lieu à une contracture réflexe des muscles de la face du côté de la dent malade. Il y avait donc une autre cause.

M. Duplay ne peut s'expliquer physiologiquement cette contracture par l'inflammation des muscles succédant à la violence traumatique. Il croît qu'il s'agit ici d'une contracture réflexe déterminée par l'irritation traumatique du trijumeau, répercutée sur le nerf masticateur et sur les branches du facial. Aucun fait analogue n'existe dans la science, au dire de M. Duplay qui a fait d'inutiles recherches pour en trouver de semblable. La maladie s'est, du reste, terminée d'une manière favorable. M. Duplay s'est borné à pratiquer la distension des muscles contracturés et à prescrire quelques applications calmantes extérieures, auxquelles il ne croît pas d'ailleurs qu'il convienne d'attribuer une part quelconque dans la guérison. Les muscles ont repris leur état normal au bout d'un mois à un mois et demi de traitement.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT rappelle que M. Dubrueil a communiqué, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, un fait de contracture des muscles d'un membre consécutive à la lésion traumatique d'une articulation de ce membre. M. Guéniot a communiqué également un cas de ce genre. Enfin Duchenne (de Boulogne) a montré que les lésions articulaires donnent lieu à des irritations de la moelle et consécutivement à des contractures musculaires.

M. DUPLAY répond que, chez son malade, l'articulation temporo-maxillaire n'avait été le siége d'aucune lésion.

M. TERRIER a vu un malade qui, à la suite d'un coup, avait eu une contracture de tous les muscles de la face, moins le masséter; le sterno-mastoïdien était également contracturé. Indépendamment des contractions toniques, permanentes, les muscles étaient agités, par intervalles, de contractions cloniques. Le malade a complétement guéri.

M. DESPRÈS dit que ces contractures sont dues à des névrites résultant du traumatisme; on observe ces mêmes accidents à la suite de l'application de l'électricité, comme l'a constaté Duchenne.

M. NICAISE a observé un individu de cinquante ans, qui était depuis deux ans à l'hôpital temporaire, où il était entré pour une contracture permanente des muscles animés par le nerf facial consécutivement à l'action d'une cause traumatique, et qui est sorti guéri.

M. DUPLAY rappelle que Duchenne (de Boulogne) a montré depuis longtemps les faits de contracture des muscles de la face consécutive à la paralysie faciale ; cette contracture est le résultat du trouble survenu dans la nutrition des muscles par suite de la paralysie. Peut-être est-ce à un cas de ce genre que se rapporte le fait de M. Nicaise. Mais, dans le cas de M. Duplay, il n'y a rien de semblable ; il s'agit d'une contracture survenue d'emblée sans paralysie antécédente, à la suite d'un traumatisme. Seul le cas de M. Terrier offre de l'analogie avec celui de M. Duplay.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877.

Nº 49. De l'arthrite sous-astragalienne postérieure, par L. Mélasippe Guyot, ancien aide d'anatomie, aide de clinique à la Faculté, lauréat de la Faculté.

Se fondant sur quatre observations recueillies dans les hôpitaux, avec des pièces anatomiques à l'appui, l'auteur, ayant vu pratiquer deux amputations de la jambe dans des cas où l'articulation sous-astragalienne était *seule* atteinte d'arthrite, tandis que toutes les autres articulations du pied étaient complétement saines, l'auteur établit le diagnostic de cette lésion si bien localisée par sa situation anatomique. Il condamne donc les amputations de la jambe pratiquées dans ces cas, et conseille la résection partielle du calcanéum et de l'astragale. De nombreuses injections de cette articulation prouvent sa non-communication avec les voisines.

Tout ce travail est empreint du caractère anatomique et critique qui distingue l'enseignement du professeur Michel. Écrite sous ses auspices, cette thèse sera accueillie avec faveur par tous ceux qui, renonçant à la pratique radicale des grandes amputations, se sont ralliés, avec l'école nouvelle, à la chirurgie conservatrice, à la méthode des résections.

Nº 50. Considérations sur les plaies par petits projectiles et leur traitement, par C. Henri Cicile.

Nº 51. Recherches comparées sur les effets des sels de cuivre ingérés dans l'estomac et injectés dans le sang, par Léon Chané.

Nº 52. De la grossesse utérine prolongée indéfiniment, ou rétention illimitée de l'œuf dans la matrice (*Missed labour* des Anglais), par Emile Müller, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté.

Outre l'étude historique très-complète, ce travail considérable (171 pages, Strasbourg, Fischbach), comprend un assemblage de nombreuses et diverses questions de physiologie obstétricale, que nous ne pouvons analyser et que nous ne pouvons que recommander aux spécialistes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 17 octobre 1877, la chaire de zoologie et de botanique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le docteur de Gassicourt reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 23 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les lundi et jeudi de chaque semaine à huit heures et demie, visite et examen des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, contenant tous les renseignements indispensables aux étudiants, par le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. — Sixième édition pour l'année scolaire 1877-1878. — Prix : 2 francs.

Du cathétérisme œsophagien. Modifications des cathéters d'après les considérations anatomiques et physiologiques, par le docteur Chassagny. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — G. Masson.

Le Nouveau Forceps de M. Tarnier et de la Méthode des tractions soutenues, par le docteur Chassagny, lauréat de l'Institut. — Une brochure in-8° avec 2 planches. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1877, G. Masson.

Le Devoir des mères. Petit manuel d'hygiène physique et morale, par le docteur de Fajole. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du **DOCTEUR DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de La Haye, chev. de la Légion d'honneur, chev. de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. Chevallier, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.
DÉPÔT A PARIS :
Pharmacie ROBERTS, 23, place Vendôme.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Papier Rigollot
ET
Cataplasme Lelièvre.

Les succès immenses de ces deux excellentes inventions ont eu pour effet immédiat d'exciter les *appétits de lucre* d'une foule de *contrefacteurs* ou *imitateurs*, dont l'indignation publique en différents pays a fait invariablement justice.

Mais malheureusement, il se trouve dans le commerce des détaillants *assez nécessiteux* et *assez peu scrupuleux* pour vouloir réaliser *quand même de plus grands bénéfices*, et qui, à une demande clairement formulée de PAPIER RIGOLLOT ou de CATAPLASME LELIÈVRE, répondent en donnant à l'acheteur un des produits dont nous venons de parler plus haut.

Nous engageons vivement Messieurs les médecins à se tenir en garde et à n'accepter que les produits véritables, après examen scrupuleux et attentif.

Chlorose, Anémie. — Pilules
et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Établissement orthopédique
DE LYON
dirigé par le docteur Pravaz, 46, route des Étroits.

Consacré au traitement des *déviations de la colonne vertébrale, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles.* — Vaste gymnase, piscines, bains médicamenteux douches diverses, appareils pour l'application de l'électricité, etc.

Dragées et Sirop dépuratifs
DU Dr GIBERT,
anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures Gibert et Boutigny.

Paris, pharmacie Boutigny, Deslauriers successeur, 31, rue de Cléry.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISONSURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Royat (Ems français).
L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité ou faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL
SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.
Saison du 1er mai au 15 octobre.
Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX

Caisse de 30 bouteilles	20 fr.
Caisse de 50 bouteilles	30 fr.

Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Vin anti-dyspeptique
ET RECONSTITUANT
A L'IGNATIA AMARA ET AU FER
de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligramme d'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses*.

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. Leroy. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne).

DIATHÈSE RHUMATISMALE.
Dragées de Choisnard
AU SALICYLATE DE SOUDE
chimiquement pur.

Ces dragées, rigoureusement dosées à 25 centig., permettent de graduer la dose du médicament selon l'indication. Elles sont entièrement solubles, ce qui fournit un contrôle immédiat de la pureté du produit, et en facilite l'administration. Se prennent par doses réparties dans la journée, *chaque dose doit être prise dans un demi-verre d'eau.*

A la phie, 20, fbg Poissonnière, et toutes les pharm.

Goudron Freyssinge.
Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit. — Gros : 79, rue du Cherche-Midi. — Détail : 79, rue de Rennes et pharmacies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure,

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Affections de poitrine, rhumes
etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT,** il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* Guersant,
« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.
« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Eau de Luchon.
La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

Dépôt : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Pilules du Brésil
(AU JÉQUITIBA).

Contre les accès de **Goutte** et les **Rhumatismes**. Cet agent spécifique (laxatif) élimine vite les produits de ces affections. 4 pilules par jour, à jeun.

Capsules de Hollande
(A L'ÉTHÉROLÉ DE GENIÈVRE)

Contre la **Gravelle.** Cet agent délite les calculs, guérit et prévient les crises néphrétiques. 2 à 4 par jour, matin ou soir.

10 fr. le flac. Ph. Moppert, r. du Temple, 51, *Paris.*

N° 123. — MARDI 23 OCTOBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 23 OCTOBRE 1877. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La peur des espaces (AGORAPHOBIE, DES ALLEMANDS).

Névrose émotive.

I

Sous le nom de *peur des espaces*, je viens décrire aujourd'hui un état névropathique très-particulier, caractérisé par une angoisse, une impression anxieuse vive, ou même une véritable terreur, se produisant subitement en présence d'un espace donné. Cet accident nerveux est essentiellement émotif. Il ne s'accompagne jamais de perte complète de connaissance et de chûte, et il est tout à fait distinct de l'hypocondrie, du vertige épileptique, du vertige stomacal, du vertige goutteux et surtout de la névropathie cérébro-cardiaque. Probablement entrevu par Griesinger, en 1868, il n'a encore été scientifiquement signalé, à partir de 1872, que par Westphal, Cordes, S. Webber, Williams, Brown-Sequard et M. Perroud, de Lyon, sous les désignations d'agoraphobie, d'angoisse des places et de crainte des places.

Je ne peux adopter l'expression d'« agoraphobie » dont se servent principalement les allemands, parce qu'elle limite le trouble psychique à la peur des places publiques. Or, les observations cliniques des auteurs et les miennes propres établissent, au contraire, ainsi qu'on le verra dans un instant, que les malades ont peur de l'espace, du vide, et cela tout aussi bien dans la rue qu'au théâtre, à l'église, à un étage un peu élevé, à une fenêtre donnant sur une grande cour ou sur la campagne, dans un omnibus, dans une barque ou sur un pont. En choisissant le terme vague de « peur des espaces », je crois donner une idée plus exacte du phénomène complexe qui va être exposé ici, et je me plais à penser que cette appellation, substituée à celle d'agoraphobie, ne perdra absolument rien à être exprimée en français.

La peur des espaces, compatible d'ordinaire avec toutes les apparences de la plus robuste santé, se produit fréquemment au moment même où le névropathe quitte une rue et arrive à une place, et elle se traduit par une angoisse soudaine, un serrement de cœur instantané. Le malade, en proie alors à une indéfinissable émotion, se trouve isolé du monde entier à l'aspect du vide qui s'offre à lui et il s'épouvante sans mesure, malgré le peu de fondement de sa frayeur et malgré les plus sages et les plus tranquillisantes exhortations qu'il s'adresse spontanément à lui-même; il se sent comme anéanti, n'ose pas descendre du trottoir sur la chaussée, ne fait un pas ni en avant ni en arrière, n'avance ni ne recule, tremble de tous ses membres, pâlit, frissonne, rougit, se couvre de sueur, s'alarme de plus en plus, se soutient à peine sur ses jambes chancelantes et reste douloureusement convaincu qu'il ne pourra jamais affronter ce vide, ce lieu désert, et traverser l'espace qui se présente. Que l'on vienne tout à coup à plonger son regard dans un gouffre profond, que l'on s'imagine être suspendu au-dessus d'un cratère brûlant, que l'on croie traverser le Niagara sur une corde rigide ou que l'on se sente rouler dans un précipice, et l'impression perçue ne pourra pas être plus pénible, plus terrifiante, que celle qui est provoquée par la peur des espaces.

Rien ne s'oppose cependant à la marche de cet homme affolé qui piétine sans faire de chemin. Ce qui le démontre, c'est que, pour mettre en fuite sa terreur, pour le rappeler à sa quiétude normale et lui restituer son courage, il suffit de la présence d'un compagnon, du bras d'un passant, de la main d'un enfant, de l'apparition d'une lueur de lanterne, de la rencontre d'une voiture, du secours possible d'une arme, de l'appui d'une canne et même de la possession d'un parapluie! Que l'agoraphobe se rapproche des maisons et il redevient vaillant; qu'il s'engage dans une rue étroite et il se rassérène aussitôt; qu'il aborde une personne de sa connaissance et il se rassure; qu'il ne se sente plus seul et il reprend de la bravoure. La pensée d'être abandonné dans le vide le glace d'effroi, et la conviction d'une assistance quelle qu'elle soit, l'apaise sans effort. La vue inopinée d'un espace soustrait instantanément ses forces et la confiance basée sur le plus fugitif espoir, sur un leurre, les lui rend aussitôt. Point de peur sans le vide, point de calme sans l'apparence d'un semblant de protection.

La peur des espaces se produit également dans des rues sans boutiques ou dont les boutiques sont fermées, à l'église, au concert, au théâtre, en présence de longues murailles, d'une façade monumentale et lisse, d'une perspective fuyante, d'un pont aux arches nombreuses, d'une longue voûte soutenue par des colonnes, dans un lieu parfois où se presse la foule, dans une réunion en plein air, dans une enceinte à ciel ouvert, sans plafond et même dans une voiture publique. Cet état anxieux, qui consiste surtout dans un sentiment de crainte exagérée et absurde en face du vide, s'accompagne

d'ordinaire de faiblesse subite des jambes, de suractivité circulatoire passagère, de fourmillements vagues, d'une sensation d'engourdissement commençant, de froid, de chaleur, de sueur glacée, de tremblement, d'envies de pleurer, d'appréhensions ridicules, de préoccupations hypocondriaques, de lamentations à demi-voix et de trouble général véritablement pénible, avec alternatives diverses de coloration faciale et d'expression physiognomonique. Il ne provoque ni éblouissements, ni nausées, ni vomissements, ni syncopes complètes, ni sentiment de strangulation, ni incontinence d'urine, ni diarrhée, ni excitabilité délirante, ni impulsions inconscientes. L'intelligence est saine et la liberté morale entière.

De quoi le malade a-t-il donc peur? de divaguer, de pleurer, de crier, de tomber, d'avoir un étourdissement, de s'évanouir, d'être frappé d'apoplexie, d'être considéré comme un poltron, de servir de risée, de passer pour un fou, d'avoir envie d'aller à la garde-robe, de disparaître à jamais, d'entrer dans le néant, mais le plus souvent il a peur..... d'avoir peur. Il se rend un compte exact de l'émotion qu'il éprouve, de la perturbation qu'il subit, et il se raisonne, se blâme et s'adresse à lui-même une allocution courageuse, mais il continue à avoir peur, voit l'espace s'allonger à l'infini, dans une perspective démesurée, croit que ses pas se rapetissent, que le vide s'accroît au fur et à mesure qu'il avance, et il ne retrouve le calme qu'en apercevant un passant, en s'appuyant sur une canne ou un bras, en longeant les maisons ou en s'engageant dans une petite rue. Qu'il soit un jour très-préoccupé par une affaire, livré à une profonde réflexion ou distrait par une agréable nouvelle, et la frayeur, à la même place, ne se manifestera point. Qu'il quitte la ville et aille à la campagne et il se pourra, dans quelques cas, que la vue de grandes plaines verdoyantes soit supportée sans le moindre malaise.

Tout phénomène émotif est, en général, plein d'imprévu, mais ce qu'il faut reconnaître et dire, c'est que, dans la peur des espaces, le malade est d'autant plus apte à avoir une angoisse qu'il est à jeun ou éloigné de l'heure de son dernier repas, et d'autant moins exposé à être anxieux qu'il sort de table, qu'il a fait un bon dîner et qu'il a bu un vin généreux.

Ces caractères généraux de la névrose une fois esquissés, citons quelques exemples cliniques à l'appui.

Obs. I. — Madame B..., âgée de quarante-trois ans, mère de trois enfants très-bien portants, a une grande vivacité d'esprit, une mémoire heureuse et une affabilité remarquable. Elle est recherchée et très-fêtée dans le monde : on cite d'elle des réparties d'une rare finesse. Personne n'ignore qu'elle est extrêmement superstitieuse, et l'on a un peu contracté l'habitude de compter avec ses préjugés et ses faiblesses. Elle n'a jamais éprouvé d'accidents hystériques et elle n'est point hypocondriaque.

Depuis quinze ans, à la suite d'un voyage en Suisse et d'une ascension au Righi, elle ne peut pas traverser seule les Champs-Élysées, les boulevards, une grande place ou une rue large, sans être aussitôt en proie à une angoisse pénible, à une frayeur étrange et à un tremblement partiel et quelquefois général de tout le corps. Elle laisse involontairement échapper quelques larmes, se lamente à haute voix ; sent ses jambes se dérober sous elle ou croit marcher sur des pavés mobiles, mous et gras. Il lui semble qu'elle s'enfonce dans de l'argile, que le sol rebondit, puis qu'elle s'enfonce encore. « Rien ne tourne, dit-elle, et je n'ai pas le mal de mer. J'ai peur, voilà tout. » Si elle donne le bras à son mari ou si elle tient par la main son dernier enfant, âgé de dix ans, elle n'a aucun malaise.

Cette dame éprouve une sensation identique en pénétrant seule dans une église vide, surtout s'il n'y a ni bancs ni chaises dans cette église ; elle a peur en voiture, s'il n'y a pas de passants dans la rue, et, en plein jour, il lui arrive de réclamer le bras de son concierge pour monter le large escalier qui conduit à son appartement. Dans une très-spacieuse salle à manger d'hôtel, elle déjeuna seule un matin, fut glacée de terreur et eut de la peine à gagner la gare, qui était tout à fait en face. Elle analyse parfaitement ce qu'elle ressent, reconnaît toute l'absurdité de ses angoises, s'admoneste, se commande à elle-même, mais *elle a peur*, gémit, et, en quelques instants, tombe dans un état de demi-défaillance, d'effarement ou d'excitation ridicule. Elle ose à peine énumérer toutes ses terreurs tant elle craint de passer pour avoir des troubles de la raison, mais lorsqu'elle en parle et qu'elle cherche à les justifier en quelque sorte, elle ne trouve que cette explication : « Dans ces moments-là, je dois probablement avoir peur de mourir subitement, d'avoir une attaque d'apoplexie foudroyante ou une syncope mortelle. Autrement, je serais folle, et certes je ne le suis pas. » Elle habite au fond d'une assez grande cour. Aussi, quoi qu'il arrive, ne regarde-t-elle jamais par la fenêtre. Toutes les pièces de son appartement sont littéralement surchargées de meubles, de tableaux, de statuettes et de vieilles tapisseries. Elle vit dans un véritable bazar, ne se trouve point isolée ainsi et supporte très-bien à l'occasion l'absence de tous les siens. Le vide seul l'effraye. Ses fonctions digestives ne laissent rien à désirer.

Tout antécédent morbide, dans la famille de cette dame, avait été formellement nié, et cependant le frère de la malade, mort à dix-huit ans de phthisie pulmonaire, était imbécile, masturbateur et violent. Il maltraitait cruellement les animaux. On n'avait pas pu lui apprendre à lire.

Obs. II. — M. Albert G., âgé de vingt-sept ans, lieutenant d'infanterie, doué d'une intelligence distinguée, a beaucoup lu et est un agréable causeur. Il a quelques prétentions à la littérature, à la poésie et à la musique, et il se dit archéologue. Il est d'une sobriété exemplaire, et, à vingt ans, en 1870, il a été décoré pour un acte de bravoure. Sa santé a toujours été excellente, mais il a été choréique pendant trois mois, vers l'âge de treize ans, et il se souvient parfaitement d'avoir été traité alors par la gymnastique, les bains sulfureux et l'usage d'une préparation de strychnine. Son père est mort d'apoplexie ; sa mère a eu quelques attaques convulsives et l'une de ses cousines germaines a été traitée pendant trois mois dans un établissement d'aliénés.

En 1872, étant en garnison dans une grande ville, il traverse un matin, en habits bourgeois, une place publique absolument déserte et il a peur. Il regarde tout autour de lui, n'aperçoit personne, se sent un peu défaillir et se demande s'il ne doit pas retourner sur ses pas ? Il hésite, peut à peine contenir son émotion, distingue très-nettement les objets, mais il tremble et n'avance pas. Une voiture de fourrages débouche sur la place et aussitôt il se remet à marcher. Une fois entré dans une rue étroite, il est à l'aise, n'éprouve plus rien et ne fait point attention à ce qui vient de se passer.

A quelques jours d'intervalle, il traverse la même place, à la même heure, en uniforme, son sabre au côté, et il ne ressent rien de particulier, puis, à différentes reprises, dans la journée ou dans la soirée, il parcourt, sans le moindre malaise, le même chemin, en habits bourgeois et à cheval.

Un certain jour, il monte chez l'un de ses amis, logé à un troisième étage, et il l'attend en fumant sur sa terrasse. Il jette les yeux sur le vide qui l'environne, se trouble, s'inquiète, pâlit, rougit, frissonne, quitte la terrasse, rentre dans la chambre, s'assied en tournant le dos à la porte-fenêtre, se calme peu à peu, perd patience, descend l'escalier en fredonnant, marche gaiement pendant vingt minutes, arrive à son restaurant habituel, retrouve ses camarades et dîne avec le meilleur appétit.

Il prend part un matin à de grandes manœuvres et il reçoit l'ordre de se porter à une distance de trois kilomètres, de s'adosser à un petit moulin qu'on lui désigne, de lever rapidement le plan de la campagne et de revenir aussitôt par tel chemin de traverse qui le mènera tout droit à un village. Là, il devra rencontrer et rejoindre un détachement envoyé en reconnaissance, et il éclairera en-

suite plusieurs bataillons qui seront censés se porter au devant de l'ennemi. A peine cet officier est-il arrivé au petit moulin et commence-t-il à crayonner, qu'il est effrayé à la vue d'une plaine sans fin, qu'il tremble, et que, très-pâle et hors de lui, il pénètre dans l'habitation du menier, se déclare indisposé « à la suite d'un coup de soleil » et demande une tasse de lait. On l'accueille avec bienveillance et il se rétablit aussitôt. Dix minutes après, il sort, questionne un jeune garçon sur la localité et le fait asseoir à côté de lui pendant qu'il dessine, puis il le remercie et s'éloigne.

Plusieurs fois, en habits bourgeois, il traverse à pied la même place que la première fois et est repris de la même angoisse, tandis que, soit à cheval, soit en uniforme et le sabre au côté, il peut impunément parcourir la même voie. Préoccupé, inquiet, craignant d'être remarqué et de passer peut-être pour un lâche, il se décide à consulter un médecin civil, qui lui prescrit une application de sangsues aux apophyses mastoïdes et un purgatif salin toutes les semaines pendant trois mois.

En 1874, il change de garnison et voyage avec son régiment. Après une étape de trente-trois kilomètres, il arrive dans une petite ville et se trouve logé en face d'une église gothique assez remarquable. Il examine attentivement le monument à l'extérieur, puis il pénètre dans l'église, se voit seul, a peur, sent ses jambes se dérober sous lui, s'imagine marcher sur des dalles en gomme élastique, s'assied, s'essuie la face et gémit. Au bout d'un instant, il entend causer, se lève, s'exhorte mentalement, tâche de faire bonne contenance, n'aperçoit personne, marche péniblement, sort de l'église, est salué par trois militaires de son régiment et se trouve presque aussitôt remis. Il n'a eu ni vertiges, ni nausées, mais il croit avoir ressenti momentanément le besoin impérieux d'aller à la selle.

Quelques jours après, arrivé à destination, il éprouve des contrariétés assez vives. Il se loge d'abord au deuxième étage, sur une cour, puis au premier étage sur la rue, et, à différentes reprises, il souffre de ses angoisses. Ses camarades le plaisantent sur les motifs qu'il allègue pour changer aussi fréquemment d'appartement. Enfin, après plusieurs autres essais et apès des tergiversations constantes, il loue une boutique, en laisse les volets fermés, allume en tout temps une bougie, couche dans l'arrière-boutique, et sort ou rentre par la petite cour de la maison. Cette fois il ne ressent plus rien et se porte à merveille.

En 1875, il a peur dans la grande cour d'une caserne, et comme il a déjà donné lieu aux plus désobligeantes suppositions et qu'on lui a fait plusieurs fois de très-sots compliments, il se dit malade, congestionné, menacé gravement d'apoplexie, et il sollicite de longs congés, puis sa mise en retrait d'emploi pour infirmités temporaires.

De retour dans son village natal, il s'occupe, sort très-peu, lit beaucoup et ne ressent absolument rien. Il recueille l'héritage de ses parents et résiste à plusieurs projets de mariage qu'on lui soumet. « Que faut-il que je fasse, m'écrit-il, dois-je me marier ? J'en ai bien plus d'envie que je ne le laisse voir. Personne ne peut s'imaginer ici que je sois malade et le fait est que je mange et bois bien, que je dors mieux encore, et qu'à me voir on m'achèterait la vie. Il faut cependant que j'aie une sorte de désorganisation latente du cerveau ! ».

Après un traitement hydrothérapique très-prolongé et une médication faiblement bromurée, mais longtemps continuée, M. Albert G... est rentré dans l'armée (1er avril 1877). Est-il guéri? Je ne le pense pas.

DYSTOCIE PAR PRÉSENTATION DE LA FACE

EN POSITION POSTÉRIEURE DROITE, TRÈS-ÉLEVÉE DANS L'EXCAVATION DU GRAND BASSIN. — PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL DEPUIS CINQ HEURES. — ACCOUCHEMENT PAR LA MÉTHODE DES TRACTIONS MÉCANIQUES ET MANUELLES COMBINÉES. — SUCCÈS POUR LA MÈRE.

Par M. le docteur Pros.

Dans le courant du mois d'avril dernier, je fus appelé auprès de la dame T..., laquelle, en travail d'accouchement depuis dix heures environ, assistée de Mme Gaudin, sage-femme, avait subi pendant trois heures au moins, de la part de deux de mes honorables collègues, de nombreuses applications de forceps et des tentatives de version podalique qui, toutes, étaient restées sans résultat.

Cette malade offrait depuis près de cinq heures une procidence de 15 centimètres du cordon ombilical de son enfant, et ce dernier, se présentant en position mento-postérieure droite, était comme arrêté au-dessus de l'angle promontoire, lequel me parut être un peu plus saillant qu'à l'état normal. Ayant appliqué mon forceps aux extrémités des diamètres bi-pariétal et bi-temporal de l'enfant, je plaçai la tête en position transversale franche. Ensuite, à l'aide de mon appareil à tractions, je lui fis franchir le détroit supérieur sans trop de difficultés. Cette première opération terminée, j'achevai à la main cet accouchement, ayant transformé une position postérieure droite de la face en une antérieure gauche du sommet.

Malheureusement, l'enfant que je pus obtenir ainsi en moins de dix minutes, et sur lequel mes tractions avaient été très-peu énergiques, ne vint au monde que pour y rendre le dernier soupir. Sa mort avait été provoquée, autant par l'ancienneté de la procidence de son cordon ombilical, que par les difficultés que son extraction des organes maternels avait opposées à mes confrères, n'ayant pas eu à leur disposition les mêmes moyens que moi. L'enfant présentait, du reste, à la partie antérieure de la région temporale gauche, une plaie profonde des parties molles de cette région, avec enfoncement de la partie sous-jacente de l'os frontal.

Quand j'eus délivré ma malade, je lui demandai si je l'avais fait beaucoup souffrir; sa réponse fut celle-ci : « Oh non, car j'ai cru que vous me retiriez un morceau de velours du ventre, quand j'ai senti que vous m'accouchiez.» — « Eh bien! lui dis-je alors, vous saurez, désormais, que la mécanique du vieux Pros est bonne à quelque chose. » On avait fait croire à cette malade que je n'étais qu'un vieux ramolli, ne pouvant plus me passer, pour faire mes accouchements, d'une machine avec laquelle je tuais les femmes.

Qu'il me soit permis de conclure de cette observation :

Que la position méthodique qui fut donnée par moi à la patiente sur le cadre-lit de mon appareil obstétrical, facilita mes manœuvres à tel point, que les deux cuillers de mon forceps furent appliquées sans difficultés; 2° que l'action du treuil de ma tige mobile dans la direction de l'axe du détroit supérieur me permit d'abaisser, presque sans effort la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, où elle arriva en première position du sommet.

Qu'il me soit permis aussi de poser en fait :

1° Que tout accoucheur, même du talent le plus médiocre, qui se servira de mon forceps, transformera presque infailliblement une position mento-postérieure droite en une antérieure gauche du sommet, quand, ayant appliqué les cuillers de cet instrument perpendiculairement aux extrémités du diamètre bi-pariétal d'un enfant dont la tête serait retenue au détroit supérieur, il opérera des tractions dans la direction de l'axe de ce détroit.

2° Que toutes choses étant égales d'ailleurs, il en sera de même pour cette tête, si elle est arrêtée en pleine excavation pelvienne. A moins cependant qu'elle n'y soit tout à fait enclavée, cas dans lequel il serait de toute rigueur de conduire le menton sous les pubis.

Me sera-t-il défendu, enfin, en terminant le présent exposé de dire que, dans l'accouchement qui en fait le sujet, j'ai agi *tutò et citò...* puisque j'ai délivré la malade presque comme par enchantement? Et pourquoi ne dirais-je pas *jucundè?* La patiente, ellemême, en a fait l'aveu.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Beaucoup de mes auditeurs connaissent probablement le cas de Ramsden, qui se présenta en 1810, et qu'on peut trou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 octobre.

ver dans ses observations pratiques (p. 322). Ramsden avait sur les anévrysmes plusieurs des idées que M. Syme a publiées depuis; et je ne doute pas que ce grand chirurgien, s'il eût connu les cas de Ramsden, n'eût appuyé sur lui ses vues sur les rapports du sac anévrysmal avec l'artère. Ramsden, comme M. Syme, croyait peu au danger de lier une artère dans le voisinage immédiat du sac; en conséquence, ayant à traiter un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale superficielle, il n'hésita pas à dénuder la fémorale primitive, à la lier immédiatement au-dessous de l'aine, puis à un pouce au-dessous, près de l'origine de la fémorale profonde et à diviser l'artère entre ces deux ligatures. Le malade guérit parfaitement. En décrivant l'opération, il dit : « Il ne se présenta aucune difficulté; la perte de sang fut insignifiante, et l'artère fut si complètement exposée à la vue, qu'il fut presque inutile d'employer une aiguille à anévrysme pour passer les ligatures et que le doigt eût été parfaitement suffisant. » Cette opération n'a pas une grande faveur en Angleterre, où la ligature de l'iliaque externe a été pratiquée un grand nombre de fois, on peut dire avec succès. Relativement, elle a été cependant souvent pratiquée en Irlande et elle est considérée dans ce pays avec tant de faveur que plusieurs chirurgiens irlandais éminents la recommandent même dans les anévrysmes poplités, à la place de la ligature de la fémorale superficielle dans le triangle de Scarpa, ordinairement employée dans ce cas.

Nous avons donc la plus grande divergence d'opinions entre ceux qui, comme M. Erichsen, croient que l'opération sur la fémorale primitive doit être bannie de la pratique, à cause de la grande mortalité par gangrène et par hémorrhagie, et ceux qui croient qu'elle est préférable même à une opération, que l'on s'accorde à dire aussi efficace que la ligature de la fémorale superficielle. Nous allons chercher à arriver à une conclusion en examinant les raisons pour et contre de ces deux propositions : 1° que la ligature de la fémorale primitive doit être préférée à celle de l'iliaque externe dans les anévrysmes fémoraux, et 2° que la ligature de la fémorale primitive doit être préférée à celle de la fémorale superficielle, dans les anévrysmes poplités.

Quant à la première proposition, M. Erichsen dit que sur douze cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, il n'y eut que trois succès, tous les autres cas ayant échoué par suite d'hémorrhagie secondaire, qui amena la mort trois fois et qui, six fois, fut arrêtée par la ligature de l'iliaque externe; et c'est par ce motif que, dans les premières éditions de son ouvrage, il bannissait l'opération de la pratique chirurgicale, tandis que dans la dernière édition il dit simplement que la ligature de l'iliaque externe doit être préférée dans tous les cas. D'autres auteurs parlent de la fréquence de la gangrène après la ligature de la fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Mais, après les recherches les plus minutieuses que j'aie pu faire, je n'ai pu découvrir aucun renseignement exact, quant à la fréquence réelle de la gangrène et de l'hémorrhagie secondaire après la ligature de la fémorale primitive. M. Erichsen ne nous indique pas sur quelle autorité il s'appuie au sujet des douze cas de ligature de cette artère, suivie neuf fois d'hémorrhagie secondaire.

Il ne peut, évidemment pas, vouloir dire que la fémorale primitive n'a été liée que douze fois en tout; car, dans le grand ouvrage de Porta, publié en 1845, seize cas sont énumérés (sans indication de la source, malheureusement), parmi lesquels il y a un nombre égal de guérisons et de décès. Dans le tableau des ligatures de l'iliaque externe et de la fémorale de Norris, je ne trouve aucune trace des cas cités par M. Erichsen. Il donne seulement quatre cas de ligature de l'iliaque externe pour hémorrhagie secondaire consécutive à la ligature de la fémorale, et il est probable que dans quelques-uns, c'est la fémorale superficielle qui a été liée; tandis que pour la ligature de la fémorale pour anévrysme de la cuisse, il cite trente-cinq cas, mais en remontant aux sources où il a puisé, je n'en trouve que deux ou trois dans lesquels la ligature ait été placée sur la fémorale primitive.

La pratique des chirurgiens irlandais, pour la ligature de la fémorale primitive au-dessus de l'origine de la fémorale profonde, a été extraordinairement favorable, comme le montre le docteur Rawdon Macnamara (*Brit. med. Jour.*, *oct.* 5, 1866). Huit cas sont cités, dont trois furent opérés par feu le professeur Porter, un par Smyly, un par M. Butcher, un par M. Porter, l'homonyme du défunt, un par M. Colles et un par le docteur Macnamara lui-même. Tous guérirent, excepté les malades de M. Butcher et de M. Colles; parmi ceux-ci, le malade de M. Butcher ne mourut pas de l'opération, mais il s'éteignit deux heures après par suite de l'épuisement causé par les hémorrhagies antérieures. L'opération fut faite pour une blessure de la fémorale profonde dans laquelle on ne put trouver le vaisseau divisé.

Le cas de M. Colles n'est pas, à proprement parler, une ligature de la fémorale primitive, mais de la fémorale superficielle. Mais il fait apprécier, néanmoins, un des dangers et des incertitudes de l'opération. La fémorale profonde avait son origine au pli de l'aine; la ligature fut placée immédiatement au-dessous de cette grosse branche, qui, se trouvant à la partie supérieure de l'artère liée, ne fut pas aperçue pendant l'opération et le malade mourut d'hémorrhagie secondaire.

Il faut ajouter un cas traité par M. Gregson (*Med. Press and circular*, 2 septembre 1868), où l'artère était dans un état de dégénérescence avancée. Il y eut une hémorrhagie secondaire, l'iliaque externe fut liée, mais cela n'arrêta pas l'hémorrhagie. La gangrène survint et le malade mourut.

Dans tous les autres cas, on obtint la guérison. Le malade de M. Smyly seul, eut quelques orteils qui se sphacélèrent, avec une ulcération douloureuse de la partie inférieure du membre pour laquelle j'ai eu à le soigner à l'hôpital Saint-George, il y a un ou deux ans. Mais il y avait des signes manifestes d'ulcération par suite de malnutrition du membre avant l'opération, et il est probable que la gangrène se serait également montrée après la ligature de la fémorale superficielle.

Le docteur Mott a résumé sa grande expérience dans les mêmes vues, quoique en termes peu précis. (*Velpeau*, traduction par Mott, II, p. 311), il dit : « Quelques chirurgiens ont émis des doutes sur l'opportunité de la ligature de la fémorale entre l'origine de la fémorale profonde et de l'épigastrique. J'ai, cependant, plusieurs fois posé une ligature dans ce point et chaque fois avec succès. »

Et il ajoute dans une note qu'il a fait une nouvelle opération pendant que son livre était sous presse.

M. Pemberton a récemment publié un cas (*Address in Surgery*, 1872, p. 8), qui est, sous plusieurs rapports, analogue à celui de M. Colles. Ici M. Pemberton lia, à ce qu'il crut, la fémorale primitive avec un fil de chanvre, pour un anévrysme de la fémorale superficielle. Le malade mourut une semaine après la chute de la ligature, quarante-sept jours après l'opération « de causes entièrement étrangères à l'anévrysme ». A l'autopsie, on trouva que l'épigastrique, la circonflexe iliaque

et la fémorale profonde, naissaient toutes au même niveau, immédiatement au-dessus de la ligature, de sorte que c'était, en réalité, la fémorale superficielle qui avait été liée. Mais, dans son observation, M. Pemberton dit qu'*il a choisi la ligature de la fémorale primitive de préférence à celle de l'iliaque externe et qu'il ferait ainsi à l'avenir.*

De tous ces faits, on ne peut que conclure que la ligature de la fémorale primitive n'est pas par elle-même aussi meurtrière qu'on l'a prétendu, et qu'on n'a fourni aucune raison valable pour l'exclure de la pratique chirurgicale.

Si, cependant, nous recherchons quelle est l'opération la mieux appropriée aux anévrysmes fémoraux, quand l'affection s'étend assez haut pour empêcher la ligature de la fémorale superficielle, j'inclinerais plutôt, dans les circonstances ordinaires, en faveur de la ligature de l'iliaque externe, réservant celle de la fémorale primitive pour les cas où l'abdomen est très-chargé de graisse et où, par conséquent, la ligature de l'iliaque externe est très-dangereuse; dans ces circonstances, je préférerais lier la fémorale. La meilleure réponse, à mon avis, contre cette dernière objection est celle qui découle des observations de M. Colles et de M. Pemberton, c'est-à-dire l'incertitude où l'on est sur le point d'origine de la fémorale profonde. En faisant cette ligature, il faudrait examiner soigneusement le fond de la plaie pour voir si l'on ne sent pas battre la fémorale profonde dans le voisinage, auquel cas il serait probablement préférable de la lier également. Mais, en réponse à la seconde question, celle de savoir s'il ne serait pas mieux de lier la fémorale primitive ou la fémorale superficielle dans les anévrysmes poplités, je n'hésite pas à répondre que, autant que je puis en juger, l'opération ordinaire au sommet du triangle de Scarpa est de beaucoup préférable. A part le risque moindre de blesser la veine fémorale dans l'opération pratiquée au niveau de l'aine, avantage réel, quoique peu important, je ne vois pas de supériorité à cette opération, car la plus grande facilité pour la dissection est une considération de mince valeur avec les moyens anesthésiques dont nous disposons aujourd'hui; et, d'un autre côté, il faut reconnaître que quels que soient les risques de gangrène et d'hémorrhagie, ils doivent être plus grands, à tout prendre, dans l'opération pratiquée au-dessus de la fémorale profonde, que dans celle pratiquée au-dessous; de plus, l'observation de sir B. Brodie doit nous donner des doutes sérieux sur la réalité ou la stabilité de guérison, quand un vaisseau aussi volumineux que la fémorale profonde peut jeter son courant dans l'artère au-dessus de l'anévrysme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux exemplaires d'une thèse sur l'*atrophie musculaire*, destinée au concours pour le prix Duval ;

2° Une lettre de M. Fleury (de Clermont), relative à un cas de *blessure du vagin*, suite d'une chute sur une tige de bois, avec pénétration dans la vessie, suivie de guérison sans opération.

3° Deux brochures de M. le docteur Halber (de Vienne), relatives à la chirurgie.

M. GILLETTE fait hommage à la société, d'un volume qu'il vient de publier sous le titre de *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris, répertoire de thérapeutique chirurgicale.*

M. HOUEL offre à la société, le deuxième fascicule du *catalogue du musée Dupuytren* qu'il vient de faire paraître.

M. VERNEUIL dépose, de la part de M. Otis (de New-York), membre correspondant, un manuscrit qui contient les résultats de sa pratique sur la *cure des rétrécissements de l'urèthre* avec des observations nombreuses et le résumé critique des appréciations portées sur ses travaux. M. Otis serait heureux de pouvoir y ajouter le jugement de la société de chirurgie de Paris.

M. Tillaux est chargé d'examiner ce travail.

M. GUYON dépose, de la part de M. le docteur Juge (de l'Ile Maurice), une observation de *kyste ovarique traité par la ponction avec l'appareil Dieulafoy et l'injection iodée.* (Commis. : MM. Gillette, Terrier, Boinet).

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. TERRIER dépose l'observation du malade atteint de contracture de la face, dont il a parlé dans la dernière séance.

M. NICAISE fait observer que, lorsqu'il y a fracture du rocher, il y a probablement blessure du nerf facial et du nerf auditif, et que, dans ces cas, la contracture est secondaire et non primitive.

M. LE DENTU ne peut encore donner aujourd'hui le résultat de l'examen histologique de la tumeur osseuse dont il a entretenu la société dans la dernière séance. L'opérée a succombé vingt-six heures après l'opération, et sa mort ne peut être attribuée qu'au choc traumatique, car la perte de sang a été insignifiante. La température est restée tout à fait normale jusqu'à peu de temps avant la mort (36°,4). Comme M. Le Dentu l'avait pensé, il n'a découvert à l'autopsie aucune lésion viscérale importante. Seul, le foie présentait quelques noyaux graisseux et peut-être un certain degré d'atrophie.

M. VERNEUIL voudrait qu'on supprimât du langage chirurgical l'expression de *choc traumatique* qui est trop vague, ou au moins qu'on lui assignât des limites. Les morts attribuées au choc traumatique, sont le plus souvent le résultat d'une anémie aiguë, même après les opérations qui n'ont fait perdre au malade qu'une quantité de sang très-minime. Après un traumatisme violent comme après une longue maladie qui a épuisé le patient, quelques grammes de sang perdus peuvent déterminer la mort.

M. DESPRÈS se range à l'avis de M. Verneuil. On a tort d'attribuer au choc cérébral certains cas de mort survenue après quelques heures, chez des individus atteints de contusions multiples. Le choc cérébral tue rapidement, presque immédiatement. Si la mort tarde un peu, elle est due à l'anémie produite par l'immobilisation d'une certaine quantité de sang dans les parties contuses.

M. LE DENTU a vu souvent des blessés perdre beaucoup de sang par une très-petite plaie, sans que la mort s'en suive. D'autres fois au contraire, la perte de sang a été à peu près nulle, mais le traumatisme très-important, et le malade est mort. C'est le cas de la femme qu'il a opérée et qui n'a guère perdu que 200 grammes de sang. Tout en restreignant la part du choc dans les traumatismes, M. Le Dentu est d'avis qu'il faut cependant en tenir un certain compte.

M. VERNEUIL ne conteste pas l'existence de phénomènes d'ordre réflexe du côté du système nerveux dans les cas de blessures. Tantôt leur action est excitatrice (spasmes, contractures tétaniques), tantôt elle est dépressive (abaissement de la température, ralentissement du cœur et de la respiration, diarrhée, etc.). C'est à ces derniers qu'on peut attribuer les effets de ce qu'on appelle le choc traumatique. M. Verneuil se livre depuis longtemps à l'étude des causes de la mort. Il serait très-intéressant, par exemple, de savoir pourquoi, dans les désarticulations de la hanche, la mortalité est de 16 p. 100 dans la première heure et de 46 p. 100 au bout de seize heures. Aucune autre opération ne donne des résultats aussi effrayants.

La séance est levée.

REVUE DE LA PRESSE

Ramollissement rouge de la deuxième circonvolution temporo-occipitale. — M. Chavanis, interne des hôpitaux de Lyon, rapporte une observation de ramollissement rouge, de la deuxième circonvolution temporo-occipitale, qui nous paraît digne d'être reproduite, à cause de la lésion superficielle de l'écorce cérébrale, lésion qui, quoique très-nettement localisée à la partie postérieure d'un hémisphère, n'en a pas moins été accompagnée de paralysie complète du mouvement dans les membres du côté opposé, avec conservation apparente de la sensibilité.

Une jeune fille de quatorze ans est apportée à l'hôpital de la Charité, dans un abattement général très-prononcé. Elle se plaint de céphalalgie, de dégoût pour les aliments, de fréquentes envies de vomir. Le lendemain de son entrée on constate les symptômes suivants : le pouls est très-lent, faible, irrégulier; la respiration très-rapide. Regard vague, un peu hébété. Tendance au refroidisssment périphérique. Point de paralysie.

Le soir du même jour, l'état général s'aggrave. T. 37°; R. 50; p. 48. Rien aux poumons. Léger œdème des membres inférieurs; ventre ballonné, sonore; vomissements fréquents; céphalalgie violente; crainte de la lumière; pupilles également dilatées, sensibles à l'influence de la lumière. La malade est dans un demi-sommeil dont il est difficile de la tirer.

Les membres droits peuvent encore exécuter quelques mouvements, mais les membres supérieur et inférieur gauches sont complétement paralysés de mouvement. Point de paralysie du côté de la face. Quant à la sensibilité, elle est conservée sur toute la surface cutanée, à gauche comme à droite; quand on pince le bras gauche de la malade, elle porte intentionnellement sa main sur le côté gauche.

Le cœur devient de plus en plus irrégulier, il ne bat plus que 40 à la minute et la malade succombe dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve dans le cerveau les lésions suivantes : ramollissement rouge superficiel, occupant la face interne du lobe occipital droit. La lésion est limitée en haut et en arrière par la scissure de l'hippocampe, en haut et en avant par la grande fente de Bichat et le corps godronné, en bas par la première circonvolution temporo-occipitale. Les méninges et les masses centrales sont absolument saines. Pas d'hydropisie ventriculaire. — (*Lyon méd.*)

De l'amaurose monoculaire simulée. — Parmi les affections oculaires simulées, la plus fréquente est l'amaurose ou cécité absolue. On la simule généralement monoculaire, car la simuler binoculaire est très-difficile et surtout très-gênant. Voici, d'après M. le docteur Galezowski, les moyens à l'aide desquels on peut arriver à découvrir cette supercherie.

On peut d'abord, ainsi que l'a proposé Graeffe, faire fixer une bougie, les deux yeux étant ouverts. Pendant ce temps on place un prisme de 10 ou 15 degrés devant l'œil sain, en tournant sa base soit en haut, soit en bas. Dans le cas où l'œil serait réellement amaurotique, le malade ne verrait qu'une seule image; mais s'il ne fait que simuler la cécité, il verra forcément deux bougies : l'une d'elle sera vue par l'œil prétendu amaurotique, tandis que l'autre appartiendra à l'œil sain. On peut encore, par ce moyen, juger du degré de l'acuité visuelle de l'œil prétendu amaurotique en faisant regarder les caractères de l'échelle typographique, et lire successivement, tantôt l'image supérieure, tantôt l'image inférieure. Mais, bien souvent, il arrive que les malades connaissent cette méthode et prétendent qu'ils ne voient pas double. Dans ces cas, M. Galezowski, place devant l'œil sain, non pas un prisme, mais une lentille biréfringente d'Arago. Au moyen de cette lentille on obtient une diplopie monoculaire très-distincte, surtout si le malade se trouve à une certaine distance de l'objet fixé. Par ce moyen l'individu doit toujours voir deux images dont il doit accuser la présence sous peine d'être convaincu de mensonge.

Cuignet inscrit, sur un tableau, différents chiffres à égale distance les uns des autres. Puis, plaçant ce tableau devant le malade, il met son indicateur ou un objet quelconque en face du nez. Si alors, les deux yeux restés ouverts, le malade regarde les chiffres, il les aperçoit : il les compte sans hésitation bien que le doigt fasse l'écran. Mais si l'on ferme un œil, certains chiffres disparaissent; si on le rouvre pour fermer l'autre, ce sont d'autres chiffres qui cessent d'être vus. Dans l'un et l'autre cas, c'est l'interposition du doigt qui voile certains chiffres pour l'œil resté ouvert. Ainsi donc, dans cette épreuve, dès qu'un œil est hors d'usage, des chiffres sont cachés par le doigt placé entre eux et l'œil unique qui fonctionne. De plus, ces chiffres cachés diffèrent, selon que c'est l'œil droit ou gauche que l'on ferme. Les chiffres cachés sont à gauche, quand c'est l'œil gauche que l'on ferme, et à droite quand c'est l'œil droit. Cela étant, l'œil amaurotique correspondra à celui que l'on aurait annulé chez un sujet sain. (*Mouv. méd.*)

Nouveau traitement du tétanos. — En présence des résultats peu satisfaisants que l'on obtient ordinairement contre le tétanos par les moyens de toutes sortes usités jusqu'ici, M. le docteur de Renzi (de Gênes) s'est livré, dans le but d'établir un traitement plus efficace de cette affection, à des expériences très-intéressantes sur le tétanos strychnique des grenouilles, lesquelles sont, ainsi qu'on le sait, très-aptes à ressentir l'influence de la strychnine. Il aurait pu ainsi instituer une médication rationnelle de cette terrible maladie.

Voici d'abord, en peu de mots, le résultat de ces expériences :

1° Le tétanos est plus intense chez les animaux tenus en pleine lumière que sur les animaux gardés dans l'obscurité. Cette différence est peu marquée;

2° Les secousses du tétanos se développent avec plus de rapidité et d'intensité chez les animaux qui sont sans cesse agités que chez ceux qui sont en état de repos. L'influence du stimulus mécanique est beaucoup plus marquée sous l'influence de la lumière;

3° Les petites grenouilles empoisonnées avec un vingtième de milligramme de strychnine meurent facilement si on les secoue brusquement, mais elles peuvent survivre si on les laisse dans un repos parfait.

M. de Renzi conclut de ces expériences, que le repos absolu est le remède le plus rationnel du tétanos. En effet, dans l'année scolaire 1872-73, il aurait traité, dans sa clinique, deux cas de tétanos. Le premier, traité par des doses successives de chloral et des injections répétées de curare, s'est terminé par la mort; le second, traité presque exclusivement par le repos absolu, aurait été suivi de guérison. Dans l'année suivante, sur deux malades que ce médecin aurait eu à soigner de cette affection, l'un d'eux aurait guéri par le repos absolu, l'autre aurait succombé bien qu'on ait eu recours au même traitement. Enfin, pendant la dernière année qui vient de s'écouler, M. de Renzi dit avoir reçu, dans sa clinique, un quatrième cas de tétanos qui, de même que les trois précédents, a été traité par le repos absolu, et cette fois avec un plein succès.

En résumé, voici, d'après cet auteur, la manière dont on doit procéder en présence d'un individu atteint de tétanos :

1° Enfermer le malade dans une chambre parfaitement obscure en faisant ouvrir, très-doucement, la porte de quatre en quatre heures pour donner les aliments et les boissons;

2° Oblitérer le conduit auditif externe avec de la cire et recommander au malade de rester aussi tranquille qu'il lui sera possible;

3° Toutes les heures lui donner, à l'aide d'un vase à bec, du bouillon, un œuf et deux cuillerées de vin blanc. Pour boisson, de l'eau avec une très-petite quantité de vin;

4° Pour apaiser les douleurs, donner un peu de poudre de belladone et de seigle ergoté;

5° Mettre un tapis sur le parquet de la chambre. (*Gaz. méd. de Paris.*)

De l'action des températures élevées sur l'organisation. — On sait l'importance que depuis ces dernières années, les médecins attachent à l'observation de la température dans les maladies fébriles et le rôle qu'ils attribuent à cet élément morbide dans l'immense majorité des maladies fébriles infectieuses.

M. Litten (de Berlin) a recherché expérimentalement l'action des températures élevées sur l'organisme. Il a dû enfermer, pour cela, des cochons d'Inde dans des caisses à double paroi dont la température extérieure était maintenue entre 36 et 37 degrés. La température de ces animaux montait de 39 à 42 degrés et il mouraient au bout de quelques jours. A l'autopsie de ces animaux, M. Litten a trouvé des dégénérescences graisseuses d'intensité variable et envahissant les organes dans l'ordre suivant : le foie d'abord, puis le rein, le cœur, les muscles striés (diaphragme, muscles intercostaux), et enfin les glandes de l'estomac.

D'après l'auteur, la dégénérescence graisseuse des organes proviendrait, dans les conditions où il place ces animaux, d'une diminution de l'apport d'oxygène, d'une moindre exhalation d'acide carbonique et d'eau et de l'emmagasinement dans les organes, sous forme de graisse, des hydrocarbures qui ne peuvent pas être éliminés. Ce seraient les globules du sang qui, modifiés par la température élevée, ne pourraient plus servir aussi bien qu'à l'état normal, de véhicules à l'oxygène, qui retarderaient cette oxydation. (*Journ. des conn. méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

261. Cauvet. Contribution à l'étude des accidents consécutifs à la déplétion brusque de la vessie.
262. Senoble. De la fièvre intermittente dans la Marne et de la doctrine de l'antagonisme.
263. Montagard. De la vaginite aiguë et chronique.
264. Meunier. Étude parallèle des globules rouges et blancs du sang et des principaux éléments de l'urine dans quelques maladies aiguës.
265. Siredey. De la diphthérie chez les enfants nouveau-nés.
266. Philippeau. Étude sur la pleurésie primitive des vieillards.
267. Léger. Étude sur l'aortite aiguë.
268. Éloire. Du traitement de l'arthrite chronique localisée à Aix-les-Bains (Savoie).
269. Godfrain. Essai sur les mamelles surnuméraires.
270. Cénac. Des obstacles à la réduction des hernies abdominales après le débridement.
271. Hervier. De la dyspnée urémique comme symptôme primitif de la néphrite latente.
272. Hornus. Essai sur les troubles de la parole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ecole pratique. — Les professeurs libres, qui ont sollicité de M. le ministre, l'autorisation de faire des cours dans les amphithéâtres libres de l'école pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu mardi prochain, 23 octobre courant, *à midi, salle des Thèses, à la Faculté ;* sous la présidence de M. Marc Sée, chef des travaux anatomiques.

— Nous apprenons une douloureuse nouvelle; un des jeunes médecins les plus distingués de la marine française, M. Albert Morice vient de mourir à Toulon, des suites d'une pneumonie contractée en Cochinchine.

Ancien élève de l'école de Lyon, il entra dans la marine en 1871, avec le désir de satisfaire ses goûts pour les recherches d'histoire naturelle. Envoyé en Cochinchine, il y recueillit des matériaux de tous genres et fit à son retour de nombreuses communications aux sociétés d'anthropologie, de biologie, de géographie, etc. Sa thèse sur *la dengue* fut un travail remarqué. Les collections d'histoire naturelle dont il a enrichi le muséum de Paris et celui de Lyon témoignent de son amour pour la science, et attestent toute l'étendue de la perte qu'elle vient de faire.

Le docteur Morice n'avait que vingt-neuf ans.

— *Hospices civils de Bordeaux.* — Un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'hospice général de Pellegrin, aura lieu le mardi 8 janvier 1878.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 22 décembre inclusivement, au secrétariat général de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91.

— La société de médecine publique et d'hygiène professionnelle tiendra sa séance publique mensuelle, le mercredi 24 octobre, dans son local, rue de l'Abbaye, 3, (salle de la société de chirurgie) à huit heures du soir.

Ordre du jour : 1° Discussion des communications faites dans la séance précédente par MM. Emile Trélat, Gubler, Vallin et Fieuzal. — 2° De la fièvre typhoïde dans l'armée, par M. L. Colin. — 3° Considérations nouvelles sur l'hygiène de la grossesse, par M. Pinard. — 4° Les établissements de bains froids à Paris, par M. Napias. — 5° L'hygiène alimentaire de la première enfance, par M. Coudereau. — 6° L'isolement des malades dans les hôpitaux, par MM. Laborde et Vidal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux lectures ont occupé toute cette séance, l'une de M. Bourdon, sur un point important de la question des localisations cérébrales, la détermination des centres moteurs des membres; l'autre, de M. Lancereaux, sur la syphilis viscérale.

M. Bourdon, ayant eu l'occasion d'observer un fait très-net de monoplégie brachiale du côté droit, dans lequel il a pu constater la relation de ce symptôme avec l'existence d'un foyer hémorrhagique, placé à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche, a eu l'idée d'en rapprocher tous les faits analogues publiés ou inédits qu'il a pu trouver et de les soumettre à une commune analyse. De cette analyse il est résulté, avec une identité à peu près constante de symptômes, présentant dans tous les cas les caractères spéciaux des paralysies d'origine corticale, une identité de siége de la lésion anatomique dans la zone motrice corticale déterminée par les physiologistes. Mais au lieu d'être renfermées dans la région circonscrite où les physiologistes ont placé le centre moteur du bras chez l'homme, d'après les expériences faites sur les animaux, le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, M. Bourdon a trouvé ces lésions disséminées sur toute la hauteur des deux circonvolutions ascendantes et sur les parties contiguës.

D'un autre côté, l'analyse d'un certain nombre de faits d'hémiplégie corticale, lui a montré, contrairement à ce qu'on pouvait supposer, que l'extension de la paralysie ne correspondait pas à une étendue plus considérable de la lésion, celle-ci ayant le même siége dans les cas d'hémiplégie que dans les cas de monoplégie brachiale; d'où il a été conduit à se demander si, indépendamment de la situation, il n'y aurait pas lieu de tenir compte de certains caractères de la lésion anatomique.

Pour le membre inférieur seul, les recherches de M. Bourdon, à défaut d'observations de monoplégie suffisamment concluantes, n'ayant porté que sur un petit nombre de faits d'amputation et un fait d'arrêt de développement, dont les résultats ne sont pas entièrement concordants, ne lui ont pas permis d'arriver à une conclusion.

Les conséquences que l'honorable académicien a tirées de ses recherches, au point de vue pratique c'est-à-dire au point de vue de l'application du trépan, justifient à ses yeux les réserves faites par M. Gosselin dans son rapport.

M. Gosselin a affirmé de nouveau, à l'occasion des intéressantes recherches de M. Bourdon, le principe qu'il a déjà posé à l'époque de son rapport, de ne recourir au trépan que sur la seule indication d'une lésion du crâne, les symptômes lui paraissant encore trop incertains et trop vaguement établis pour légitimer à eux seuls cette opération.

La lecture de M. Lancereaux sur les lésions syphilitiques viscérales tertiaires, à l'occasion d'un cas de lésions syphilitiques multiples, a provoqué aussi quelques observations de la part de M. Gosselin. On les trouvera résumées, ainsi que la communication de M. Lancereaux, dans le compte rendu, sauf le fait clinique dont nous réservons la publication pour le numéro prochain.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du traitement des maladies valvulaires du cœur à la troisième période (1).

III

A ces médicaments, on doit joindre l'usage de certains autres, et surtout celui des purgatifs qui constituent un des meilleurs moyens que l'on puisse opposer aux hydropisies. Parmi ceux-ci, les drastiques, c'est-à-dire la gomme-gutte, la scammonée, la coloquinte, l'aloès, soit seuls, soit associés ensemble, sont ceux dont on obtient les résultats les plus avantageux. On les donne ordinairement sous forme de poudres ou de pilules. Cette dernière préparation est celle que je préfère, et je me trouve bien, chez certains malades, de l'administration, chaque jour, de deux ou trois pilules renfermant 10 centigrammes de gomme-gutte, 10 centigrammes de scammonée, 5 centigrammes de calomel. On provoque ainsi des selles abondantes liquides, aqueuses, à la suite desquelles on ne tarde pas à voir l'hydropisie diminuer. J'ai également pour habitude, dans le but d'augmenter l'action purgative de ces pilules, de faire suivre l'ingestion de chaque pilule d'un verre d'eau minérale purgative de Pullna, de

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 octobre.

Sedlitz, etc. Cette pratique, que j'ai vu employer dans cet hôpital par un de mes maîtres, le professeur Fouquier, produit généralement des selles abondantes, complétement aqueuses, à la suite desquelles on voit bientôt survenir une diminution de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les cavités séreuses. Mais dans ces cas, il faut bien se garder de prescrire ces pilules tous les jours; il importe, au contraire, de laisser reposer les malades pendant trois, quatre jours avant d'en reprendre l'usage.

Enfin, non-seulement on aura recours, dans ces cas, aux purgatifs, mais on conseille, avec ceux-ci, l'usage des sudorifiques. Mais je dois dire que ces derniers n'ont qu'une action très-faible et qu'ils réussissent rarement. D'ailleurs, il faut encore que la peau sur laquelle ils agissent soit disposée à subir leur influence. Il est, en effet, des malades qui ne transpirent pas, et, d'ailleurs, jamais la diaphorèse ainsi obtenue n'est assez abondante pour diminuer véritablement l'hydropisie. Néanmoins, dans ce but, vous pourrez employer les bains chauds, la poudre de Dower et surtout le jaborandi qui produit, en même temps qu'une diaphorèse assez considérable, une salivation abondante. Mais certains estomacs se refusent absolument à tolérer ce médicament, et j'ai vu assez fréquemment survenir, après l'administration de cette substance, des nausées, des vomissements même qui m'ont obligé d'en cesser l'emploi.

Dans ces cas encore, on favorisera l'activité de la sécrétion cutanée, en même temps que les diurétiques et les purgatifs, employés concurremment, contribueront pour leur part, à l'évacuation de la sérosité, en enveloppant les membres infiltrés avec de la ouate recouverte elle-même de toile vulcanisée ou de taffetas gommé.

Enfin, dans certains cas, les hydropisies persistent malgré tous les moyens dont je viens de vous parler; la sérosité occupe à la fois le péritoine, les membres inférieurs, souvent même les membres supérieurs, et il importe de donner directement issue au liquide ainsi épanché, soit dans les cavités séreuses, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas, on est obligé alors de recourir aux moyens mécaniques. C'est ainsi que, contre l'ascite, on a conseillé la ponction de l'abdomen, et même que l'opération de la thoracocentèse a été indiquée pour évacuer le liquide épanché dans la cavité pleurale. Mais il y a bien peu de cas dans lesquels cette dernière opération soit nécessaire; l'hydrothorax étant assez souvent consécutif et étant rarement assez considérable pour qu'il y ait lieu d'évacuer, directement, la sérosité contenue dans la plèvre. Quant à l'ascite, il n'en est plus de même, et on voit fréquemment les troubles de la circulation hépatique qui résultent de cette sorte de cirrhose du foie, propre aux affections cardiaques, donner lieu, dans la cavité péritonéale, à une accumulation de sérosité telle que la vie est menacée et que la ponction seule peut soulager les malades.

De même, il est parfois indispensable d'évacuer directement le liquide épanché dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané des membres. On y arrive, soit en faisant des piqûres à la peau avec la pointe d'une aiguille, soit en pratiquant des mouchetures avec une lancette, quelquefois même en pratiquant des scarifications. De tous ces moyens, le premier est le seul que je vous conseillerai d'employer. Dix ou douze piqûres faites à la peau avec la pointe d'une aiguille et répétées pendant quelques jours, donneront lieu à un écoulement de sérosité quelquefois assez abondant, qui durera même, pendant un temps suffisamment long pour que le membre du malade revienne à son volume primitif, pour que la peau se dessèche et qu'on obtienne ainsi la disparition momentanée de l'hydropisie.

Mais il faut savoir dans quelle circonstance on peut faire ces piqûres, car ce n'est pas indifféremment que l'on doit y recourir. Il faut pour cela que la peau ne soit pas atteinte d'œdème, qu'elle ne présente pas de rougeur, et que, enfin, le malade n'en soit pas encore arrivé à la période cachectique. Autrement vous pouvez être assuré que les piqûres, et surtout la scarification avec la lancette, seraient bientôt entourées d'un cercle érythémateux, point de départ d'une véritable dermite, dont la gangrène serait la conséquence. Dans ces cas, vous ne ferez que hâter les terminaisons funestes. Au contraire, j'ai vu des malades, voués à une mort certaine et prompte, recouvrer l'usage de leurs membres et une guérison momentanée à l'aide de piqûres faites dans les conditions que je viens de vous indiquer, c'est-à-dire alors que la peau est encore intacte, qu'elle ne présente ni œdème, ni rougeur et quand, enfin, le cœur a encore conservé une certaine force de contraction. Mais même lorsqu'elles sont faites dans ces conditions avantageuses, il peut résulter, de ces petites opérations, une inflammation de la peau, une sorte de dermite qui s'étend peu à peu et amène après elle un gonflement qui a de la tendance à se terminer par gangrène. Ces accidents surviennent également quelquefois sans piqûres, et l'on voit, dans certains cas, cette inflammation de la peau être la conséquence de la distension exagérée des téguments par l'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette sorte d'œdème lisse, pour employer le langage des dermatologistes, sera combattue à l'aide d'une application de cataplasmes de fécule de pomme de terre, de riz, sur les parties malades, ou bien encore en ayant soin d'envelopper les membres infiltrés dans une toile de caoutchouc vulcanisé.

Enfin, pour combattre encore l'œdème des jambes, Trousseau a conseillé de pratiquer des frictions avec l'huile de croton sur les membres infiltrés, et il a vu, à la suite de ce moyen, survenir une inflammation de la peau, bientôt suivie d'une éruption extrêmement abondante de vésicules dont la rupture donne lieu à une évacuation considérable de sérosité. Elles ont ainsi, pour conséquence immédiate, de provoquer le dégorgement des parties infiltrées et même la cessation de l'hydropisie. Ce savant clinicien cite même, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, des exemples d'individus qui ont dû une guérison momentanée à l'emploi de ce moyen. Je vous le cite parce que mon devoir est de ne vous laisser rien ignorer, mais je ne saurais vous engager à y recourir. Quant à moi, je n'oserais jamais employer un procédé à l'aide duquel on détermine ainsi une inflammation de la peau dont vous connaissez les conséquences extrêmement fâcheuses.

Enfin, l'hydropisie peut être également combattue par des moyens mécaniques. En effet, en même temps que les divers moyens que je vous ai signalés, il est bon de prescrire aux malades, pendant les repas, des boissons qui favoriseront la diurèse, des aliments qui faciliteront les garde-robes. C'est ainsi qu'on prescrira l'usage du café, du raisin et surtout du lait, qui, ainsi que je vous l'ai déjà dit, agit non-seulement comme médicament efficace dans les affections valvulaires du cœur, pouvant suffire, à lui seul, à amener la curation des accidents cardiaques, mais qui jouit encore de propriétés diurétiques incontestables.

Enfin, chez le cardiaque, l'insomnie est quelquefois un accident extrêmement pénible, contre lequel il importe de réa-

gir d'autant plus vigoureusement qu'elle est accompagnée fréquemment de douleur et de dyspnée. On provoque le sommeil en faisant disparaître la douleur, et dans ce but on aura recours aux préparations d'opium, au bromure de potassium et surtout au chloral. J'ai vu fréquemment, chez certains malades en proie à une gêne considérable de la respiration, le chloral, donné à la dose de 2 à 3 grammes le soir, chez des individus encore assez résistants, amener une amélioration notable de cet accident.

Enfin, dans la troisième période des maladies du cœur, dans cette phase de cachexie qui en est le dernier terme, le cœur perd sa force, l'hypertrophie compensatrice est remplacée par la dégénérescence graisseuse, le sang lui-même est altéré dans sa composition. Dans ces cas les malades sont plongés dans une prostration, dans une faiblesse extrêmes; ils n'ont plus d'appétit, plus de force, plus de sommeil; enfin la face est pâle et porte l'empreinte d'une anémie profonde. Ce n'est plus alors à la médication spoliatrice que vous vous adresserez, ni à la digitale, mais à la médication excitante : au café, aux vins généreux, à l'alcool, c'est à l'aide de cette médication seulement que vous pourrez espérer de ranimer les malades, en les galvanisant, pour ainsi dire, et de les soutenir pour quelque temps encore. Comme un des plus beaux effets de l'emploi des excitants, je vous citerai cette malade qui est actuellement couchée dans le service, au nº 18 de la salle des femmes, et qui est atteinte d'affection cardiaque avec rétrécissement aortique et insuffisance mitrale. Depuis plusieurs jours elle est plongée dans une adynamie profonde, dans une sorte de coma; les membres inférieurs étaient infiltrés d'une sérosité extrêmement abondante; la mort paraissait imminente; sous l'influence du café, de potions avec l'alcool, il semble qu'elle revient à elle-même, qu'elle va guérir. Elle guérira peut-être, c'est vrai, mais comme les gens atteints d'affection cardiaque. c'est-à-dire pour un temps plus ou moins long.

J'ai terminé tout ce que je voulais vous dire sur le traitement des maladies du cœur en général, mais rappelez-vous bien que, quel que soit le talent du médecin, quelle que soit la médication que l'on emploie, il arrive toujours, dans les affections, un moment suprême où vient la terminaison funeste. Celle-ci est d'autant plus pénible que la plupart des malades ne sont pas enlevés subitement, mais qu'ils ne succombent qu'après une lutte affreuse pour eux et extrêmement pénible pour les personnes qui les entourent, lutte dont le médecin ne peut être malheureusement que le spectateur impuissant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Kyste sous-musculaire avec hydarthrose du genou. — II. Cataracte traumatique. Indications opératoires.

I. — Nous avons actuellement dans le service une petite fille de neuf ans, qui est atteinte d'une affection de l'articulation du genou, d'un diagnostic complexe, et qu'il importe cependant d'établir d'une façon précise. Cette enfant qui souffre depuis quatre années dans cette articulation peut néanmoins jouer, courir, et a conservé toutes les apparences de la santé. Des applications répétées, sur le genou, de vésicatoires; des badigeonnages à la teinture d'iode n'ont donné aucun résultat satisfaisant. A l'examen que nous avons fait à l'entrée de la petite malade à l'hôpital, on constatait qu'il n'y avait pas de mobilité anormale dans l'articulation; on sentait très-nettement le choc de la rotule sur la surface articulaire, signe qui indiquait qu'elle n'était pas séparée par des fongosités et par la petite manœuvre que vous connaissez, on faisait facilement fluctuer le liquide épanché d'un côté à l'autre de la jointure. De plus, on trouvait une tuméfaction dure dans le cul-de-sac latéral interne supérieur, constituant une masse s'étendant jusqu'à la partie postérieure de l'articulation et présentant un certain degré de fluctuation.

En présence de ces faits on pouvait se demander s'il s'agissait d'un abcès péri-articulaire. Mais la lenteur de la marche de cette affection ainsi que l'absence de phénomènes généraux suffisaient pour faire éliminer cette hypothèse. En outre, on trouve toujours dans les abcès froids, à leurs limites, une sorte de bourrelet périphérique constitué par la membrane pyogénique et les tissus indurés sur lesquels elle repose : ce bourrelet, au contraire, ne s'observe pas dans les kystes de cette région, et c'est ce qui avait lieu dans ce cas. Enfin, autre signe qui venait témoigner encore en faveur d'un kyste c'est que, si l'on plaçait le membre dans l'extension, la tumeur disparaissait et semblait s'enfoncer dans la profondeur de la région.

Vous avez vu que la ponction était venue justifier l'exactitude du diagnostic. Une première ponction n'a donné aucun résultat, probablement parce que la canule était mal placée, car une seconde a donné lieu à l'évacuation de 20 grammes environ d'un liquide rosé, fluide, ne ressemblant en rien au contenu d'un abcès. Ce liquide est venu tout d'un jet; il ne s'est rien écoulé depuis. L'exploration, faite alors plus aisément, a donné la certitude de la présence d'une notable quantité de liquide dans l'articulation du genou. Il s'agissait donc là, très-probablement d'un kyste développé dans une bourse séreuse sous-musculaire, ayant passé sous le tendon de la patte d'oie, et coïncidant avec une hydarthrose dont il était peut-être même la cause première par l'irritation qu'il avait déterminée dans la région. Notez d'ailleurs que ce diagnostic est parfaitement en rapport avec la longue durée de la maladie et le peu de troubles fonctionnels dont elle s'accompagnait.

II. — Un autre malade dont je désire également vous dire quelques mots est un jeune homme couché au nº 7 de la salle des hommes, forgeron de son état, qui a reçu il y a sept ans, un éclat de fer dans l'œil gauche. A la suite de cet accident, le malade ne vit plus que de la partie interne de son œil et ne put s'en servir qu'en regardant de très-près. L'examen complet de cet œil fait actuellement constater une inégalité du champ pupillaire avec synéchie antérieure; plaque d'atrophie choroïdienne, déchirure de la rétine et de la choroïde et traces d'hémorrhagies anciennes. Cet œil était donc à peu près perdu quand, il y a six mois, cet homme reçut un choc sur l'œil droit. Au premier moment, il éprouva des douleurs et des éblouissements qui disparurent rapidement, mais un peu plus tard la vue se perdit totalement de ce côté. A son entrée à l'hôpital, on constata une cataracte probablement molle de cet œil.

Étant donnés ces faits, quelle devait être la conduite du chirurgien dans ce cas? Du côté de l'œil gauche, il était impossible de songer à une opération quelconque, les lésions de l'organe étant beaucoup trop graves et trop étendues. Quant à l'amélioration de cet œil gauche, elle n'était pas indiquée aucun phénomène d'ophthalmie lympathique ne s'étant montré jusqu'ici. Du côté de l'œil droit, avant de tenter l'extraction de la cataracte, il fallait s'assurer tout d'abord de l'intégrité de ses membranes, car il faut bien savoir que, dans beaucoup de cas de cataractes traumatiques, il y a des lésions

profondes qui peuvent échapper à l'observation. La meilleure preuve en est que, à la suite de l'accident arrivé à l'œil gauche, il y avait eu des déchirures et des hémorrhagies profondes, alors même que le cristallin n'avait pas été touché. A plus forte raison, quand le cristallin est atteint, ces lésions sont-elles à redouter. Plusieurs raisons pouvaient faire préjuger l'état d'intégrité de ces membranes dans l'œil droit : ainsi, à aucun moment, il ne paraît y avoir eu d'état inflammatoire; il n'y a pas non plus de douleurs; le globe oculaire, actuellement, ne présente pas de sensibilité à la pression; enfin, bien que la vision soit complétement abolie, il y a encore perception d'une lumière, même alors que celle ci est très-peu intense. En outre, une expérience très-simple que vous connaissez tous, démontre que le champ visuel est conservé à peu près dans toute son étendue. Nous avons fait fixer un point lumineux au malade; puis une autre lumière a été promenée dans la pièce, dans toutes les directions. Or, le malade a parfaitement apprécié qu'une lumière se déplaçait dans tous les sens. Dans ces conditions, il était donc plus que probable que l'extraction de la cataracte rendrait la vision à cet œil et l'opération était dès lors indiquée. Elle a d'ailleurs parfaitement réussi. Mais rappelez-vous à quel point il faut se défier des cataractes traumatiques, et combien l'examen doit être minutieux, pour éviter d'entreprendre une opération qui pourrait être inutile ou même dangereuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1877. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Trois rapports relatifs aux épidémies qui ont été observées dans le département du Rhône en 1876. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Rennes-les-Bains.

3° Un rapport d'ensemble sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonnes, pendant l'année 1876, par M. Reeb, médecin principal. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Houzé de l'Aulnoit (de Lille), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté).

2° Des lettres de MM. Bourgouin et Méhu, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

PRÉSENTATIONS

M. LEGOUEST, au nom de M. le docteur Barudel, présente un volume intitulé ; *Recherches sur le diabète, la goutte et la gravelle et leur traitement par les eaux de Vichy.*

LECTURES

Localisations cérébrales. — M. BOURDON lit un travail étendu ayant pour titre : *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.* Voici une analyse de ce travail.

M. Gosselin, dans son rapport sur les mémoires de MM. Lucas-Championnière, Proust et Terrillon, ayant soulevé la question des localisations cérébrales, M. Bourdon s'est livré à des recherches sur ce sujet, dans le but de contrôler, par des observations cliniques, les résultats des expériences faites sur les animaux; son étude porte particulièrement sur les centres moteurs des membres.

Ayant observé un fait très-net et très-précis de monoplégie brachiale, il en a rapproché tous ceux qui lui ont paru aussi concluants; plusieurs sont inédits. Voici d'abord son observation, recueillie par M. Darolles, interne des hôpitaux :

Un vieillard, d'une constitution très-détériorée, après un simple vertige, est frappé subitement de paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité. La parole revient promptement. Mais la paralysie partielle du membre supérieur persiste jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouve un petit foyer hémorrhagique, très-superficiel, placé à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche, et dans le voisinage, des traces de congestion ; aucune lésion du côté des centres opto-striés.

Dans un second fait, également inédit, communiqué par M. Verneuil, on voit un maçon, à la suite d'une chute qui a déterminé une fracture du crâne, présenter une paralysie des deux bras, et à l'autopsie duquel on a rencontré deux foyers de méningo-encéphalite, l'un à gauche, dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, l'autre à droite, sur la circonvolution pariétale ascendante.

M. Bourdon rapporte ensuite douze observations de monoplégie brachiale, empruntées à divers auteurs et toutes accompagnées d'autopsie.

En analysant les symptômes nerveux présentés par les malades, il y retrouve les caractères spéciaux des paralysies d'origine corticale : dissociation, marche envahissante, apparition successive, instabilité des phénomènes paralytiques, ceux-ci respectant toujours la sensibilité et ne s'accompagnant presque jamais de perte de connaissance.

Quant aux lésions anatomiques, de nature très-variées, elles ont toutes pour siége la zone motrice corticale ; mais au lieu d'occuper le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, c'est-à-dire la région circonscrite, où MM. Carville et Duret ont placé le centre moteur du bras, chez l'homme, d'après leurs expériences faites sur les animaux; au lieu d'être situées exclusivement sur le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, comme cela devait être, d'après la localisation proposée par MM. Charcot et Pitres dans leur récent mémoire, ces lésions étaient disséminées sur toute la hauteur des deux circonvolutions ascendantes et sur les parties contiguës, mais, point important à noter, toutes les fois que la paralysie de la face s'est jointe à celle du bras (dans 60 observations) la lésion existait à la partie moyenne ou inférieure de la frontale ascendante, c'est-à-dire plus ou moins près de la deuxième circonvolution frontale, où l'on est généralement d'accord de placer le centre moteur de la face.

Le département occupé par toutes ces lésions, quoique assez étendu, paraissait bien constituer le véritable centre moteur du bras. Seulement, en dépouillant les observations d'hémiplégie corticale, M. Bourdon reconnut que, dans la majorité des cas, l'altération anatomique occupait bien le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, conformément à la localisation adoptée par MM. Charcot et Pitres pour les mouvements associés de la jambe et du bras; mais, dans bon nombre de faits, l'autopsie a révélé des lésions ayant le même siége que dans les monoplégies brachiales. M. Bourdon s'est alors occupé de rechercher si, indépendamment de sa situation, certains caractères de l'altération anatomique ne pouvaient pas rendre compte de cette différence des phénomènes paralytiques. Contrairement à ce qu'on pouvait supposer, les faits ne lui ont pas démontré que l'extension de la paralysie du bras à la jambe fût en rapport avec une étendue plus considérable de la lésion, soit en surface, soit en profondeur.

L'étude des monoplégies brachiales ne lui ayant pas donné un résultat aussi satisfaisant que celui qu'il en attendait. M. Bourdon a voulu savoir si les amputations du bras, avec leur lésion encéphalique, nécessairement très-simple, ne seraient pas plus propres que les affections cérébrales à faire découvrir la situation exacte des centres moteurs.

S'il est vrai, ainsi qu'on doit le croire, d'après certains faits d'arrêt de développement, que le défaut d'action d'un membre amène, à la longue, une atrophie de la portion du cerveau qui tient

ses mouvements sous sa dépendance, il devait, dans les cas d'amputation ancienne, trouver à la surface du cerveau une lésion atrophique occupant toujours le même point.

Malheureusement, il n'a pu réunir que deux observations suivies d'autopsie; l'une est de M. Chuquet, l'autre de M. de Boyer. Toutefois dans les deux cas, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes, c'est-à-dire sur une portion de la zone qu'occupaient les lésions, dans les monoplégies brachiales, ce qui augmente encore la valeur de celles-ci, au point de vue de la localisation.

Dans un second chapitre, M. Bourdon s'est occupé des mouvements du membre inférieur, afin de vérifier si, chez l'homme, il existe réellement un centre moteur distinct de celui du bras, ainsi que les expériences faites sur les animaux permettent de le supposer, il a cherché à s'appuyer sur des faits cliniques de paralysie limitée à la jambe. Mais ceux qu'il a trouvés dans la science ne sont pas accompagnés d'autopsie, ou le siége de la lésion n'est indiqué que très-approximativement.

A défaut d'observations de monoplégie suffisamment concluantes, il a réuni trois faits d'amputation et un fait d'arrêt de développement du membre inférieur. Dans les trois premiers qui appartiennent à M. Luys et dont deux sont inédits, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Dans le fait d'arrêt de développement, emprunté à M. Landouzy, l'atrophie occupait la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. C'est le seul cas dans lequel la lésion occupait un point voisin du centre moteur proposé par MM. Carville et Duret et par M. Ferrier pour le membre inférieur.

Après avoir donné les conclusions qu'il est, du reste, facile de tirer de tout ce qui précède, M. Bourdon termine par les considérations pratiques suivantes :

En conséquence de l'étendue considérable du centre moteur du bras, une paralysie limitée à ce membre ne peut indiquer d'une façon assez précise le point du crâne où doit être appliqué le trépan. Cependant, si à la monoplégie brachiale vient s'ajouter une paralysie faciale inférieure ou une aphasie, on aura, suivant M. Bourdon, grande chance de rencontrer la lésion, en opérant, à la partie moyenne de la ligne rolandique, comme le recommande M. Lucas-Championnière.

Quant au conseil que donne ce chirurgien d'appliquer le trépan vers le sommet du sillon de Rolando, dans les cas de paralysie du membre inférieur, les observations citées tendent à prouver qu'il est bien fondé; mais il n'en est plus de même, quand il indique d'opérer en arrière de ce sillon, car les faits démontrent que l'altération anatomique est située plus souvent en avant qu'en arrière de la ligne qui doit servir de point de repère au chirurgien.

Ces remarques justifient suffisamment les prudentes et sages réserves faites, au point de vue pratique, par le savant rapporteur, M. le professeur Gosselin.

M. GOSSELIN. Les faits contenus dans la communication de M. Bourdon sont fort intéressants, parce qu'ils confirment cette opinion admise aujourd'hui par la plupart des physiologistes, que les mouvements ont un centre particulier siégeant dans l'écorce grise du cerveau. M. Bourdon a fourni un certain nombre de documents nouveaux, dont les uns confirment le fait de l'existence de ce centre moteur, et dont les autres semblent infirmer l'idée que les mouvements du membre supérieur et ceux du membre inférieur auraient pour centre un même département de l'écorce grise. Quelques faits cliniques sont venus également à l'appui de cette opinion, basée sur les expériences de Carville et Duret, qu'un centre cortical détruit peut, après un certain temps, être remplacé par une autre portion de substance grise. Enfin, le travail de M. Bourdon vient à l'appui de cette opinion que j'ai moi-même avancée, que les études physiologiques ne suffisent pas pour fixer les indications du trépan et le choix du siége où doit être pratiquée la trépanation. Cette opération, en effet, ne peut être indiquée, suivant moi, que dans les cas où il existe une plaie ou une fracture du crâne avec enfoncement, les symptômes fonctionnels seuls, quels qu'ils soient, ne suffisent pas pour justifier l'opération du trépan.

A l'occasion du travail de M. Bourdon, je dirai quelques mots d'une observation qui a été adressée à l'Académie, le 10 juillet dernier, par M. le docteur Caradec (de Brest). Il s'agit d'une jeune fille de vingt-six ans qui avait été blessée au côté gauche de la tête, par une pierre qui avait déterminé une fracture avec plaie et enfoncement d'une partie du pariétal gauche. Cette jeune fille, à la suite de cette blessure, a présenté des phénomènes de compression cérébrale, une monoplégie du membre supérieur droit avec paralysie de la sensibilité de ce même membre et avec aphasie. En présence de ce cas, nous n'aurions probablement pas hésité à pratiquer la trépanation. Cependant le chirurgien qui fut appelé n'a pas jugé utile d'intervenir, et la fracture s'est consolidée, la plaie s'est cicatrisée et la malade n'a pas succombé. Trois semaines après l'accident, M. Caradec vit cette malade pour la première fois; il a constaté qu'il restait une paralysie incomplète du membre supérieur droit, un peu d'anesthésie de ce membre et une aphasie incomplète. M. Caradec a jugé, de même que son confrère, qu'il n'était pas utile d'intervenir, et la malade a vécu. Toutefois, l'observation n'est malheureusement pas complète, l'auteur ne nous dit pas si la paralysie et l'aphasie ont complétement disparu. Quoi qu'il en soit, voilà un cas où la trépanation nous aurait très-probablement paru très-nettement indiquée, où elle n'a pas été pratiquée, et dans lequel cependant la malade a vécu.

M. BOURDON. Les faits que j'ai énoncés semblent démontrer, contrairement à ce que pense M. Gosselin, que l'opération du trépan peut être indiquée par le fait même de l'existence de certains symptômes fonctionnels, et que le siége où doit être pratiquée cette opération, peut être déterminé par ces mêmes symptômes seuls. Quant à la suppléance des cellules cérébrales les unes vis-à-vis des autres, M. Vulpian l'admet et mes faits semblent aussi confirmer cette opinion.

M. GOSSELIN. Je préfère savoir qu'il peut y avoir suppléance des cellules les unes vis-à-vis des autres, toutefois je ne suis pas absolument convaincu. Mais j'insiste plus particulièrement sur ce fait de la nécessité de l'existence d'une plaie ou d'une fracture avec enfoncement pour l'indication de l'opération du trépan.

M. BOURDON. Un certain nombre de faits semblent démontrer que l'existence de cette plaie ou de cette fracture n'est pas indispensable pour qu'il soit indiqué de trépaner, et M. Broca a rapporté un fait où il a pratiqué cette opération, se basant sur les symptômes fonctionnels seuls et pour l'indication de l'opération et pour le choix du siége.

M. GOSSELIN. Le fait de M. Broca vient précisément à l'appui de la thèse que je soutiens : M. Broca, en effet, a trouvé un foyer purulent diffus, contre lequel l'opération a été tout à fait inutile, et les symptômes fonctionnels n'indiquaient nullement cette diffusion du pus. Il s'agissait, dans ce cas, d'une méningo-encéphalite suppurée diffuse, qui avait eu son point de départ sur un érysipèle de la face.

M. GUÉNEAU DE MUSSY. Il serait intéressant, dans les faits analogues à ceux qu'a rapportés M. Bourdon, d'étudier l'état du centre ganglionnaire, du centre opto-strié, afin de savoir si, dans les cas de lésions corticales, il n'y a pas quelquefois de lésions connexes du centre opto-strié.

M. BOURDON. Dans les faits que j'ai rassemblés, il n'y a jamais eu de lésions centrales; j'ai intentionnellement éliminé tous les faits où, en même temps que la lésion corticale, existaient des lésions centrales.

Syphilis pulmonaire. — M. LANCEREAUX donne lecture d'une note sur un cas de syphilis pulmonaire, suivie de réflexions sur la syphilis des viscères et les erreurs dont elle est l'objet.

Il y a trente ou quarante ans, dit M. Lancereaux, personne ne croyait à la syphilis viscérale. Étudiée timidement tout d'abord, avec plus d'assurance ensuite, elle s'est imposée peu à peu, au point que, si l'on en croyait aujourd'hui quelques médecins, elle compterait parmi les états morbides les plus fréquents. Pour un certain nombre d'entre eux, la plupart des accidents pathologiques qui surviennent chez une personne atteinte de syphilis sont manifestement syphilitiques : « *Post hoc, ergo propter hoc,* » telle est leur devise la base de leur jugement. Manquant du critérium nécessaire à toute

connaissance durable, ils attribuent à la syphilis un grand nombre de désordres qui ne lui appartiennent aucunement.

M. Lancereaux se propose dans cette note de montrer, preuves en main, que la connaissance des lésions tertiaires des viscères ne doit pas reposer sur de simples coïncidences, mais sur des caractères propres, fondamentaux pour ainsi dire, et pouvant être considérés comme la signature indélébile de la maladie qui les engendre.

M. Lancereaux donne ici lecture d'une observation de syphilis tertiaire des testicules, du cerveau et des poumons, que son étendue ne nous permet pas de reproduire en ce moment, et que nous publierons dans le prochain numéro.

Il met ensuite sous les yeux de ses collègues un grand nombre de dessins, qui montrent que les altérations de la syphilis constitutionnelle ne se produisent pas au hasard, mais suivant des lois déterminées qu'il importe de connaître si on veut arriver à diagnostiquer sûrement cette maladie. Les lésions représentées par ces dessins se font remarquer par des caractères communs : à la peau, elles consistent en des nodules ou tubercules saillants groupés et circonscrits, laissant à leur suite des cicatrices indélébiles. Dans le tissu cellulaire, elles sont représentées par des nodules semblables, souvent plus volumineux, et qui sont tantôt résorbés sur place, tantôt éliminés après ulcération du derme. Dans les muscles volontaires, elles sont constituées par des nodosités de même ordre qui, en général, sont résorbées et suivies d'une cicatrice du muscle affecté. Aux articulations, nous voyons la syphilis se révéler par la présence de dépôts grisâtres ou jaunâtres, qui affectent par places le tissu sous-synovial et parfois aussi les parties ligamenteuses. Ces dépôts se localisent de préférence aux grosses articulations,et surtout aux genoux et aux coudes, en général, à une ou deux articulations, et le plus souvent, à des articulations symétriques.

Dans les os, même tendance à la circonscription des lésions syphilitiques, comme on peut le voir sur un tibia qui présente sur sa face interne, inférieurement une exostose, supérieurement une périostose. Ici le néoplasme syphilitique, excepté lorsqu'il est par trop exubérant se transforme,non plus en tissu de cicatrice, mais en un tissu osseux suivant les lois du développement normal. De là les exostoses qui ne diffèrent de l'os normal que par la manière dont elles sont implantées sur cet os et par des cavités osseuses plus grandes. Comme les os, les ganglions lymphatiques sont le siége de lésions productives plutôt que destructives, aussi sont-ils augmentés de volume dans la plupart des cas de syphilis viscérale.

Dans les artères, les lésions syphilitiques se font également remarquer par leur faible étendue ; si dans quelques cas, elles affectent toute la circonférence des vaisseaux, qu'elles rétrécissent de calibre ou qu'elles obturent, d'autres fois elles se limitent à une partie seulement de cette circonférence, et c'est alors qu'elles peuvent être le point de départ d'une dilatation latérale ou anévrysmatique.

Après les petites artères dont la tunique adventice ou gaîne lymphatique est le point de départ assez habituel des lésions de la syphilis, les artères cérébrales sont le plus souvent atteintes par cette maladie. Par sa circonscription, l'altération de ces vaisseaux se distingue nettement de l'endartérite dont la tendance est d'envahir une grande étendue et parfois la totalité du système artériel.

Dans les viscères, les altérations de la syphilis se présentent avec les mêmes caractères. Les altérations du foie et celles des testicules ont sous ce rapport de très-grandes analogies. Vus à l'œil nu, les organes sont tantôt traversés par des bandes fibreuses plus ou moins rétractées et qui souvent irradient d'un centre commun, tantôt parsemés de masses néoplasiques dont la partie centrale finit par se mortifier sous la forme d'un noyau jaunâtre (gomme) tandis que la partie périphérique s'organise en un tissu définitif, cicatriciel. C'est aussi ce qui arrive pour les poumons, pour les reins et pour l'encéphale. Sur l'un des dessins, la protubérance annulaire est le siége de deux nodosités circonscrites jaunâtres, infiltrées au sein d'un tissu grisâtre fibroïde qui leur forme une sorte de coque ; ainsi ces lésions ne sont pas comme le tubercule du cerveau en rapport immédiat avec la substance nerveuse, or, si le malade eût vécu, les nodosités auraient fini par disparaître, le tissu fibroïde qui les entourait aurait formé en se rétractant une cicatrice plus ou moins épaisse.

Cette revue des désordres engendrés par la syphilis dans les différents organes montre clairement que cette maladie se traduit par des lésions matérielles, que ces lésions ne sont ni diffuses, ni étendues, mais toujours limitées et circonscrites, et qu'elles ont une évolution toute spéciale. Or, tenant compte de ces données, le clinicien, s'il n'arrive pas toujours à diagnostiquer sûrement la syphilis viscérale, évitera du moins de se fourvoyer, et ne sera pas conduit à faire rentrer dans le domaine de cette maladie la plupart des désordres pathologiques qui se rencontrent chez les syphilitiques. C'est ainsi que la folie, la paralysie générale, l'ataxie musculaire progressive, la phthisie pulmonaire, maladies caractérisées par des lésions anatomiques diffuses, étendues, en lenteurs progressives, sont absolument indépendantes de la syphilis, dont les lésions sont circonscrites, limitées, régressives, et cela en dépit des efforts qui ont été tentés dans ces derniers temps pour attribuer à ces maladies, dans quelques cas au moins, une origine spécifique. J'en dirai autant de l'épilepsie et surtout de l'hystérie qui, plus que tout autre maladie, aurait dû trouver grâce devant la syphilis avec laquelle elle est en opposition formelle puisque jusqu'ici on ne lui connaît aucun désordre matériel constant. En présence d'un malade syphilitique atteint de désordres fonctionnels d'un viscère important, le cerveau, par exemple, le diagnostic selon nous, se pose de la façon suivante : existe-t-il une lésion matérielle de l'encéphale? si non la syphilis n'est pas en cause ; si oui, déterminer si cette lésion est diffuse ou circonscrite, et, dans ce dernier cas,seulement admettre la possibilité d'une origine syphilitique. C'est alors que la connaissance des antécédents du malade et surtout celle du mode d'évolution de la lésion doivent intervenir pour différencier l'affection syphilitique de toute autre affection à foyer.

M. Lancereaux termine ces considérations générales par les propositions suivantes, qui sont comme le résumé de ses recherches sur la matière.

1° La syphilis, si on fait exception de la fièvre concomitante du début des manifestations secondaires, se traduit invariablement par des lésions matérielles des organes, et par des troubles fonctionnels subordonnés au siége et à l'étendue de ces lésions.

2° Cette maladie n'affecte jamais primitivement que des tissus dérivés du feuillet moyen du blastoderme, et en particulier les éléments du système lymphatique. Les tissus dérivés des feuillets interne et externe, tissus épithéliaux, cellules nerveuses, sont toujours secondairement altérés.

3° Elle se manifeste par des lésions à développement lent, excentrique, dont le type est le tissu conjonctif embryonnaire et qui tantôt disparaissent par résorption ou par élimination, tantôt s'organisent en tissus définitifs homologues (tissu osseux dans l'os, lymphatique dans les ganglions, cicatriciel dans la substance conjonctive).

4° Elle évolue en trois temps : un premier temps caractérisé par un ou plusieurs accidents locaux, appelés chancres ; un second par des lésions ou éruptions disséminées, étendues, superficielles et résolutives, c'est-à-dire qui disparaissent sans laisser la moindre trace (éruptions généralisées ou de la période secondaire) ; un troisième, par des lésions circonscrites, profondes et qui laissent à leur suite une perte de substance, une cicatrice plus ou moins épaisse et calleuse (éruptions circonscrites ou de la période tertiaire). La connaissance de cette évolution sert à fixer le moment de la guérison de la syphilis qui, semblable en cela à toutes les maladies à type défini, peut s'arrêter complètement à la fin de l'une de ses phases naturelles.

M. GOSSELIN. La substance médullaire des os peut être atteinte par des productions syphilitiques plus ou moins analogues à la gomme. Je me rappelle avoir vu, dans l'Atlas iconographique de M. Ricord, une coupe d'un tibia dans la substance médullaire duquel se trouvait une production présentant tout à fait l'aspect des productions gommeuses. Toutefois M. Ricord ne se prononce pas d'une façon bien nette sur la nature de cette production. Or, je voudrais savoir de M. Lancereaux si, en même temps que l'ostéopériostite, les exostoses d'origine syphilitique d'un os peuvent causer des lésions également tertiaires de la substance médullaire ellemême.

M. LANCEREAUX. J'ai très-peu de faits personnels qui me permettent de répondre d'une façon bien nette à la question qui m'est posée par M. Gosselin, mais je suis tenté de croire qu'il s'agit bien, en effet, d'une gomme dans le cas représenté dans l'iconographie de M. Ricord, d'autant plus qu'il est reconnu aujourd'hui que les gommes se développent de préférence dans les éléments lymphatiques, et que précisément la substance médulaire des os est presque uniquement constituée par des éléments lymphatiques.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1877.

273. Bouchon. Contribution à l'étude de l'excrétion de l'acide phosphorique total dans quelques maladies chroniques.

274. Couderc. Contribution à l'étude des complications rénales du rhumatisme articulaire aigu.

275. Biron. Contribution à l'étude de la péricardite tuberculeuse.

276. Depasse. Essai sur quelques causes des calamités chirurgicales à la suite des opérations les plus légères.

277. Francou. De l'hématocèle vaginale consécutive à la vaginalite.

278. Gény. De l'emploi de l'anneau-pessaire dans les rétroversions et les abaissements de l'utérus.

279. Gœtz. Étude sur le spina ventosa.

280. Malgat. De la papille optique. Étude sur les modifications de la papille suivant les âges, les sexes, certains états physiologiques et pathologiques.

281. Dromain. Des déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement.

282. Ancelon. Des syphilides chancriformes des organes génitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de Lourcine. — Conférences cliniques sur les affections de l'utérus et la syphilis. — M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, recommencera ses conférences cliniques le *mercredi 7 novembre* 1877, à *neuf heures*, et les continuera les *samedis* et *mercredis* à la même heure, pendant l'année scolaire 1877-78.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Hirigoyen vient d'être nommé, après concours, premier interne à l'hôpital Saint-André.

— *La Gazette médicale de Bordeaux* annonce que la petite épidémie de variole, qui règne, à l'état latent, depuis environ six mois, à Bordeaux, semble vouloir augmenter au lieu de s'éteindre. Le service de l'hôpital Saint-André, après s'être vidé, s'est de nouveau rempli et toujours de malades venant du même quartier, celui de la place Saint-Julien, rue Henri IV et environs.

— *Hôpitaux civils de Marseille.* — Le lundi 3 décembre, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour deux places d'élèves internes.

Le lundi, 17 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour une place d'élève externe.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions. Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire. Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la Commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital. Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1878. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1880. Les élèves internes qui, pendant leur internat, se seront fait remarquer par leur zèle à remplir leur devoir, pourront être autorisés par l'administration à occuper les mêmes fonctions pendant une quatrième année; dans ce cas, ils continueront à recevoir le traitement des élèves internes de troisième année. Le traitement des élèves est fixé : pour les internes de 1re année, à 800 francs par an; pour les internes de 2e année, à 900 francs par an; pour les internes de 3e année, à 1,000 francs par an; pour les externes, à 300 francs par an. Les jours où ils sont de garde, les élèves sont nourris dans l'établissement.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la Commission administrative, du règlement sur le service de santé; ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

— *Erratum.* — Dans la dernière conférence de M. Pozzi, publiée dans le numéro de jeudi 16 octobre, à la fin, au lieu de « Cela prouve que le polype s'insérait sur la paroi *postérieure* de la cavité utérine et que la *pression* exercée par la tumeur » lire : « paroi *antérieure* et que la *traction* ».

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Syphilis tertiaire des testicules, du cerveau et des poumons.

Dans l'exposé que M. Lancereaux a fait, mardi dernier, à l'Académie de médecine, des caractères généraux des lésions viscérales syphilitiques appartenant au troisième temps de l'évolution, il a particulièrement insisté sur ce que ces caractères présentent de commun dans toutes ces lésions, sur quelque tissu qu'elles siégent; c'est une même tendance à être circonscrites, profondes, et à laisser à leur suite une perte de substance, une cicatrice plus ou moins épaisse et calleuse ou du moins une dépression cicatricielle, en un mot, à être destructives. On va retrouver tous ces caractères, en effet, dans l'observation suivante, qui présente un exemple remarquable de lésions syphilitiques viscérales multiples.

Un homme de cinquante-huit ans, ayant, dit-il, toujours joui d'une bonne santé, fut pris, dans le courant de novembre 1875, d'étourdissements, de vertiges, de vomissements, et enfin d'un hoquet presque incoercible. A ces accidents, qu'accompagnait une violente céphalalgie, s'ajouta bientôt un léger degré de paralysie musculaire dans le côté droit du corps. Admis alors dans le service de M. Peter, il y fut soumis à un traitement dont l'iodure de potassium formait la base, en même temps qu'un séton lui était appliqué à la nuque. Sous l'influence de ces moyens thérapeutiques, la céphalée commença par disparaître, et un peu plus tard, les vomissements et le hoquet diminuèrent de fréquence ou cessèrent; il persista seulement un peu de faiblesse du bras et de la jambe droite et une légère déviation de la bouche.

Ayant pris le service en décembre 1876, M. Lancereaux trouva ce malade dans les conditions qui viennent d'être indiquées, il continua de lui administrer l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes pendant un mois, puis, comme l'état restait stationnaire, on cessa l'emploi de ce médicament.

Pendant les mois de février et de mars, le malade se lève chaque jour, il marche sans faucher et sans traîner la jambe droite, malgré une légère faiblesse musculaire de ce membre; puis, de temps à autre, il est pris d'accès de vomissements et de hoquet, qui persistent pendant quelques jours.

Vers la fin de mars, il se plaint de voir moins distinctement de l'œil droit, il tousse quelque peu, expectore un liquide muco-purulent en faible quantité; il éprouve de l'essoufflement après la marche, et surtout après avoir monté un escalier. Cependant, il conserve son embonpoint et sa nutrition générale n'est pas altérée.

Le 5 avril, la vue, déjà troublée à droite, commence à s'affaiblir à gauche, et quelques jours plus tard, l'œil droit paraît complétement perdu. Le malade a de la peine à marcher, tant à cause du désordre de la vue que de la faiblesse des membres. Le hoquet étant de nouveau survenu, le traitement ioduré est repris. Néanmoins, le 17 avril au matin, il survient un délire calme, qui est bientôt accompagné de la perte des facultés intellectuelles et qui est suivi d'un état subcomateux. La pupille droite est dilatée et plus large que la gauche, la sensibilité ne paraît pas modifiée, tout mouvement est à peu près impossible; légère amélioration le 19; délire plus violent le 20; la mort survient le 21.

A l'autopsie, voici ce qu'a constaté M. Lancereaux : absence d'œdème et de traces de cicatrices de la peau. Le crâne est épaissi, sclérosé, la dure-mère est normale, mais les méninges molles, normales à la base sont opalines, légèrement épaissies à la convexité des hémisphères cérébraux, les corpuscules de Pacini sont nombreux et hypertrophiés. Placé sur sa base, le cerveau laisse voir, entre les ventricules latéraux, une masse jaune, membraniforme, d'une étendue de 3 à 5 centimètres, qui occupe la place de la cloison transparente dont il n'existe plus trace. Dans sa moitié antérieure le chiasma des nerfs optiques est tuméfié, le tissu qui le compose est injecté, ramolli, enflammé, aussi bien que celui du tronc de ces nerfs à leur origine, les papilles optiques sont œdématiées et injectées, le reste de l'encéphale est sain.

Libres dans leur moitié supérieure, les poumons sont, dans leur tiers inférieur et à leur base, intimement adhérents tant à la paroi thoracique qu'au diaphragme; leur base est labourée de sillons profonds semblables aux cicatrices syphilitiques du foie, et, comme ces dernières, en partie comblées par un tissu fibreux de nouvelle formation; entre ces sillons le parenchyme est sur quelques points induré, sur d'autres, il est emphysémateux. La plèvre viscérale est, du reste, épaissie au niveau de sa moitié inférieure. Les poumons sont symétriquement altérés: ils présentent à la coupe des lésions semblables un peu plus avancées dans un côté que dans l'autre. Le poumon gauche, qui est le siége de l'altération la moins avancée, offre à sa base un léger renflement qui, dépouillé de fausses membranes épaisses, laisse voir des

saillies nodulaires, jaunâtres, arrondies, du volume d'une noisette ou d'une cerise, et donne, dans une étendue de 1 décimètre, une sensation assez en rapport avec celle que fournirait la pression sur un sac de noix. Ces nodosités sont au nombre de douze ou quinze, disséminées sous la plèvre et dans la profondeur du poumon; elles se tranchent sous le scalpel et se font remarquer par leur saillie au-dessus du parenchyme pulmonaire et par une surface de section qui, au lieu d'être unie, offre des dépressions multiples. Ce sont des masses jaunes, sèches, arrondies ou semi-circulaires en forme de croissant, fermes et circonscrites par un tissu fibroïde grisâtre et plus ou moins pigmenté. Au voisinage de ces tumeurs, le parenchyme du poumon présente des tractus fibreux blanchâtres ou noirâtres qui, pour la plupart, irradient d'un centre commun. Quelques petites bronches sont dilatées, le tissu pulmonaire d'une grande partie du lobe inférieur de ce poumon est résistant.

Le poumon droit est le siége de lésions semblables, et qui ne diffèrent que par une évolution un peu plus avancée. Les nodosités gommeuses sont ici plus jaunâtres et plus irrégulières que du côté opposé, elles ont au plus le volume d'une lentille, ce qui tient à ce qu'elles sont déja en partie résorbées; la zone fibreuse qui les entoure, revenue sur elle-même, est manifestement contractée, sur quelques points même le noyau blanchâtre ou jaunâtre a complétement disparu, il ne reste que cette zone périphérique. Il existe également, sur une surface de section du poumon, des tractus fibreux ayant une disposition stellaire et disposés autour d'un centre commun comme les rais d'une roue autour du moyeu qui les porte. L'induration scléreuse est étendue et un assez grand nombre de bronches sont dilatées. Il existe, de plus, au milieu de ces altérations, quelques noyaux de pneumonie lobulaire qui ont, sans doute, contribué à précipiter le dénouement; les ganglions bronchiques sont pour la plupart volumineux, fermes et pigmentés.

Le cœur, surchargé de graisse, a ses cavités larges et dilatées par le fait de la stéatose des fibres musculaires. Celles-ci sont peu colorées et très-friables; le foie est, en outre, un peu gras, la muqueuse de l'estomac ardoisée : ce sont là autant de désordres dus à l'alcoolisme. La rate est volumineuse, l'un des reins offre, à sa surface, une dépression profonde, étoilée, l'autre rein est sain; le pancréas est normal aussi bien que les intestins.

Les deux feuillets de la tunique vaginale adhèrent intimement à droite, le testicule correspondant diminué de volume, ferme, élastique et manifestement sclérosé, résiste au doigt qui le presse. Il présente à la coupe, des bandes ou tractus fibreux qui, du corps d'Hygmore, irradient en différents sens vers le corps du testicule. La tunique vaginale du côté opposé contient une ou deux cuillerées d'un liquide citrin, transparent, ses feuillets adhèrent entre eux sur deux points, à l'aide de tractus ou cordons blanchâtres. Le feuillet pariétal épaissi est, en outre, couvert sur sa face libre de taches pigmentaires, brunâtres ou jaunâtres, le testicule est flasque, jaunâtre à la coupe, induré sur une moindre étendue que son congénère.

A l'examen microscopique, les poumons offrent un intérêt tout particulier. Les tractus blanchâtres sont constitués par un tissu conjonctif fibrillaire, semblable au tissu de cicatrice. Les nodosités gommeuses présentent deux parties distinctes, l'une centrale, peu ou pas modifiée par le carminate d'ammoniaque, l'autre périphérique, fortement colorée par cette même substance. La première de ces parties est composée d'éléments défigurés, arrondis ou anguleux, hyalins, légèrement granuleux, groupés au pourtour de vaisseaux dont les parois sont notablement épaissies et la lumière est à peu près complétement obstruée. La partie périphérique est constituée par des petites cellules arrondies semblables aux éléments du tissu conjonctif embryonnaire, par quelques cellules fusiformes et des vaisseaux. Ces derniers, dont l'endothélium est aplati, ce qui est l'indice d'une organisation déjà avancée, ont aussi des parois épaisses, mais leur lumière est restée libre.

De cet examen, il semble résulter que la gomme commence au pourtour d'un vaisseau, c'est-à-dire par une périartérite, qu'elle s'étend excentriquement par couches successives, qu'enfin, venant à envahir la tunique interne de ce même vaisseau, elle l'obture et cesse de se nourrir dans sa partie centrale qui régresse. Mais, en même temps, la nodosité gommeuse comprime les éléments propres de l'organe qui la renferme; aussi, dans le cas particulier, était-il possible d'apercevoir les alvéoles pulmonaires reconnaissables à la persistance des fibres élastiques, limitant des fissures dans lesquelles se voyait encore l'endothélium aplati. Au pourtour des nodules gommeux, les cloisons des alvéoles pulmonaires étaient épaissies par de jeunes cellules rondes et le reticulum lymphatique sous-pleural se trouvait comblé par des éléments lymphoïdes ; la plèvre était injectée et épaissie.

Malgré l'absence d'antécédents avoués de la part du malade, les altérations observées dans ce fait du côté des testicules, du cerveau et des poumons, ont paru à M. Lancereaux avoir une origine syphilitique indiscutable. En effet, l'altération de la tunique albuginée, les bandes fibreuses qui parcourent la substance du testicule induré et résistant au doigt, ne laissent pas de doute sur cette origine, il en est de même des lésions nodulaires observées dans les poumons. Ces lésions ne ressemblent au tubercule ni par leur siége, qui est la base du poumon, ni par leurs caractères, car ce sont des masses sèches, assez volumineuses, circonscrites par une coque fibreuse, et non en rapport direct avec le tissu pulmonaire, ni comme les tubercules, ni par leurs évolutions puisqu'elles sont résorbées sans produire d'ulcérations ou d'excavations ; mais, d'ailleurs, elles offrent les caractères macroscopiques et microscopiques des gommes syphilitiques.

La lésion cérébrale n'a pas une physionomie aussi tranchée, le néoplasme ayant disparu, elle consiste en une sorte de cicatrice épaisse, peu étendue et circonscrite, ce qui est encore le fait de la syphilis. Circonscription des lésions, tendance à la destruction et à la production de cicatrices épaisses, calleuses, souvent rayonnantes, tel est, en effet, suivant M. Lancereaux, le cachet des manifestations avancées de cette maladie.

Treize personnes mordues par un chien enragé.

L'histoire si émouvante que tout le monde a lu dans les journaux, de cette religieuse qui a lutté au péril de sa vie contre un chien enragé, pour préserver de ses atteintes mortelles les enfants dont la garde lui avait été confiée, et qui a éveillé dans tous les cœurs un sentiment de légitime admiration pour cet acte de dévouement sublime, nous remet en mémoire quelques notes que nous a transmises, il y a déjà quelque temps, M. le docteur Louis Roger, de Plouigneau (Finistère), sur un fait non moins dramatique qui s'est passé, il y a deux ans, dans sa circonscription médicale. Il s'agit d'un chien enragé qui a fait treize victimes dans une même journée.

Le 19 janvier 1875, un chien blanc de l'espèce vulgairement désignée sous le nom de *loulou*, part à onze heures et demie du matin de Caout, petite localité des environs de Plouigneau, de l'arrondissement de Morlaix, il arrive à Plouigneau à midi, de là il passe à midi et demie à Guerguinien, à une heure au moulin de Keridoret, où l'eau le fait revenir sur ses pas, et il parcourt successivement les localités de Kecheur, de Trovern, le moulin du pont où l'eau l'arrête, il remonte par un chemin caillouteux vers la route entre Botsorhel et Guerlesquin. va au Ponthon, arrive le lendemain 20, vers une heure au Roudour où l'eau le met en fureur et vient enfin se faire tuer dans le petit hangar Roger au bourg de Plouigneau.

Dans ce parcours furibond qui ne dura pas moins de vingt-quatre heures, il mord treize personnes.

1° K..., seize ans, domestique à Caout, mordu au mollet; — 2° P..., dix ans, chez ses parents à Caout; — 3° S..., François, huit ans, à Caout, dans la même maison que le domestique...; — 4° Une domestique Annette B...; — 5° Le petit Le T...; — 6° François C..., mordu à l'avant-bras et à la main gauche, entre la croix et la maison de Guerguinien; — 7° Le meunier de Kéridoret; — 8° Le sabotier T. C..., à Kerheur; — 9° La femme Dr..., de Tuvern; — 10° La fille Dr...; — 11° Le petit Dr...; — 12° L'aîné des fils Le S..., du Roudour; — 13° Le frère puîné du précédent.

Voici de ces nombreux blessés ceux que notre confrère a été appelé à soigner et les détails qu'il a pu nous donner sur les lésions immédiates produites par les morsures, et sur les effets consécutifs qui ont été connus de lui.

Le 19 janvier, vers deux heures de l'après-midi, deux enfants, la petite fille Dr..., âgée de cinq ans, et son petit frère âgé de deux ans, jouaient sur la route de grande communication du bourg de Plouigneux à Guerlecquin, en un endroit de Botrerhel nommé Tuvern, près de la demeure de leurs parents, lorsqu'apparut sur cette route le chien blanc loulou en question. Il sauta, sans aboyer, sur la petite fille et lui déchira les mains et les avant-bras. L'enfant se défend et le chien la quitte pour se précipiter sur le petit garçon. La sœur, impuissante à débarrasser son frère, court à 200 mètres de là avertir sa mère. Douze ou quinze minutes se passent, pendant lesquelles l'animal furieux déchire à belles dents sa seconde victime.

Aux efforts de la mère pour préserver son enfant, le chien répond en se suspendant à ses jupes, puis en lui faisant d'affreuses blessures aux mains, aux avant-bras et jusque sous l'aisselle droite. Au prix de grandes souffrances, la mère triomphe et la bête malfaisante fuit au loin.

Voilà ce qui a été raconté à notre confrère par la femme Dr... et par sa fille.

Vers quatre heures et demie du soir, c'est-à-dire environ deux heures après l'accident, M. Roger arrive sur les lieux.

Ici nous transcrivons littéralement sa relation :

« On me présente un jeune garçon âgé de deux ans, dont l'aspect produit sur moi le même sentiment que sur tous ceux qui l'ont aperçu avant moi : je commence par reculer. Je suis petit à petit arrivé à me rendre compte des désordres : la peau recouvrant tout le nez et les deux tiers internes des joues était entièrement enlevée des espaces qu'elle recouvre. Elle tombait sur la bouche et le menton, mettant à nu les os propres du nez, les dents de la mâchoire supérieure et les deux pommettes. Ces os étaient broyés, mais non enlevés de place. Les chairs n'avaient pas été enlevées. En un mot, le chien avait beaucoup déchiré; mais n'avait rien mangé; il n'avait pas bu le sang; il avait enlevé incisives, canines et premières molaires des deux mâchoires.

C'est au broiement des parties que cet enfant doit de n'avoir pas eu d'hémorrhagie mortelle.

Je ne pouvais cautériser avec le fer rougi à blanc. J'ai lavé les plaies avec de l'alcoolature de mélisse mêlée d'acide phénique :

Alcoolature de mélisse. . .	10 grammes.
Eau commune.	90 —
Acide phénique.	25 centigrammes.

J'ai relevé tout ce masque, que j'ai retenu au front par un point de suture. J'ai fait de même pour la plaie de la joue gauche, et j'ai laissé le reste béant, pour favoriser l'expulsion des parties osseuses que je pouvais avoir laissées sans attaches.

J'ai visité et pansé les trois blessés de Tuvern : 1° le mardi 19 janvier 1875; — 2° le mercredi 20; — 3° le samedi 23; — 4° le lundi 25; — 5° le vendredi 29; — 6° le lundi 1er février; — 7° le lundi 8 février; — 8° le jeudi 11; — 9° le samedi 13.

Je n'ai pas trouvé sous la langue, de chaque côté du frein, les lysses ou petites vésicules annonçant l'absorption du virus rabique; si je les avais rencontrées, je me serais empressé de les cautériser.

Le jeudi 11 février, par conséquent le vingt-troisième jour de l'inoculation rabique, cet enfant a manifesté tous les symptômes de la rage : aversion pour la lumière; soubresauts; impossibilité de boire ou de manger; il crache ce qu'on lui met dans la bouche.

Il demande parfois de l'eau, surtout de l'eau chaude, mais il ne la garde pas dans la bouche et surtout il n'avale pas, — il cause très-bien pour son âge et babille, de temps à autre, comme en parfaite santé. — Puis il est pris de terreurs subites, ses yeux seuls montrent un état convulsif.

Dans la nuit du 13 au 14 février 1875, l'enfant est mort sans grandes souffrances. Deux heures avant de mourir il avait essayé de manger une pomme cuite qu'il avait demandée avec instance. Il avait aussi essayé de boire du lait, — il le crachait tout en montrant une grande envie de boire. »

Les blessures de la femme Dr.. et de la petite fille ont été profondément cautérisées. La femme Dr.. qui était enceinte et à terme, offrait, au dire des voisins, des moments d'égarement, rien d'extrordinaire n'a été remarqué dans sa tenue par notre confrère, mais le 15 février au soir, elle avait les yeux hagards.

— Le n° 6, François C..., âgé de quarante ans, l'un des plus gravement mordus, après le petit Dr.. (déchirure profonde de la partie externe et de la moitié de la main gauche), a été cautérisé immédiatement.

Cependant le 31 janvier, croyant apercevoir une lysse sous la langue, à droite, près du frein, M. Roger l'a brûlée avec de l'acide sulfurique.

A dater du 22 février, des symptômes inquiétants commençaient à se manifester.

Le 25, il vomissait tout ce qu'il prenait.

Le 27, il buvait et ne vomissait pas les liquides, mais il ne pouvait prendre aucune nourriture solide.

Le 28, il survint un fort accès de fièvre dans la matinée.

Du 29 février au 17 mars, François C... va passablement.

Le 18 mars, il est pris de tremblement des membres supérieurs, — apparence de fièvre intermittente tierce.

Le 24, il vomit ou plutôt rejette de la bouche tout ce qu'il essaye de boire ou de manger.

Le 26 pendant la nuit, hoquet fatigant, crachottements,

efforts de vomiturition, régurgitations, continuant toute la journée suivante.

28, difficulté de boire et de manger, constriction du pharynx, tremblement particulier des mains, yeux hagards. Le malade est transféré à l'hospice de Morlaix où il succombe le lendemain 29.

— Le n° 4, la domestique Annette B..., seize ans, a eu le poignet gauche pris dans la gueule de l'animal et déchiré au-dessus et au-dessous très-profondément; elle présentait le 31 janvier cinq ou six lysses de chaque côté du frein de la langue; elle a été cautérisée avec l'acide sulfurique.

— Le n° 8, T. C..., le sabotier, qui a reçu une blessure profonde au bras gauche, a été cautérisé énergiquement.

— Enfin les n[os] 12 et 13, les deux enfants Le S..., âgés l'aîné de quatorze ans, le second de treize ans, ont été mordus l'un au tendon d'Achille, l'autre au bras droit.

Le plus jeune de ces deux garçons, plein de courage et de présence d'esprit a pu observer les mouvements et les agissements du chien, dont il a fait naïvement le récit suivant : « Nous étions, dit-il, près du ruisseau qui coule devant notre demeure, voyant le chien venir sur moi, je me suis empressé de lui jeter un morceau de pain que je tenais à la main. L'animal a couru après. L'aspect de l'eau l'a arrêté, il s'est roulé sur le dos, s'est levé sur ses pattes de derrière, a mordu dans le pain en retombant à terre; il remuait la tête à droite et à gauche, hachait le pain et le lançait de tous côtés comme s'il avait craché. »

Notre correspondant ne nous indique pas la suite qu'ont eue les morsures chez ces derniers, les numéros 4, 8, 12 et 13, ainsi que chez la femme et la fille Dr..., L'issue ne lui en était pas connue probablement à l'époque où il nous a transmis ces notes. Nous espérons qu'il voudra bien nous faire savoir ce qui est advenu depuis.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Le premier exemple de guérison d'anévrysme de la cuisse, par la compression, que j'ai trouvé, est celui de Albert de Brême, qui eut lieu en 1818 (Hodgson, trad. de Breschet, t. II, *Append.*, p. 532; Casamayor, *Sur l'anév. spont.* trad., p. 119). Un marin, âgé de cinquante-six ans, avait un anévrysme du volume d'un œuf de poule dans l'aine droite. Il ne voulut pas consentir à la ligature de l'artère. On employa, pour faire la compression au-dessus de l'anévrysme, un appareil qui consistait en un levier à vis, fixé par des bandes autour de l'abdomen et de la cuisse, qui comprimait l'artère à son passage sur le pubis. On ne dit pas si les pulsations furent complétement supprimées. Après deux mois de traitement, les douleurs dans l'anévrysme étaient telles et l'œdème du membre était si considérable, que l'on fut forcé de le suspendre et le malade dut garder le lit; d'où je conclus que jusque là il n'était pas demeuré au lit. Quelque temps après, la douleur et le gonflement ayant disparu, l'appareil fut réappliqué, le malade gardant le lit. Sept mois après le commencement de la compression, la guérison était complète; et un an après avoir été vu pour la première fois, il était sur le point de reprendre sa profession.

M. Ebsworth rapporte, dans le *Medical Times* (6 janvier 1844, p. 201), l'observation intéressante d'un malade soigné par M. Babington, à l'hôpital Saint-George, en 1841, pour un gros anévrysme de la cuisse, situé immédiatement au-dessous du ligament de Poupart. On se proposa de lier l'iliaque externe, ce que l'on croyait alors être le seul traitement possible; mais le malade n'y voulut pas consentir, quitta l'hôpital et l'anévrysme augmenta rapidement de volume. Cet état de choses dura encore quelque temps, jusqu'à ce que, le malade se représentant à l'hôpital à une époque qui n'est pas indiquée, M. Babington déclarât que la ligature de l'iliaque externe n'était plus possible. On conseilla au malade de suivre un régime sévère, de ne marcher sous aucun prétexte, et de tenir la cuisse dans la demi-flexion sur le bassin à l'aide d'une chaise. La tumeur disparut graduellement, le pouls cessa de se faire sentir dans l'iliaque externe et les artères inférieures et le malade guérit complétement. Ce travail mit environ un an à se faire.

Ce fait est cité par quelques auteurs comme un exemple de guérison par la flexion, mais M. Ebsworth le considère, avec plus juste raison, comme un exemple de guérison spontanée, ou guérison par la diète et le repos.

Je n'ai pas autre chose à dire sur l'emploi de la flexion dans le traitement des anévrysmes, si ce n'est qu'elle me semble avoir peu de valeur, qu'elle empêche l'emploi de la compression qui est beaucoup plus efficace, et qu'elle donne elle-même peu de chances de guérison. Burk, cependant, cite un succès (*Amer. journ. of med. science,* 1870, p. 69) qui est intéressant, parce qu'il est le premier, sinon le seul cas publié jusqu'à présent, dans lequel l'inflexion ait réussi dans le traitement de l'anévrysme de la cuisse. Cet anévrysme avait le volume de la moitié d'un œuf de poule, et il était situé juste au-dessous de l'aine; le malade était un homme de trente ans environ. On exerça la compression de l'iliaque externe immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, au moyen d'un appareil qui consistait en une bande d'acier passant à la partie postérieure du corps, dont les extrémités aboutissaient à une plaque de fer de 8 pouces de long, fendue dans le milieu; dans cette fente était insérée la tige verticale qui servait de support au compresseur. Cet appareil fut maintenu pendant trois jours, pendant quarante-huit heures avec la pression employée dès le début, qui était suffisante pour arrêter le pouls de l'artère tibiale postérieure, et pendant les autres vingt-quatre heures, avec seulement la moitié de cette force. Ceci guérit l'anévrysme d'une manière apparente, car, au moment de la sortie du malade, il était durci et n'avait que le volume d'une bille de marbre. Mais les pulsations reparurent quatorze mois après, et lorsque le malade revint à l'hôpital, seize mois après en être sorti, la tumeur était précisément dans le même état qu'au début; et maintenant, bien qu'une forte compression digitale au-dessous de la tumeur fît cesser ses pulsations, la compression la plus énergique appliquée au-dessus, n'amenait aucune différence, et on ne pouvait, à ce niveau, distinguer les pulsations de l'iliaque externe elle-même. On constata que la flexion complète de la cuisse sur le bassin faisait cesser les pulsations dans la tumeur, et qu'une flexion moindre diminuait l'intensité des pulsations et le volume de la tumeur. En conséquence, la cuisse fut fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, en appliquant sur le membre et le tronc un large bandage, et après avoir fait garder cette

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 octobre.

position pendant environ trois semaines, les pulsations avaient disparu, sauf un faible battement qu'on attribua à la propagation des pulsations d'une artère située au-dessous; le malade resta dans cet état pendant sept mois. Il faut donc reconnaître qu'il n'y a pas de preuve complète d'une guérison définitive, et les conditions de l'anévrysme différaient complétement des conditions ordinaires par suite de l'oblitération apparente de l'iliaque externe, au-dessus de la tumeur, par la compression antérieure.

Le cas cité par Verdier (Verdier, *Mémoire sur un appareil compressif de l'artère iliaque externe*, Paris, 1823) est, sous plusieurs rapports, digne de remarque. Le malade était le concierge d'une grande maison, et il avait du même côté un anévrysme inguinal et un anévrysme poplité. La jambe fut envahie par la gangrène, et Boyer fit, avec succès, l'amputation de la cuisse en 1816. Un an après, ce malade vint redemander des soins pour l'anévrysme inguinal qui faisait des progrès. Il était situé à un pouce environ au-dessous du ligament de Poupart, trop haut pour qu'on pût appliquer la compression mécanique sur l'artère. On construisit un appareil destiné à comprimer l'iliaque externe par le moyen d'un aide, mais il était trop douloureux pour être supporté. On consulta alors Verdier qui occupait la position de chirurgien honoraire de la marine française. Il construisit un bandage léger et bien adapté, ayant quelque analogie avec un brayer ordinaire, portant une pelote avec deux plaques sur lesquelles elle se mouvait à l'aide d'une vis et dont il donne le dessin dans son traité. Cet appareil fut d'abord appliqué avec la pensée que deux ou trois jours d'application suffiraient pour amener la guérison. On rapporte que Dupuytren dit au malade : « Si vous avez le courage de garder cet appareil exactement appliqué pendant trois ou quatre jours sans le relâcher, je vous garantis que vous serez guéri. » Cependant il n'en fut pas ainsi. L'appareil réprima la maladie de telle sorte que, quand la vis était tournée, la tumeur était imperceptible, et le malade le garda jusqu'à sa mort qui survint quatre ans après, en décembre 1822, par suite de la rupture d'un anévrysme dans le thorax. Mais l'anévrysme de la cuisse ne fut jamais guéri; et M. Verdier constata, l'année de la mort du malade (1822) que, en enlevant l'appareil pendant deux jours seulement, l'anévrysme avait recommencé à s'accroître et à présenter des pulsations. Si je comprends bien l'observation, le compresseur était porté nuit et jour; mais il est évident que le patient devait serrer et desserrer la vis à son gré.

Dans la statistique de Fischer (Prager, Viertel Jahrsch., 1869), sur l'emploi de la compression digitale dans les anévrysmes, il y a dix-sept cas d'anévrysme de la cuisse; et dans tous, excepté un, l'artère affectée est la fémorale elle-même, soit fémorale primitive, soit la fémorale superficielle. L'autre cas était un anévrysme artério-veineux de la fémorale profonde et de sa veine, suite de blessure par instrument piquant. Sur ces dix-sept cas il y eut onze succès, et dans l'un de ces onze succès, les artères des deux côtés étaient également affectées, ce qui fait, en réalité, douze anévrysmes sur dix-huit, guéris par la compression digitale. Les notes à l'appui montrent que, trois fois dans ces cas heureux, l'anévrysme siégeait fort probablement au-dessus de la bifurcation de la fémorale primitive: huit fois, certainement au-dessous; dans le reste des cas, la position de la tumeur n'est pas indiquée. Deux de ces cas sont remarquables, l'un montrant la grande rapidité avec laquelle on peut obtenir la guérison, et l'autre prouvant qu'il ne faut pas désespérer du succès même dans les cas de dégénérescence très-étendue du système artériel.

Le premier des cas auquel je fais allusion est celui de Ribéri (Vanzetti, *Gaz. méd.*, 1858, p. 626). Le patient était un jeune homme atteint de syphilis. L'anévrysme siégeait à la partie inférieure de l'artère fémorale et existait depuis deux mois et demi. Il était, paraît-il, du volume d'une orange. La compression digitale, maintenue pendant deux heures seulement, en amena la consolidation. On comprima pendant deux heures encore, par mesure de précaution et la guérison fut complète.

Un cas inédit de M. Darke de Salisbury, est, sous beaucoup de rapports, le plus remarquable qui soit encore arrivé. Le malade était fort âgé, il avait soixante-dix-huit ans, et ses artères étaient dans un état de dégénérescence générale, la brachiale et autres artères superficielles de l'aine, et dans la fesse du même côté. On fit la compression digitale dans l'aine pendant vingt-quatre heures, mais l'anévrysme ne fut pas guéri et on ne sait rien de plus sur ce cas.

Cela fait quatre cas, dans chacun desquels l'anévrysme était d'origine traumatique, et l'on sait que les anévrysmes traumatiques sont peu adaptés au traitement par la compression, ce qui tient probablement à la composition variable, à l'épaisseur et à la laxité des tissus qui composent le sac. Dans tous ces cas, on fit, en dernier ressort, la ligature de l'iliaque externe, bien que dans l'un on eût déjà ouvert le sac qui était situé près de l'aine (coup de pistolet) et lié les deux bouts de l'artère. L'hémorrhagie secondaire obligea à appliquer une ligature plus haut, et le malade n'en finit pas moins par guérir. L'un des autres guérit aussi après la ligature, mais les deux autres périrent. Chez l'un de ceux-ci, c'était un anévrysme artério-veineux de la profonde et de sa veine qui aurait peut-être dû être traité par l'ouverture du sac.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. **Broca** offre, de la part de M. Hanover (de Copenhague), un volume intitulé : *La rétine de l'œil* avec titre et tables des matières et des figures en français.

M. **Giraud-Teulon** fait hommage à la Société d'un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité de l'œil*.

M. **Verneuil** présente, de la part de M. Vedrennes, médecin de l'armée, un mémoire manuscrit sur trois observations de réveil, sous l'influence de blessures, d'affections constitutionnelles anciennes (asthme, rhumatisme), qui paraissaient éteintes depuis longtemps. (Rapporteur : M. Verneuil).

COMMUNICATION

Pathogénie du genu-valgum. — M. **Verneuil** appelle l'attention de la Société sur une affection qui n'est pas rare, mais dont la pathogénie n'est pas encore bien connue, le *genu-valgum*. Trois théories sont depuis longtemps en présence pour expliquer sa formation : 1° la théorie *ligamenteuse* qui l'attribue à la rétraction ou au contraire au relâchement des ligaments latéraux externe ou interne de l'articulation; 2° la théorie *musculaire* qui l'explique par une contracture; 3° enfin, la théorie *osseuse* dans laquelle la déviation du genou est due tantôt à une hypertrophie du condyle interne du fémur, tantôt à une atrophie du condyle externe du même os. L'hypertrophie du condyle interne est incontestable

dans certains cas, mais quelquefois elle fait absolument défaut. Une autre théorie plus récente de MM. Ollier et Tripier, de l'école de Lyon, fait jouer un rôle très-important au cartilage épiphysaire ou de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur. Ce cartilage, très-étendu se développe inégalement en dedans et en dehors, et, ainsi que M. Ollier l'a démontré par ses expériences, on peut en l'irritant, le faire développer à volonté. Si l'on remarque que le genu-valgum est une maladie de l'adolescence, de l'époque où les os croissent, il est facile de comprendre que cet accroissement peut être activé par une cause quelconque d'irritation, et produire, selon le point où la suractivité se sera manifestée, une déviation en dehors ou une déviation en dedans de la jambe.

M. Verneuil n'a point eu l'occasion de vérifier ce qu'on a dit pour le condyle interne du fémur, mais il a observé deux cas qui confirment la théorie osseuse et en augmentent même l'étendue. Il y a deux ans, il vit une jeune femme atteinte de genu-valgum unilatéral accompagné de douleurs assez vives pendant la marche seulement. On dit généralement, mais à tort, que le genu-valgum n'est pas douloureux; cela est vrai, s'il est ancien, mais lorsqu'on assiste à son début on constate toujours de la douleur. Une exploration très-attentive ne fit découvrir aucun point douloureux au niveau de la rotule ou du fémur, mais un peu plus bas, sur une ligne très-circonscrite, la pression arrachait des plaintes à la malade, et cette ligne correspondait exactement au cartilage épiphysaire non du fémur mais du tibia. M. Tillaux, à qui M. Verneuil fit voir cette malade, n'osa pas tenter le redressement violent, selon la méthode de Delore, quoiqu'elle n'eût que dix-sept ans, parce qu'elle était très-grande et développée comme une femme de vingt-cinq ans. M. Verneuil appliqua des révulsifs (teinture d'iode, vésicatoires, sangsues), sous l'influence desquels la douleur disparut. Mais il resta, pendant longtemps, un genu-valgum non-douloureux. Il n'y avait pas, dans ce cas, d'allongement du condyle interne du fémur. En ce moment, M. Verneuil a dans son service un jeune homme de seize ans, atteint depuis trois mois de genu-valgum aigu. L'examen, fait comme chez la jeune fille, fit découvrir au même niveau une ligne douloureuse d'environ 1 centimètre d'épaisseur. Ces deux faits sont à noter. Ils viennent à l'appui de la théorie osseuse, mais ils prouvent qu'il faut admettre deux variétés : celle qui provient du fémur et celle qui provient du tibia.

DISCUSSION

M. HOUEL a vu assez souvent des enfants présenter une hypertrophie douloureuse du cartilage interépiphysaire. Il y a quelques jours, il a observé un enfant de trois ou quatre ans chez lequel on craignait le développement d'une coxalgie, qui avait quelque difficulté à marcher, et même un peu de déviation de l'articulation du genou. Le tibia n'était pas douloureux, mais on provoquait une douleur vive en pressant sur l'interligne articulaire de la tête de l'os. Il y avait aussi une douleur, mais moins vive, au niveau du cartilage inférieur du tibia. Ces faits ne sont pas très-rares. M. Houël en a vu quinze ou vingt au lycée Saint-Louis. Il y a le plus souvent douleur sans déviation, et des applications de teinture d'iode suffisent pour la faire disparaître.

M. TILLAUX est aussi de l'avis que le genu-valgum est le résultat d'un vice de développement des condyles du tibia ou du fémur, et le traitement le prouve. Il a présenté à la Société un jeune garçon auquel il a redressé violemment le genou par la méthode de Delore, et qui était tout-à-fait guéri. Dans cette opération, on décolle l'épiphyse, et on remet pour ainsi dire une pièce osseuse qui manque. C'est une lésion de squelette. Si c'était une lésion musculaire ou ligamenteuse, elle ne guérirait pas en deux mois.

M. DELENS. Les chirurgiens anglais font, au contraire, volontiers et avec succès la résection de l'épiphyse, qui a dépassé l'autre en développement, mais ils ne constatent pas d'augmentation de volume sur le condyle réséqué.

M. GUÉNIOT a déjà signalé, à propos du même sujet, un fait qui lui est personnel, et qui est publié dans les bulletins de la Société anatomique de 1870. C'est l'autopsie d'une petite fille de deux ans, morte de la petite vérole, chez laquelle il y avait malformation du condyle interne du fémur, qui débordait très-notablement le condyle externe. Dans l'extension, la jambe faisait un angle de 145 degrés.

M. VERNEUIL répète qu'il a voulu surtout appeler l'attention sur le genu-valgum d'origine tibiale.

ÉLECTION D'UN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

La Société procède au scrutin pour la nomination d'un secrétaire général en remplacement de M. Paulet, nommé professeur à la Faculté de Lyon. M. de Saint-Germain est élu.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

On vote ensuite pour la nomination d'un membre titulaire. La commission présente, en première ligne, M. Farabeuf; en deuxième ligne, MM. Berger et Terrillon; en troisième ligne, MM. Nepveu et Pozzi. M. Farabeuf est élu.

COMMUNICATION

Anévrysme de la main. — M. DESPRÈS présente un malade auquel il a opéré un anévrysme de la main. Les observations de ce genre sont rares dans les bulletins de la Société, et le musée Dupuytren n'en possède pas de pièces.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui fut blessé sur le dos de la main par un fragment de vitre aigu au point où l'on fait habituellement l'incision pour un phlegmon de cette région. Il s'échappa de la blessure un jet de sang artériel, qui fut arrêté par une application de toile d'araignée, comme on le fait souvent dans les campagnes, et par la compression. La plaie était cicatrisée au bout de trois jours. Trois semaines après, le malade vit se développer, à ce niveau, une petite tumeur, mais il ne se décida que trois mois plus tard à consulter un médecin, qui l'envoya à Paris.

Lorsque M. Desprès le vit à l'hôpital Cochin, le diagnostic était facile. La tumeur présentait des battements visibles et se réduisait en partie par la compression; aussi, le moule que M. Desprès en a pris à ce moment, ne donne-t-il pas le volume réel de la tumeur qui a été comprimée par le plâtre et réduite environ d'un tiers.

La compression des artères radiale et cubitale, faisait cesser les battements, mais ne la faisait pas disparaître. Elle renfermait donc des caillots. La peau était considérablement amincie. M. Desprès pensa que l'opération la plus rationnelle était l'ouverture du sac et la ligature des vaisseaux à leur entrée. Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, puis, l'avoir enlevée parce qu'elle congestionait la main et fait faire la compression par des aides, M. Desprès ouvrit le sac, puis réappliqua la bande de caoutchouc qu'il enleva bientôt définitivement parce qu'il était alors impossible de voir par où le sang entrait dans la tumeur. La compression de l'artère humérale à la partie moyenne du bras, remplit plus facilement les indications de cette opération. Pendant la dissection de la tumeur, le chirurgien eut à lier six artères; il découvrit les deux bouts à lier à la partie inférieure de l'anévrysme sur un ligament, au-dessus de la tabatière anatomique, fit les ligatures et réséqua une partie du sac Il appliqua un pansement par occlusion à l'aide de bandelettes de diachylum. Au bout de dix-sept jours, le pansement fut enlevé, et M. Desprès trouva dans la suppuration cinq des ligatures et les vestiges du sac éliminé. Les derniers fils tombèrent un peu plus tard. Le malade n'avait eu, à aucun moment, d'inflammation de la plaie. Aujourd'hui, il est complétement guéri et a recouvré l'intégralité des mouvements de la main. Quant à l'emploi de l'appareil d'Esmarch, M. Desprès le considère comme inutile et dangereux.

DISCUSSION

M. NICAISE fait observer que la bande d'Esmarch n'a pas été appliquée d'une manière suffisante pour comprimer les artères en même temps que les veines, car elle amène toujours une ischémie absolue. Son emploi donne beaucoup plus de sûreté pour les recherches lentes.

M. TRÉLAT a partagé un peu la surprise de ses collègues en entendant la communication de M. Desprès. Il n'est pas partisan absolu de l'appareil d'Esmarch: il y a même complétement renoncé pour les amputations à cause du raptus sanguin considérable qui se produit dans le moignon lorsqu'on enlève la bande,

mais il en reconnaît la grande utilité pour les opérations à recherches. Quant à l'anévrysme qui en fait le sujet, il ne diffère pas d'un anévrysme traumatique très-voisin de la tabatière anatomique par lequel il fit l'ouvertnre du sac après des tentatives de compression interrompues par l'impatience du malade. Après l'ablation des caillots sanguins et fibrineux, ceux-ci résultant de la compression, M. Trélat put découvrir les deux bouts de l'artère, disposés comme ils le sont presque toujours dans les anévrysmes faux consécutifs, présentant soit un orifice unique, soit deux orifices accolés comme deux canons de fusil. Malgré tous ses efforts pour découvrir les vaisseaux sans ouvrir le sac, le chirurgien est presque toujours contraint, pendant l'opération, de revenir à l'ancienne méthode.

M. DESPRÈS avoue qu'il n'est pas partisan de la méthode d'Esmarch et que, l'employant presque à son corps défendant, l'application de la bande a dû se ressentir du peu de sympathie qu'elle lui inspirait. Il ne croit pas que les anévrysmes de la main puissent guérir par la compression. Il faut toujours recourir à l'ancienne méthode.

M. TRÉLAT cite le fait, également connu de M. Verneuil, d'un de leurs amis qui s'était fait une plaie artérielle de la paume de la main, à l'origine de l'artère cubitale, en bouchant une bouteille qui se brisa sous son effort. Il se développa un anévrysme qui guérit très-bien par la compression. Il y a de cela quinze ans. M. Trélat a vu deux fois Roux chercher à découvrir les vaisseaux et être obligé d'ouvrir le sac.

M. MARJOLIN a guéri, en présence de M. Vanzetti, un anévrysme palmaire chez un enfant, par la compression digitale pratiquée par des enfants.

M. POLAILLON, dans l'article sur les maladies chirurgicales de la main, du *Dictionnaire encyclopédique*, a réuni plusieurs exemples d'anévrysmes de la main guéris par la compression digitale.

M. LANNELONGUE a observé deux anévrysmes traumatiques de la paume de la main. Dans le premier cas, il s'agissait d'une blessure des vaisseaux profonds de la main produite par une balle. C'était pendant la Commune, et le blessé était entré à l'hôpital de la Charité. Il se développa un anévrysme de l'arcade palmaire profonde qu'il eût été très-difficile, à cause de sa profondeur, d'opérer par la ligature. Il guérit par la compression digitale après une séance non interrompue de vingt-quatre heures. Le deuxième cas était un anévrysme superficiel de la paume de la main. La peau était tellement amincie qu'elle menaçait à chaque instant de se rompre. D'après les excellents conseils de M. Trélat, M. Lannelongue fit faire la compression des artères cubitale et radiale, pratiqua l'ouverture du sac, et découvrit dans le fond les deux orifices situés côte à côte de l'artère coupée. Ils furent soulevés ensemble avec le ténaculum, et liés par une seule anse de fil. Le malade guérit.

Les anévrysmes de la paume de la main ne se ressemblent pas tous. Il n'est pas toujours aisé, il est quelquefois dangereux d'en rechercher l'origine. Il faut alors essayer de la compression, qui réussit quelquefois.

M. TILLAUX est d'avis que les anévrysmes superficiels et les anévrysmes profonds ne peuvent être traités de la même manière. Pour les anévrysmes de l'arcade palmaire profonde, le chirurgien doit tout essayer avant d'en venir à l'ouverture du sac.

LECTURE

M. BLUM donne lecture d'une observation d'*élongation du nerf radial et du nerf médian*. (Commission déjà nommée).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Service de santé militaire. — Ont été nommés, par ordre de mérite, à l'emploi d'élèves de santé militaire, à la suite du concours de 1877 :

Médecine. — Élèves de 1re année. — MM. 1. Hutin, Bilhete, Béchard, Brunschvig, Vagelin, Couzon, Benoît, Clavelin, Rouanet, Dumoutier.

11. Vincent, Lièvre, Raynal, Poirier et Dève.

Élèves de 2e année. — MM. 1. Tavénaux, Lacronique, Boisson, Buy, Véron, Couette, Ribes, Messé, Hassler, Marchand.

11. Vidon, Dupeyron, Bétaillouloux, Hublé et Mary.

Élèves de 3e année. — MM. 1. Boinet, Buffet, Delmas, Simon, Lejard, Lemoine, Bimler, Galzin, Béquin, Eon, Cahier.

11. Bouchereau, Castellanet, Berthier, Richard et Dudret.

Élèves de 4e année. — MM. 1. Lagrange, Escard, Cabarrou, Nécot, Mickaniewski, Coquand, Spire, Néjasson, Peyret, Pillière.

11. Cougomble, Courtet, Gauthier, Beaudier et Wissemans.

Pharmacie. — Élèves de 1re année. — MM. 1. Porcher, Roncin, Régnier et Labitte.

Élèves de 2e année. — MM. 1. Couton, Girard, Barthe et Lambelin.

Élèves de 3e année. — MM. 1. Dureai et Domergue.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Pierre Gabriel Le Vieux, étudiant en médecine, décédé à Paris, le 22 octobre 1877, à l'âge de vingt-trois ans.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Bouchut commencera ses leçons sur le diagnostic de la méningite et les maladies nerveuses par l'ophthalmoscope le mardi 6 novembre, à huit heures et demie du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Démonstrations des figures au moyen de la lumière oxydrique.

— Le Muséum d'histoire naturelle vient de recevoir un objet des plus curieux : c'est la tête d'un captif indien, réduite par un procédé inconnu à un diamètre de quatre pouces. Les proportions des traits sont parfaitement gardées; la peau seule est fort ridée.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 126. — MARDI 30 OCTOBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 30 OCTOBRE 1877. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Du délire et de la folie produite par les maladies de l'oreille interne.

Depuis que Menière a fait connaître, par des observations exactes, cette forme de vertige dit *ab aure læsa*, les exemples se sont multipliés et chacun a pu vérifier dans son expérience, l'exactitude du rapprochement établi par notre célèbre auriste.

On sait à présent que les maladies de l'oreille, moyenne et interne, ont sur le cerveau un double retentissement. L'un, qui est *direct*, résulte de l'altération des os du rocher et d'une propagation à la dure-mère et à l'encéphale, connue sous le nom de *pachy-méningite*. L'autre, qui est *réflexe*, résulte de l'irritation encéphalique fonctionnelle, transmise par la maladie du rocher et dans ce cas il n'y a pas de lésion de la substance nerveuse crânienne, ni des méninges. — Les autopsies de Menière, de Saissy, de Viricel et de Triquet ont montré que, dans ces cas de *vertige auriculaire apoplectique*, suivi de mort, le cerveau, le cervelet et la moelle n'offraient pas de lésion appréciable, tandis que les canaux demi-circulaires étaient seuls altérés. Leur membrane nerveuse interne était épaissie et leur intérieur obstrué par une matière rougeâtre, épaissie, compacte.

Burggraeve, Hillairet et un assez grand nombre d'autres médecins ont vu des faits semblables, qui, pour n'avoir pas eu la sanction de l'autopsie, n'en sont pas moins dignes d'attention. — On y remarque une otorrhée chronique en rapport avec des vertiges, des mouvements de propulsion en avant ou sur le côté. — J'ai vu des faits semblables chez l'enfant et chez l'adulte. Le dernier a été observé par moi sur un jeune homme de trente ans environ placé à la tête de l'administration d'un de nos départements et qui avait un écoulement de l'oreille gauche avec surdité, le tout datant de deux ans. — Depuis six mois, il avait à chaque instant des vertiges subits avec perte de connaissance, chute sur le sol, agitation convulsive des membres et tout cela se calmait au bout de quelques minutes, lui laissant un peu de fatigue dans l'organisme. On le croyait épileptique. C'était un vertige apoplectique dû à une lésion de l'oreille. En effet, après un séjour de quelques semaines aux eaux de la Bourboule, un traitement arsenical à domicile et l'usage du bromure de potassium, l'écoulement de l'oreille cessa et les crises nerveuses disparurent.

A ces formes d'accidents nerveux de *vertige labyrinthique* et *réflexes* produits par l'otite interne, il convient désormais d'en ajouter une autre plus rare mais non moins curieuse. — Dans cette forme, le trouble fonctionnel porterait non plus sur la faculté d'équilibre des mouvements des membres, ni sur la sensibilité générale, mais sur l'intelligence qui serait, par crises violentes, momentanément et profondément troublée. — Ce serait la *folie labyrinthique*.

Je ne sais si beaucoup de cas de ce genre ont été publiés, mais il y en a un dans la *Gazette médicale* de 1877 (1). L'on sait que les animaux domestiques qui ont une mouche dans l'oreille tombent dans un état d'agitation et de fureur qui ressemble à la folie. — Tous ces faits sont très-curieux à rappeler, et comme ceux que j'ai observés m'ont paru très-intéressants, je vais les raconter ne serait-ce que pour en multiplier le nombre.

Obs. I. — *Délire et folie par lésion de l'oreille.* — Une anglaise, femme d'un officier de marine de l'Angleterre, m'amène au mois de juillet 1877, son enfant D... âgé de six ans. Ce garçon a eu la rougeole il y a trois ans, et une bronchite chronique il y a un an, pour laquelle on l'a envoyé à Nice. Là, il a eu la scarlatine et après guérison et desquammation complète de la peau, il a eu une otorrhée à gauche qui dure depuis trois mois.

Depuis cette otorrhée, il entend mal de cette oreille, il souffre quelquefois de la tête et il a des crises nerveuses, fréquentes, tous les jours ou plusieurs fois par jour et même la nuit. Il n'a pas de vertiges, ni de perte de connaissance, ni de vomissements de propulsion.

Il semble égaré, furieux, se précipite sur la mère pour la frapper des pieds et des poings ou avec ce qu'il trouve sous sa main. — Il vocifère bruyamment contre elle et demande un couteau pour la tuer. — Il casse tout autour de lui, puis cela se calme, il pleure, embrasse celle qu'il voulait tuer et la crise recommence bientôt avec les mêmes caractères.

(1) *Manie consécutive à un abcès. — Guérison par l'ouverture de l'abcès.* (*Gaz. méd.* 1877, p. 357.)

Le bruit de la scène est si vif, qu'à l'hôtel de Normandie, à Paris, où sa mère était descendue en revenant de Nice, le propriétaire l'a priée de chercher un logement ailleurs.

Je l'ai envoyé chez le docteur Thermes, avenue Malakoff, où il est resté pendant quelques jours, faisant là les mêmes scènes de violence que dans l'hôtel de la rue Saint-Honoré.

Je résolus de lui faire des injections de chlorhydrate de morphine à doses croissantes — et je commençai par un quart de centigramme. — J'en fis une deux jours après, puis une troisième. Ces injections produisirent une grande amélioration, puis la maman repartit pour l'Angleterre et je n'en ai plus entendu parler.

Au même moment, un de mes anciens élèves et ami le docteur Laisné, qui était chez moi lorsque l'enfant y vint et à qui je disais ce que je venais d'observer, me raconte un fait identique dont il a bien voulu m'écrire la relation.

Obs. II. — *Délire et folie par otite moyenne et otorrhée.* — Il y a eu deux ans passés au mois de novembre, je fus mandé auprès d'un enfant de six ans, que les parents étaient fort alarmés d'avoir vu cinq ou six fois de suite pris d'accès subits de délire présentant des caractères de folie : perte complète de mémoire, délire aigu, frappant, battant ses parents qu'il ne reconnaissait plus, criant, battant et brisant des meubles dans l'appartement, s'adressant aux murailles qu'il prenait pour des êtres vivants.

L'accès était sans fièvre appréciable, durait quelques heures et prenait dans la seconde partie de la nuit aussi bien qu'en jour. — L'accès fini, l'enfant redevenait calme et récupérait toute sa connaissance, ne se plaignant que d'un peu de mal de tête.

Je ne pouvais attribuer cet état à une méningite, ni à un état épileptique : l'enfant s'étant toujours très-bien porté et n'ayant eu jusqu'alors aucun symptôme nerveux.

En questionnant les parents, j'appris que l'enfant avait été exposé à un des premiers froids vifs de la saison, et que, depuis trois mois, à la suite d'une fraîcheur prise dans les bois pendant une promenade, il avait un fort catarrhe de l'oreille droite, catarrhe qui avait été supprimé par la dernière exposition au froid.

Bien que le cas fût singulier et quelque peu complexe, une partie des symptômes pouvant s'expliquer par l'otite et la myringite consécutive : l'enfant présentait une acuité de l'audition fort remarquable, ce qui me conduisit à penser à la possibilité d'une exagération violente de l'impression transmise au nerf auditif ; du reste, toute la région du cou était fort sensible, avec des pointes d'exacerbation (sous-maxillaire, temporal, sous-occipital).

Je crus me trouver en face d'une névralgie intense portant l'enfant au délire avec l'appareil de la folie.— Dès lors, je n'hésitai pas à rassurer la famille et à faire au petit patient, soir et matin, une injection de morphine de 2 *milligrammes* chaque fois ; un vésicatoire fut placé sur l'apophyse mastoïde et l'on fit des injections émollientes dans le conduit auditif.

Trois jours après le traitement : calme complet, rétablissement de l'écoulement que je fais cesser peu à peu d'une façon méthodique.

J'ai revu, dans le mois, l'enfant quatre à cinq fois, plus tard je le vis se promenant dans le quartier.

L'hiver passé, je le perdis de vue et comme les parents m'avaient payé à chaque visite je n'ai même pu garder leur nom.

Je ne crois pas me tromper en considérant ces faits comme étant de nature à intéresser ceux de mes confrères qui s'occupent spécialement des maladies mentales et des maladies de l'oreille. Ils y trouveront un complément des recherches commencées sur les actions réflexes que le système nerveux auditif exerce sur les fonctions cérébro-spinales et la forme inusitée d'accès de délire aigu ajoute à leur intérêt.

Dans ces cas, le trouble est purement fonctionnel puisqu'il peut cesser pendant des heures et des journées entières et qu'il est de nature à guérir.

Est-ce de l'ischémie cérébrale ou de la congestion encéphalique? D'après ce que j'ai vu, la pâleur du visage chez l'adulte dont j'ai parlé et chez le premier enfant dont il est ici question, me ferait croire à de l'ischémie cérébrale. Chez l'adulte, pas plus que chez l'enfant il n'y avait de phénomènes congestifs de la tête pendant le vertige syncopal ou pendant l'attaque de délire. Les accidents semblaient de nature anémique, mais il est impossible de dire s'ils étaient dus à un spasme des vaisseaux encéphaliques ou à un défaut de la contractilité cardiaque. C'est une étude de détail à faire pour laquelle un supplément d'observation est indispensable.

Dans ces deux cas de *délire aigu labyrinthique*, la médication employée a été les injections de chlorhydrate de morphine à faible dose chez le premier enfant et à haute dose chez le second. Dans le premier cas, il n'y a eu qu'amélioration, mais le traitement ayant été interrompu, on ne peut savoir ce qu'il en serait résulté. Dans le second, au contraire, une injection hypodermique de 2 milligrammes de morphine matin et soir a réussi à déterminer la guérison.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Broca.

Section du cordon inguinal. — Hémorrhagie. Action du perchlorure de fer.

De tous les procédés qui peuvent être employés pour faire la section du cordon dans la castration, l'écrasement, pratiqué avec l'instrument de Chassaignac non modifié, tel qu'il a été construit sur les données de son auteur, est certainement le plus propre à prévenir les hémorrhagies. Il produit un véritable feutrage des parties et donne une hémostase complète que l'on n'obtient pas avec les autres procédés. En effet, la ligature en masse du cordon a l'inconvénient d'être extrêmement douloureuse et d'amener, dans certains cas, des accidents par irritation des nerfs : d'autre part, la ligature isolée des artères, bien préférable à la précédente, laisse encore dans la plaie des parties mortifiées plus ou moins volumineuses qui retardent la cicatrisation. Au contraire, l'écrasement bien exécuté, n'a pas ces inconvénients, et de plus, il met presque toujours à l'abri des hémorrhagies. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et, tout récemment, nous avons eu, dans notre service, un accident de ce genre auquel nous avons pu, d'ailleurs, facilement remédier par le tamponnement de la plaie au moyen de bourdonnets de charpie imprégnés de perchlorure de fer.

Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'un homme atteint de cancer encéphaloïde du testicule, chez lequel la section du cordon avait été faite dans les meilleures conditions et très-lentement, puisque nous avions mis une demi-heure à la pratiquer. Tout paraissait aller parfaitement bien, lorsque, quelques minutes après que le cordon eut été abandonné et fut rentré dans le canal inguinal, il se produisit une hémorrhagie peu abondante, il est vrai, et qui aurait peut-être cessé spontanément, mais contre laquelle je jugeai bon d'intervenir.

A cet effet, nous avons commencé par faire, sur l'anneau et le trajet du canal, une compression avec la main, puis par la pelote d'un bandage herniaire. Lorsque le sang eut cessé de couler, comme le canal inguinal était assez dilaté, nous y introduisîmes une queue de cerf-volant formée de petits bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer et soigneusement exprimés. L'écoulement sanguin fut complétement arrêté et ne reparut plus.

Dans ce cas le perchlorure de fer a bien agi, parce que son application a été faite dans les conditions nécessaires pour que ce procédé réussisse. Il faut savoir, en effet, que ce médi-

cament n'est véritablement hémostatique que lorsqu'on l'applique alors que l'écoulement du sang est déjà suspendu momentanément.

L'expérience a démontré que le perchlorure de fer n'agit pas immédiatement sur le sang avec lequel il est en contact; celui-ci ne se coagule, sous son action, que lorsqu'il est déjà en contact avec le médicament depuis trente secondes environ; de sorte que si l'on met du perchlorure de fer sur une plaie dans laquelle le sang coule un peu abondamment, il continue encore à s'épancher pendant une demi-minute après son application. Aussi, lorsqu'il se forme un caillot, c'est à la surface de la plaie et non pas dans les orifices des vaisseaux, condition nécessaire pour l'arrêt du sang. Au contraire, si l'écoulement du sang a été interrompu pendant un temps suffisant, le perchlorure peut agir dans les vaisseaux mêmes et y déterminer la formation de caillots nécessaires pour une hémostase complète.

On comprend donc que, avant d'appliquer cette substance sur une plaie, on doit s'efforcer, par tous les moyens possibles, et, en particulier, par la compression faite au-dessus d'elle, de suspendre l'hémorrhagie.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'insuffisance mitrale et des phénomènes cardiaques dans la fièvre typhoïde.

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

Au n° 11 de la salle Ducros, se trouve actuellement un homme qui ne sait nous fournir aucun renseignement précis sur l'origine du mal dont il est atteint, mais un examen rapide des principaux symptômes, nous a vite appris que nous étions en présence d'une dothiénentérie à forme commune.

J'ai dit à forme commune, et cette expression est irréprochable, si je considère l'ensemble des phénomènes morbides; mais je pourrais tout aussi bien dire à *forme cardiaque* si, adoptant le principe aujourd'hui classique pour la division des formes de la fièvre typhoïde, je voulais signaler l'organe principalement affecté.

En effet, dès le lendemain de son entrée, je constatais chez notre malade une impulsion cardiaque plus étendue avec abaissement de la pointe et augmentation de la matité précordiale; ma main, appliquée sur cette région, sentait une espèce de frémissement moins rude et, en quelque sorte, plus complexe que le frémissement cataire, comme une sorte de crépitation fine perçue par la pulpe des doigts; mon oreille entendait, au premier temps et à la pointe, un bruit de souffle tantôt assez fort, tantôt très-faible, et dont je vous ai fait observer les rapides oscillations.

Pour moi, ce bruit de souffle est caractéristique. Nous avons sous les yeux un cas d'insuffisance mitrale, relative ou fonctionnelle, survenue dans le cours et sous l'influence d'une fièvre typhoïde. Cette insuffisance fonctionnelle n'est elle-même qu'une des manifestations d'un état plus complexe, l'altération du muscle cardiaque ou myosite, dans la dothiénentérie.

Nous ne nous trouvons point ici en présence d'une anomalie ou d'une rareté pathologique. Sur soixante typhoïdes que nous avons observés depuis environ un an, celui-ci est le dix-septième qui nous offre des phénomènes cardiaques. Le moment est donc venu pour nous d'établir les caractères cliniques de ces troubles du cœur. Nous examinerons, en premier lieu, l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale; en second lieu, les autres symptômes cardiaques; en troisième lieu, leurs rapports avec l'insuffisance; en quatrième et dernier lieu, les rapports de l'insuffisance et de l'état cardiaque dont elle fait partie avec la fièvre typhoïde elle-même.

I.

Qu'une insuffisance relative de la mitrale puisse être constatée dans la dothiénentérie, le cas de notre homme en est la preuve et nous retrace en même temps les caractères de cette insuffisance.

Ces caractères sont : 1° le siége et le temps du bruit anormal: 2° son mode d'apparition; 3° ses oscillations; 4° sa disparition.

Un bruit anormal au premier temps et à la pointe indique un reflux du sang du ventricule gauche dans l'oreillette au moment de la systole; c'est donc le signe caractéristique des insuffisances mitrales, mais c'est le signe commun des insuffisances absolues et relatives, de celles qui tiennent à une lésion de l'orifice et de celles qui proviennent d'un défaut de fonctionnement de la valvule.

Mais l'insuffisance relative a un second caractère qui lui est propre. Elle apparaît brusquement. Notre homme, la veille, n'avait rien au cœur; le lendemain il présentait, à la pointe, un souffle très-distinct. Une perturbation dans le jeu des muscles papillaires suffit pour produire ce résultat. Dans l'insuffisance absolue, il ne peut en être ainsi; les recherches de Cornil et Ranvier ont, en effet, démontré que les lésions des orifices cardiaques proviennent, non pas d'exsudation, mais de prolifération; l'exsudat peut être brusquement déposé, la prolifération demande du temps, et, pour le dire en passant, si parfois l'endocardite provoque très-promptement des bruits anormaux, ces bruits sont dus non à une altération des orifices, mais à un trouble fonctionnel, à une sorte de surprise des muscles du cœur.

Un troisième caractère, qui a plus de valeur encore que le précédent, ce sont les oscillations de ce souffle. Ces oscillations peuvent se produire non-seulement dans l'espace d'un jour, mais même dans l'espace d'un moment. Hier nous étions deux à l'avoir constaté très-fort, un troisième ausculte et ne l'entend pas; nous le recherchons de nouveau, il avait non pas disparu, mais très-sensiblement faibli. Ces variations, nous les avons notées sur une bien plus vaste échelle chez le n° 11 de la salle Ducros, qui fait le sujet de notre quatrième observation, le plus beau cas d'insuffisance mitrale que nous ayons encore rencontré dans la dothiénentérie. Constaté pour la première fois le 30 mai, le souffle du premier temps et de la pointe nous a, pendant trois semaines, présenté souvent, du matin au soir, les oscillations les plus significatives. Le 18 juin, il est fort et râpeux; le 20 juin, il est modéré; le 21 au matin, il est faible; le 23, il a disparu pour ne plus revenir.

On s'explique ces oscillations, quand on se rappelle que l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale est avant tout subordonnée aux contractions des muscles cardiaques. Un changement de position du malade, un effort ou un mouvement brusque, une contrariété, une émotion, la fatigue produite par un examen, peut dès lors suffire pour la modifier sensiblement.

Mais ce qui me paraît plus caractéristique encore que les oscillations de ce souffle, c'est sa disparition. Elle est rapide et ne laisse point de traces. Chez le sujet de notre quatrième

observation, le souffle a sans doute disparu, mais après une durée exceptionnellement longue de vingt-cinq jours. Chez cinq autres typhoïdes qui nous ont présenté le souffle de l'insuffisance mitrale, ce phénomène a été passager, presque éphémère; il était difficile de calculer sa durée totale, parce que sa disparition définitive était précédée d'intermittences et de disparitions momentanées, mais, dans aucun de ces cas, il ne s'est prolongé plus d'une semaine. Ou bien le malade, que nous observons actuellement, mourra et vous trouverez chez lui la valvule mitrale tout à fait intacte avec des muscles papillaires altérés; ou bien, et c'est ce qui me paraît plus probable, il vivra et, contrairement à ce qui a lieu pour les endocardites qui laissent, de leur passage, des traces indélébiles, bientôt, avant même que la convalescence soit complétement établie, l'auscultation de la région précordiale ne nous révèlera aucun bruit anormal. Ce qui me permet d'être affirmatif sur ce point et de me prononcer avec assurance sur l'avenir, c'est l'expérience du passé (1).

Voilà, messieurs, ce que nous avons observé et à quels caractères nous reconnaissions le bruit de l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale dans la fièvre typhoïde. Nous n'avons point fait là une découverte; le même phénomène a été déjà signalé, et c'est la preuve que nous avons bien observé. Dans la fièvre typhoïde ou dans des fièvres graves, le souffle du premier temps et de la pointe a été constaté par Hayem, Jaccoud, Desnos et Huchard, Friedreich, Demme, Stein, Bamberger, von Dusch. On en a naturellement cherché la signification, et la plupart de ces auteurs : Hayem, Desnos et Huchard, Friedreich, Bamberger, von Dusch, n'ont pas hésité à l'attribuer à l'insuffisance relative de la mitrale,

Mais, sur dix-sept malades atteints de troubles cardiaques dans la dothiénentérie, sept seulement nous ont offert, et encore d'une manière souvent fort passagère, le souffle de l'insuffisance mitrale. Quels sont donc les autres phénomènes qui, dans la fièvre typhoïde, peuvent se présenter du côté du cœur?

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électrolyse. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique la suite de l'observation dont il a déjà entretenu la Société des hôpitaux dans une des séances du mois de juillet (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 17 juillet 1877). Il s'agissait d'un malade atteint d'anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, et auquel il avait appliqué la méthode de traitement préconisée par Ciniselli, et qui consiste à obtenir la coagulation du sang par les courants continus.

Un mois après la première application des courants continus, le médecin de l'hôpital Saint-Antoine avait renouvelé l'opération, et cette fois, il avait placé les trois aiguilles à électropuncture dans le quatrième espace intercostal droit, et l'on avait fait passer par chacune de ces aiguilles un courant positif pendant dix minutes, le pôle négatif étant placé à la partie inférieure du thorax.

Après cette seconde séance, l'amélioration fut encore plus notable qu'après la première, et c'est à peine si l'on percevait des battements au niveau de la tumeur dans les troisième et quatrième espaces intercostaux du côté droit. Mais à mesure que cette amélioration se produisait du côté de l'anévrysme, l'état du cœur s'aggravait. De l'œdème apparaissait aux extrémités, le foie devenait volumineux, la respiration difficile, et un mois et demi après cette seconde opération, le malade succombant avec tous les symptômes de la cachexie cardiaque, et conservant toujours jusqu'au dernier moment, du côté de l'anévrysme, l'amélioration obtenue par l'électropuncture.

M. Dujardin-Beaumetz a montré par des dessins et par une pièce sèche, préparée par M. le docteur Anger, les désordres que l'on a constatés à l'autopsie, et il appelle surtout l'attention de la Société sur les deux points suivants : la précision du diagnostic, d'une part, et le résultat thérapeutique obtenu, de l'autre.

Pendant la vie, l'examen fait par MM. Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul avait permis de tracer un schéma, qui montrait la forme et l'étendue probable de la tumeur, ainsi que la position probable de l'orifice; et le diagnostic porté avait été le suivant : anévrysme de l'aorte ayant son origine dans la première portion de ce vaisseau, tout près de l'orifice aortique, et constituée par une poche en forme de poire reposant sur la face supérieure du foie, et s'élevant à son sommet jusqu'à la partie supérieure du troisième espace intercostal. Cet anévrysme devait entraîner l'insuffisance de l'orifice aortique.

L'autopsie a montré la confirmation mathématique de tous ces points, elle a montré aussi que la diminution si évidente dans les battements devait être attribuée à un caillot de l'épaisseur de 1 centimètre, qui tapissait toute la partie antérieure de la poche et empêchait ainsi le sang de venir en contact avec les espaces intercostaux et les cartilages qui avaient été déjà corrodés sous l'influence de ces chocs répétés.

M. Dujardin-Beaumetz, en terminant, fait remarquer qu'en présence de poches aussi considérables, il est difficile d'admettre, quelque répétées que soient les séances, que l'électrolyse puisse amener la coagulation complète de tout le sang contenu dans la poche anévrysmale; ce que l'on peut obtenir, ce sont des caillots plus ou moins épais et adhérents, qui protégent les parois de l'anévrysme et empêchent ses progrès ultérieurs.

C'est ce qui explique les résultats toujours incomplets obtenus par Ciniselli.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que, dans peu de jours, son collègue M. Proust appliquera le même mode de traitement à un anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte, qui détermine chez le malade qui en est porteur une paralysie des membres supérieurs.

Trachéotomie. — M. BERGERON communique l'observation d'un enfant qui a subi la trachéotomie. Les choses se sont passées comme à l'ordinaire; seulement après quelques jours, voulant enlever la canule, on éprouva les plus grandes difficultés, et l'enfant fut pris d'un accès de suffocation pendant lequel on vit surgir entre les lèvres de la plaie un polype, qui fut rejeté après plusieurs efforts de toux. Ce polype existait avant l'opération. Cet enfant est aujourd'hui complétement guéri. Ce fait montre que, lorsqu'on trouve des difficultés pour l'ablation de la canule, il faut introduire un stylet mousse pour s'assurer qu'elle peut être la cause de ces difficultés.

M. CADET DE GASSICOURT a observé un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Bergeron.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 26 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. Dans le troisième trimestre de l'année 1877, la température moyenne a été inférieure de 2 degrés à celle de l'année précédente; l'humidité a été beaucoup plus considérable que les années précédentes.

La mortalité générale, dans les hôpitaux, a été un peu supérieure à celle de l'année dernière.

Les *affections des voies respiratoires* ont subi l'influence des con-

(1) Ce malade est, en effet, sorti guéri et, pendant la convalescence, le bruit anormal de la pointe du cœur avait disparu.

ditions saisonnières normales et ont été moins nombreuses et moins graves.

La *diphthérie*, bien que nous soyons, cette année, au milieu du plus violent paroxysme épidémique qu'elle ait jamais atteint, a présenté la déclinaison normale régulière pendant la période estivale que l'on a toujours constatée, pendant cette période, pour toutes les épidémies. La mortalité par la diphthérie, qui avait été de 728 décès dans le 1er trimestre, et de 592 dans le second, a fourni, ce dernier trimestre, 479 décès. Sur les tableaux de la diphthérie étudiée dans chaque arrondissement, on remarque la différence de la maladie sur la ville entière et l'existence des foyers principaux sur les points les plus élevés par une opposition complète avec ce qui a été observé pour la fièvre typhoïde. M. Besnier reviendra ultérieurement sur cette étude comparative des deux épidémies.

Comme pour les affections communes des voies respiratoires, ce n'est pas seulement le nombre des malades qui diminue, mais aussi la proportion des décès. M. Bergeron constate que la proportion des guérisons et des succès, après la trachéotomie, a été plus considérable, à Sainte-Eugénie, dans ce dernier trimestre que dans les années précédentes. M. Archambault signale le même fait. De même que M. Bergeron, il constate que rien ne se fait pour mettre fin au déplorable mélange des enfants atteints de croup avec les autres malades.

La *variole* subit en même temps, pendant l'époque actuelle, deux mouvements de déclinaison, l'un saisonnier, qui est normal, l'autre annuel, qui est extrêmement prononcé.

Il n'y a eu à Paris, pendant le troisième trimestre, que 21 décès par la variole.

La *fièvre typhoïde* a suivi la marche ascensionnelle annoncée dans le dernier rapport de M. Besnier. Les lois de la marche saisonnière de cette maladie, que M. Besnier a déduites de l'observation attentive de son évolution dans toutes ses phases, sont tellement précises, qu'il a pu, en effet, dans son dernier rapport, annoncer sans aucune hésitation que la courbe typhoïde avait atteint son hypogée annuelle, et qu'elle allait, en même temps que la variole déclinait, s'élever, au contraire, par un mouvement régulier et continuel. Voici les chiffres représentant cette marche : en juin 47 décès typhiques, en juillet 77, en septembre 128.

Considérées dans les années et les saisons, ajoute M. Besnier, les maladies épidémiques s'élèvent et s'abaissent alternativement, subissent une véritable gravitation, parcourent des courbes qui leur sont propres et sont soumises, dans leurs phases, à certaines lois qu'avec le temps et l'étude on arrivera à pouvoir déterminer d'une façon précise.

Le paroxysme estival de 1877 est un peu plus élevé que le niveau moyen du faîte correspondant des années communes, mais il n'atteint que la moitié de la hauteur du paroxysme épidémique de l'année précédente, 326 décès seulement au lieu de 655.

La mortalité typhoïde atteint chaque année son maximum dans le deuxième semestre ; mais c'est dans le troisième trimestre que la mortalité relative s'élève toujours au chiffre le plus élevé; aussi que lque doive être le nombre des décès, toujours plus considérable dans le quatrième que dans le troisième, on peut affirmer que la mortalité relative sera plus faible pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre, qu'elle ne l'a été pendant les mois de juillet, d'août et de septembre.

Les *affections des voies digestives* se sont montrées, comme toujours à cette époque, plus nombreuses et plus intenses.

COMMUNICATIONS

Du bothriocéphale. — M. LABOULBÈNE rappelle que le bothriocéphale s'observe rarement à Paris. M. Davaine n'en a rencontré que trois cas. M. Laboulbène en a lui-même observé un seul cas. Il vient aujourd'hui en fournir un nouvel exemple. Il s'agit d'un malade qui entra, au mois de mai, à la Charité, pour des accidents syphilitiques, qui disparurent sous l'influence du traitement habituel. Ce malade, peu de temps après, fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et fut traité avec succès par l'acide salicylique. Mais après trois ou quatre jours de ce traitement, il rendit dans ses garde-robes quelque chose de blanchâtre. Comme cet homme était Polonais, M. Laboulbène pensa aussitôt à l'existence possible d'un bothriocéphale. Quelques jours après, il rendit un nouveau fragment totalement différent du premier. Le premier, en effet, présentant plutôt l'aspect d'un tænia; le second et les suivants offraient, au contraire, tous les caractères classiques du bothriocéphale. M. Laboulbène examina les œufs; il y en avait un très-grand nombre dans les matières; ils avaient la forme absolument elliptique. La question était de savoir si l'on avait affaire à plusieurs botriocéphales : on donna du tamarin, et M. Laboulbène put se convaincre que ce malade rendit au moins quatre ou cinq bothriocéphales. Il n'y eut plus d'œufs dans les garde-robes. M. Laboulbène a envoyé un certain nombre de ces œufs au laboratoire du Collége de France, et il espère pouvoir ainsi arriver à éclairer la question encore fort obscure de la formation du bothriocéphale.

M. POTAIN cite un exemple de transmission directe du bothriocéphale de l'homme à l'homme. Il s'agit d'une jeune dame n'ayant jamais quitté la France et qui habite la campagne, dans les environs de Paris, avec un jeune Suisse. Cette dame rendit un bothriocéphale. Il paraît difficile, ajoute M. Potain, d'admettre entre ce jeune homme et cette jeune femme un intermédiaire quelconque, et ce fait semble démontrer que le bothriocéphale peut se transmettre directement de l'homme à l'homme.

M. LABOULBÈNE demande à M. Potain si cette dame n'avait pas reçu quelque poisson de Genève ou d'ailleurs.

M. POTAIN répond négativement.

M. J. GUYOT rappelle qu'au dernier congrès de Genève, M. Vogt a fait une communication tendant à prouver, contrairement à l'opinion généralement admise, que les poissons du lac de Genève ne contiennent pas de bothriocéphales.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que, dans le fait de M. Laboulbène, le premier fragment paraît avoir été rendu sous l'influence de la médication par l'acide salicylique. Il rapproche ce fait du traitement du tænia par l'acide phénique.

M. DUMONTPALLIER cite plusieurs exemples où, croyant avoir affaire à une phthisie, au début, on administra des granules de Dioscoride, sous l'influence desquels les malades rendirent des tænias, après quoi tous les accidents observés du côté de la poitrine disparurent.

Du phlegmon périvésical. — M. VALLIN donne communication d'une note intitulée : *De l'inflammation de la loge prépéritonéale de Retzius et en particulier du phlegmon périvésical*. Les inflammations du tissu cellulaire sous-péritonéal, dit-il, ont des localisations multiples; elles ont reçu une dénomination spéciale et ont été décrites pour la plupart dans nos traités classiques. Il en est une autre, plus rare qui, par plusieurs points, se rattache aux phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure, et dont la réalité paraît démontrée par l'observation suivante : M. Vallin veut parler de l'inflammation aiguë primitive et spontanée du tissu cellulaire périvésical. Voici le résumé de cette observation :

X..., étudiant en pharmacie, âgé de vingt-cinq ans, d'une vigoureuse constitution, d'une excellente santé habituelle, le 23 mai 1877, à la suite d'un repas copieux et prolongé eut une indigestion pendant la nuit; les symptômes d'un embarras gastrique persistèrent les jours suivants; un éméto-cathartique n'amena aucun soulagement. Le 28 mai, le malade commença à ressentir, à la région hypogastrique, une douleur vive que la marche rendait insupportable; la fièvre s'alluma, la température atteignit 39°. Nausées, vomissements; sensation de pesanteur dans la région rectale, difficulté à aller à la selle, besoins fréquents d'uriner, miction difficile et douloureuse, cependant l'urine est toujours claire et limpide. Le 3 juin, fièvre intense, soif ardente, douleur abdominale plus vive et s'accompagnant d'anxiété, de nausées et de vomissements bilieux, le sphincter anal paralysé laisse involontairement échapper des matières diarrhéiques, le ténesme vésical persiste, le besoin d'uriner n'est jamais satisfait. Le cathétérisme n'amena qu'une quantité insuffisante d'urine. Comme il existait une tuméfaction notable de la région sus-pubienne, on pensa que la sonde n'avait pas pénétré dans la vessie. Le malade fut conduit à l'hôpital Necker auprès de M. Guyon, qui diagnostiqua un phlegmon du petit bassin et pres-

crivit une immobilité absolue et une application permanente de glace sur la région hypogastrique. Le lendemain MM. Guyon et Vallin virent ensemble le malade et constatèrent l'état suivant :

Les forces et l'embonpoint sont parfaitement conservés, la physionomie est ouverte, et rien ne rappelle le masque grippé de la péritonite ; l'immobilité, le relâchement des muscles abdominaux, par la flexion des cuisses, l'application d'une vessie de glace ont fait diminuer la fièvre, les vomissements et la douleur abdominale ; le pouls est à 92, la température à 38,5 environ.

La palpation superficielle de la région hypogastrique est assez bien supportée, mais une pression un peu forte réveille une douleur sourde, mal limitée, s'accompagnant d'angoisse et de nausées. Dans une étendue de 7 à 8 centimètres au-dessus du pubis, la paroi abdominale dessine une légère tuméfaction dépassant la ligne blanche, à droite, de 3 à 4 centimètres, mais se prolongeant à gauche de 10 centimètres au-dela de cette ligne. La main perçoit dans toute la région hypogastrique, mais surtout à gauche, une tumeur ovoïde mal limitée, un empâtement diffus qui semble faire corps avec la paroi. La peau, en ce point, a sa coloration normale, il n'y a ni fluctuation profonde ni œdème superficiel ; immédiatement au-dessus du pubis, la matité est complète ; à mesure qu'on s'élève, la percussion profonde fait reparaître la sonorité. Le ténesme vésical a diminué, le malade urine librement et il a rendu, il y a peu de temps, une quantité moyenne d'une urine limpide, non albumineuse, sans dépôt muqueux ni sanguinolent.

La diarrhée persiste, et les matières s'échappent involontairement malgré l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles. Le toucher rectal, rendu très-facile par le relâchement du sphincter, permet de constater le volume normal de la prostate ; en arrière de celle-ci, on sent une tumeur très-tendue, lisse, arrondie, correspondant à la face antérieure et latérale de la vessie et se déplaçant très-difficilement, mais transmettant à l'autre main appliquée sur l'hypogastre, les ébranlements qu'on lui imprime. Cette tumeur remplit le fond du petit bassin, et la pression avec le doigt ne réveille qu'une douleur sourde dans le bas-ventre.

Il n'existe ni uréthrite, ni orchite, les téguments de l'abdomen ne présentent aucune trace de contusion ni de traumatisme, nous prescrivons quinze sangsues à l'hypogastre, l'immobilité dans le relâchement et la diète.

Le lendemain 5 juin, le malade est soulagé, la douleur est calmée et les vomissements ont cessé ; la fièvre est presque nulle, la température de 38,5. Anorexie complète, émission facile et volontaire de l'urine, persistance de la diarrhée et de l'incontinence fécale.

Le 8, la tension hypogastrique a notablement diminué ; lavements frais et vésicatoire au-dessus du pubis. L'amélioration continue progressivement les jours suivants ; les selles sont volontaires et normales, la miction naturelle et facile. Le toucher rectal pratiqué chaque jour fait constater une réduction progressive du volume de la tumeur périvésicale. Les selles et l'urine n'ont jamais présenté de traces de pus ni de sanie.

Le 12, M. Guyon constate lui-même cette amélioration rapide ; la résolution lui paraît suivre une marche franche et régulière ; le pronostic est favorable.

Le 2 juillet, M. Vallin procède à un dernier examen par le toucher rectal, on ne trouve plus aucune tuméfaction, aucune induration au voisinage de la vessie ; la guérison peut être considérée comme définitive.

M. Vallin fait suivre cette observation de considérations anatomiques intéressantes, empruntées à la description donnée par Retzius, de ce que ce dernier a désigné sous le nom de cavité prépéritonéale, description qu'a fait connaître M. Constantin Paul, en 1862, dans un mémoire important lu à la société anatomique et intitulé : *Études anatomiques nouvelles, sur la région hypogastrique, déductions pathologiques.* La description de Retzius diffère de la description classique par deux points principaux : d'après lui, le péritoine entre ses deux culs-de-sac est doublé par un *fascia* membraneux distinct du *fascia propria* et qui se continue en haut avec le bord libre de l'arcade de Douglas ; la vessie est en quelque sorte logée entre le prolongement de la gaîne postérieure des muscles droits et le tissu même de ces muscles dans leur quart inférieur ; elle est ainsi mobile dans un tissu cellulaire lamelleux qui est en continuité complète avec celui de la gaîne musculaire d'une part, d'autre part avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. La marche des inflammations et du pus confirme dans beaucoup de cas cette description.

M. Vallin se demande s'il doit considérer l'affection qu'il a eue sous les yeux comme un phlegmon profond de la paroi inférieure avec propagation vers l'espace périvésical ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une inflammation directe et primitive de la loge cellulaire de la vessie. Il semble disposé à admettre cette dernière opinion, avec laquelle on a l'avantage de rapprocher ces cas de tous les autres phlegmons sous-péritonéaux du petit bassin et même du bassin.

Chez ce malade, le phlegmon hypogastrique s'est terminé par résolution. Ce mode de terminaison est rare, cependant il a été constaté plusieurs fois. La cause est ici très-obscure et il est difficile de dire quel rôle ont joué, dans ce cas, les troubles digestifs légers qui ont précédé l'apparition des accidents aigus ; l'inflammation a été spontanée et primitive.

En résumé, dit en terminant M. Vallin, le fait précédent semble prouver qu'il y a des inflammations périvésicales spontanées, primitives comme il s'en fait autour du rectum, de l'utérus, du cœcum. Ces inflammations ont des rapports assez étroits avec les phlegmons profonds de la paroi abdominale et l'on peut les réunir avec un certain nombre de ces derniers sous le nom de *phlegmons hypogastriques.* Les phlegmons périvésicaux, dont les deux caractères principaux sont : 1° la persistance au-dessus du pubis d'une tumeur simulant une vessie distendue, et 2° la présence d'une tumeur du sac postérieur, ces phlegmons peuvent se terminer par simple résolution sans issue au dehors d'un produit de suppuration.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ donnera prochainement lecture d'une observation d'hématome périvésical qui a été recueillie par M. Léon (de Rochefort).

M. CONSTANTIN PAUL depuis quinze ans, époque à laquelle il a fait son mémoire, a eu l'occasion d'observer plusieurs cas analogues. Il insiste sur ce fait que jamais il n'a vu ces abcès périvésicaux s'ouvrir dans la vessie.

M. VALLIN cite un cas rapporté par Velpeau dans lequel, paraît-il, l'abcès se serait ouvert dans la vessie.

MM. LAVERAN et FERNET ont observé des cas analogues à celui que vient de rapporter M. Vallin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris, — Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris, réunis le 26 octobre 1877, ont pris à l'unanimité la résolution suivante :

« Considérant que l'arrêté et le décret ci-dessous visés lèsent les droits acquis par le concours de l'agrégation et menacent de rendre illusoires les concours futurs.

Protestent :

1° Contre le décret du 20 août 1877 qui permet à des médecins et chirurgiens étrangers au corps des agrégés de prendre part à l'enseignement officiel et de participer à ses examens.

2° Contre l'arrêté ministériel du 11 octobre 1877, qui charge de cours complémentaires trois médecins non agrégés. »

— M. Segond est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Peyrot, pour entrer en fonctions le 15 mars 1878 jusqu'au 15 mars 1881.

M. Kirmisson est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Reclus, et pour entrer en fonctions le 1er novembre 1877, jusqu'au 15 mars 1880.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Robillard est nommé aide préparateur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Léon Garnier est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Engel, fils, démissionnaire.

MM. Schmitt et Bugnot sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Guyot et Deubel, démissionnaires,

— Le directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Nancy prendra, à l'avenir le titre de chef des travaux d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale, vient de se terminer par la nomination de MM. Cordier et Vincent.

— Le concours pour la place de chef de clinique des maladies mentales, ouvert à l'asile de Bron le 18 octobre, s'est terminé le 20, par la nomination de M. Féa, interne de cet asile.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Par arrêté en date du 27 octobre 1867, la chaire de zoologie est déclarée vacante.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Émile Jeaulin est chargé provisoirement des fonctions de préparateur de physique, en remplacement de M. Farnet.

— *Ecole de médecine d'Arras.* — M. Leprieur, chef des travaux anatomiques est institué, en outre, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Coutenot, professeur de de clinique interne est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie interne.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bertrand, professeur de chimie est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Huguet.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Bleynie, ancien professeur est nommé professeur honoraire.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie : MM. le docteur Pierre Duclos, — le docteur Renard (de Bourbonne-les-Bains), — le docteur Robert, professeur à l'école de médecine de Poitiers, — le docteur Barnsby, professeur à l'école de médecine de Tours, — le docteur Nave (de Sarlat), — le docteur Girard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Draguignan.

— Le monde savant vient de faire une grande perte en la personne de M. Louis Pfeiffer. Le savant auteur de la « Monographia Heliceorum viventium », a succombé à Cassel, le 2 octobre, à l'âge de soixante-treize ans.

— M. le docteur Ch. Abadie recommence ses conférences cliniques d'ophthalmologie, le mardi, 6 novembre, à 2 heures, à sa clinique, 17, rue Séguier, les continuera les mardis et vendredis suivant à la même heure.

— M. le docteur Fort commencera un cours public d'anatomie, le mercredi, 7 novembre 1877, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 127. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1877. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE BICÊTRE. La peur des espaces (agoraphobie, des Allemands). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 21 août dernier, le ministre de l'agriculture et du commerce consultait l'Académie sur l'opportunité d'un projet d'établissement pour l'allaitement artificiel des enfants en bas âge émis par le conseil municipal de Paris. Ce projet était renvoyé à l'examen de la commission de l'hygiène de l'enfance. La commission administrative de l'assistance publique avait été consultée en même temps pour le même projet. Elles ont conclu l'une et l'autre au rejet du projet, en se fondant sur ce que l'expérience est faite depuis longtemps à cet égard et que, malgré les perfectionnements introduits dans l'allaitement artificiel, la statistique démontre d'une manière péremptoire que la mortalité est beaucoup plus grande parmi les enfants soumis à ce mode d'allaitement que parmi ceux qui sont nourris au sein, soit par la mère, soit par une nourrice.

L'Académie a voté cette conclusion malgré les observations de MM. Jules Guérin et Colin.

Bien que nous ayons plaidé nous-même, dans le temps, les circonstances atténuantes en faveur de l'allaitement artificiel à titre d'expédient exceptionnel, nous comprenons que l'Académie, suffisamment éclairée par une expérience qui ne date pas d'hier, ait refusé de s'associer à un système nouveau d'expérimentation qu'elle a jugé inutile.

M. Verneuil a exposé ensuite de vive voix devant l'Académie le contenu d'un volumineux mémoire sur la désarticulation de la hanche. De l'étude minutieuse à laquelle il a soumis les procédés opératoires et le pansement qu'il convient de mettre en usage pour assurer le mieux possible le succès de cette grave opération, M. Verneuil a été conduit à conclure que le meilleur moyen d'atteindre ce but était : 1° de refouler le sang du membre vers le tronc, à l'aide de la bande de caoutchouc, d'enlever le membre en découvrant et en liant les vaisseaux principaux avant de les diviser; 2° de prévenir la septicémie par les moyens dont la science dispose aujourd'hui; 3° de préférer et à la réunion immédiate et aux divers procédés ovalaire latéral et à lambeau antérieur, qui visent au même but, l'occlusion de la plaie, le procédé à lambeaux latéraux ou le procédé ovalaire antérieur qui donnent à volonté une plaie béante, largement exposée, dans laquelle toute rétention des liquides morbides est impossible et toute application antiseptique facile.

Voilà un beau sujet de discussion tout trouvé pour les chirurgiens de l'Académie.

Au commencement de la séance, M. Béclard a déposé sur le bureau de l'Académie, un volumineux manuscrit qui se trouvait entre les mains des héritiers de Paul Dubois, au nom desquels il l'a présenté; c'est la suite de l'histoire de la chirurgie de Dujardin et Peyrille. On verra par la lecture de l'allocution de M. Béclard, en quelle estime Dezeimeris qui se connaissait en livres, appréciait la première partie de cet ouvrage. Aussi, doit-on accueillir avec satisfaction l'espoir qu'a exprimé M. Béclard, d'obtenir du ministre de l'instruction publique l'autorisation de publier ce manuscrit aux frais de l'État.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La peur des espaces (AGORAPHOBIE, DES ALLEMANDS) (1).

Névrose émotive.

II

Après cet exposé préliminaire des caractères généraux de la névrose et après la citation à l'appui de mes deux premières observations personnelles, je dois, sans plus tarder, donner connaissance des trois faits cliniques publiés en 1872, par Westphal, car ce sont ces trois faits qui ont d'abord servi de base au travail ingénieux du psychiâtre allemand, et qui ont ensuite dirigé les recherches de quelques auteurs du côté de cet ordre nouveau de phénomènes émotifs. Voici, d'après la traduction que j'ai fait faire de tous les documents imprimés sur cette question à l'étranger, le résumé très-complet des exemples cliniques de Westphal (Obs. III, IV et V).

OBS. III. — M. C..., voyageur de commerce, âgé de trente-deux ans, est d'une taille moyenne. Il a toutes les apparences d'une très-bonne santé habituelle, et sa conversation est pleine d'animation.

Dès qu'il arrive sur une place publique, il éprouve un sentiment d'anxiété et des battements de cœur. Essaie-t-il de la traverser, il lui semble qu'il ne pourra jamais y parvenir, et alors il est saisi de tremblement. A l'approche des maisons, il se calme. Donne-t-il le bras à quelqu'un, il est beaucoup moins troublé et peut se passer de canne. Est-il très-préoccupé et a-t-il l'esprit tout à fait tendu, il

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 octobre.

traverse parfois une place sans ressentir quoi que ce soit. La présence d'une voiture l'aide également à passer, mais il manque rarement de s'émouvoir en face de longues murailles, d'une caserne ou d'une rue dont les boutiques sont fermées. Le soir, sort-il tard du café, il attend qu'une personne prenne la même direction que lui et il la suit pas à pas, ou bien il aborde une femme en quête d'aventures et il chemine avec elle. Les lanternes rouges des brasseries lui sont d'un grand secours, mais si elles sont éteintes, il s'arrête, stationne et attend qu'un fiacre vienne à passer. Dans une prairie un peu étendue, il tomberait, dit-il, et se collerait le visage contre terre, en s'accrochant à l'herbe. Au théâtre ou à l'église, il a passé par les mêmes troubles : c'est l'espace qui lui cause de l'anxiété. Rien chez lui ne motive l'inquiétude. Il s'interroge et ne trouve aucune raison appréciable.

Ce qui le tranquillise, lorsqu'il aperçoit un fiacre, une lanterne de brasserie ou un passant, c'est qu'il pense pouvoir, en cas d'accidents maladifs, monter dans la voiture, entrer dans la brasserie ou aborder le passant. Il ne sait ce dont il a peur. Il a véritablement peur d'avoir peur.

Ce n'est point un vertige qu'il éprouve là. Il a eu autrefois des vertiges, et il reconnaît que son angoisse actuelle en diffère essentiellement. Il ne ressent aucune chaleur, avant ou après l'anxiété. Seulement, il lui semble qu'il rougit. Son malaise est bien plus prononcé à jeun qu'après un repas. Un ou deux verres de vin ou de bière atténuent la crise.

Il fait remonter sa maladie à 1866. La première atteinte se manifesta dans les conditions que voici : Agé alors de vingt-sept ans, il dut se rendre, un jour, dans une maison construite à l'extrémité d'une large avenue, isolée des autres habitations, et soudain il hésita, eut peur, n'osa point se risquer et revint sur ses pas. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'il eut peur des rues sans boutiques.

Jusque-là, il s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu de syncopes ou de convulsions. Toutefois, il avait eu de temps en temps des étincelles, des bluettes devant les yeux, et il ne voyait alors que la moitié des objets. Les bluettes affectaient tantôt l'œil droit, tantôt l'œil gauche, parfois les deux yeux. Ce phénomène, qui pouvait durer une demi-heure environ, venait à cesser dès que les mains étaient plongées dans l'eau chaude et ne s'accompagnait ou n'était suivi ni de vertiges, ni de céphalalgie, ni de vomissements.

M. C..., à part un léger tremblement des mains et un tremblement plus fort à chaque angoisse, ne présente rien de particulier du côté du système nerveux. Il n'est point hypocondriaque, et ne se traite que d'après les conseils qu'il a reçus. Il fréquente les brasseries et les théâtres et il ne fuit pas le commerce des femmes. Il a été atteint de plusieurs blennorrhagies.

Au point de vue physique, on peut noter chez lui quelques asymétries : le sourcil gauche est plus bas que le droit; l'ouverture des paupières est plus large du côté gauche; la pupille gauche est plus dilatée que la droite, soit en pleine lumière, soit dans l'obscurité; la vue est plus perçante à gauche; l'odorat est plus faible à gauche; la moitié gauche de la face est plus longue et plus étroite que la moitié droite; l'oreille gauche est également plus longue et plus étroite; la pointe de la langue est dirigée à droite; la main droite est plus large que l'autre; les doigts sont égaux en longueur, mais plus minces à gauche; le bras droit est plus fort; l'épaule droite est plus développée et plus basse; le pied gauche est plus étroit et plus cambré; le mollet gauche est moins large; le thorax est plus plat à gauche et plus large.

C'est d'après une épreuve photographique que le malade s'est lui-même aperçu de son asymétrie oculaire. Un examen ophthalmoscopique n'a rien fait découvrir.

Les parents sont sains. Aucune hérédité morbide n'est constatable ou avouée.

Obs. IV. — M. N..., âgé de vingt-quatre ans, négociant, a peur d'être pris pour un fou et ose à peine rapporter ce qu'il éprouve : il lui est impossible de traverser les places ou les rues dont les boutiques sont fermées, mais son inquiétude est moins grande s'il espère rencontrer des personnes de sa connaissance. Il ne peut pas voyager en omnibus ou faire un trajet quelconque en fiacre; il est forcé de ne circuler que dans sa propre voiture. Il ne reste pas dans un théâtre, dans un concert, et, en général, dans toute salle très-spacieuse et pleine de monde. Il ressent aussitôt une angoisse étrange, une palpitation de cœur, un tremblement involontaire, une véritable frayeur, et il lui semble qu'une sensation inusitée de chaleur part du bas-ventre et lui monte à la tête.

Veut-il traverser une place, l'espace paraît s'allonger démesurément et ses pas semblent se rapetisser, quelque effort qu'il fasse pour se raisonner et se démontrer à lui-même l'absurdité du phénomène perçu. Il sait très-bien qu'il n'éprouve pas là un vertige. Il n'en a jamais eu, même en visitant des montagnes et des glaciers. Toutefois, dans ces excursions, il était toujours accompagné d'un ami, et il n'aurait point entrepris sans lui la plus petite course. L'usage d'un vin généreux ou un bon dîner atténue sa peur.

Ce malade est intelligent, actif, bien doué, gai et dispos, mais il a une tendance très-marquée à l'emportement. Il n'accuse aucune anomalie psychique, sauf une très-légère diminution de la mémoire, et cependant il souffre moralement et craint sans cesse de perdre la raison. Il n'est nullement hypocondriaque et il arrive à dissimuler d'autant mieux ses malaises, qu'ayant eu jadis quelques attaques d'épilepsie, il allègue ce motif pour ne point sortir seul. Au demeurant, il ne se préoccupe que de ses angoisses et n'a nul souci de son épilepsie ancienne.

A quatorze ans, il avait éprouvé une première crise convulsive, et les autres à quinze et dix-sept ans. Il en eut plusieurs de suite, à dix-huit ans, qui furent suivies d'un délire passager. Il avait vingt-trois ans lorsque survint la dernière. Tous les caractères classiques de l'épilepsie ont été observés dans ses attaques, et M. N..., rattache l'origine de sa peur des espaces à un propos qu'on tint un jour sur lui dans sa famille : « Il ne pourra pas aller seul, à cause de ses attaques. »

Ce malade était héréditairement prédisposé aux névroses. Son bisaïeul paternel, homme marquant de son époque, en était arrivé, à la suite d'études prolongées, à ne plus rien faire pendant deux ans et même à ne plus lire. Si on lui parlait trop fort, il tombait le soir dans un état cataleptiforme dans lequel il entendait tout ce qui se passait autour de lui, sans qu'il eût la possibilité de faire le moindre mouvement. A ce moment, les paroles prononcées sur un ton trop élevé frappaient de nouveau son oreille et retentissaient violemment. Son aïeul, doué d'une grande intelligence, avait eu de fréquentes bluettes. Aussi il avait devant les yeux des petits cercles brillants qui peu à peu s'agrandissaient, puis pâlissaient, s'effaçaient et sortaient du champ visuel. Les frères de son père furent cités pour leur distinction, et l'un d'eux compta même au nombre des plus célèbres artistes contemporains. Deux moururent d'apoplexie et le troisième d'une affection cérébrale obscure et mal définie. Enfin, les frères et les sœurs du malade se plaignaient de bluettes.

Obs. V. — M. H. P... est ingénieur. Il a vingt-six ans. Au moment de traverser une place, il éprouve un sentiment d'anxiété qui débute aussitôt qu'il quitte la rue aboutissant à cette place. Il a « le cœur serré, » et il lui semble qu'on veut le saisir « à l'endroit du cœur, » puis son anxiété s'accroît et arrive jusqu'à la terreur. Il pâlit et rougit, il a très-chaud à la face. Les pavés paraissent « couler en torrent sous ses pas. » Il compare la sensation qu'il éprouve à l'émotion d'un nageur qui, sortant tout à coup d'un canal, aborderait un vaste étang et serait épouvanté à l'idée de ne pouvoir le traverser à la nage. L'arrivée d'une voiture allége son angoisse, et il attribue ce soulagement à la rupture de la monotonie qui règne sur la place, et peut-être aussi à la pensée qu'il pourrait monter dans cette voiture. La place une fois traversée, tout disparaît, mais s'il regarde derrière lui, la peur se manifeste de nouveau. S'il a un compagnon et s'il échange avec lui une conversation animée, il peut franchir la place presqu'à son insu, mais s'il a un commencement d'anxiété, il dissimule son état, tout en se disant subitement indisposé. Un appui quelconque, une canne ou un

parapluie, lui redonnent de l'assurance. Les places désertes sont les plus pénibles à traverser, parce qu'il a devant lui un grand espace vide et qu'il se sent plus en vue qu'ailleurs.

On n'observe rien chez lui qui appartienne au vertige : les arbres ou les maisons ne vacillent point. Les squares, les plantations et les arbrisseaux au milieu des places lui sont d'un grand secours. Un grand espace, non entouré de maisons, lui est bien moins désagréable qu'un espace de la même étendue en ville, parce que « la nature libre le rafraîchit, lui fait du bien. » A Egerlsburg où il suivait un traitement, il n'éprouva rien : « Les montagnes y dominent toujours l'horizon. » Les longues façades, l'aspect des rues le dimanche, la vue d'un pont avec des arches, peuvent également déterminer l'anxiété. Le lendemain d'un malaise, il se sent fatigué, abattu.

Comme antécédents pathologiques, il annonce qu'il a eu dans son enfance des secousses nerveuses du bras droit, et, plus tard, des évanouissements et des spasmes. C'est à quinze ans, à la suite d'une leçon d'optique, qu'apparut, pour la première fois, la peur des espaces, mais elle ne tarda pas alors à s'éloigner, puis à cesser. A vingt ans, il lui sembla, de temps en temps, que sa région occipitale devenait molle comme du beurre, et que cette sensation était précédée d'une sorte de chaleur partant des pieds et arrivant jusqu'à la tête, mais il ne ressentait ni vertiges, ni troubles intellectuels. Un peu plus tard, à la suite de pollutions fréquentes, la peur des espaces reparut.

Dans sa période d'adolescence, il avait été hypocondriaque. Il avait lu des ouvrages de médecine et notamment ceux qui traitaient de la folie.

En général, il s'émeut facilement, surtout lorsqu'il a beaucoup travaillé ou lorsqu'il a fait des démarches pour solliciter quelques emplois nouveaux. Il n'a aucune prédisposition à l'irascibilité ou aux pleurs. — L'une de ses sœurs, sauf erreur, serait épileptique.

Westphal a rapproché des faits qui précèdent une observation qui lui a été communiquée par le docteur Brück, de Driburg, et d'après laquelle un prêtre se trouvait assailli de terreur dès qu'il n'avait pas, au-dessus de sa tête, une voûte, un plafond. A la campagne, par exemple, ce prêtre marchait le long des taillis, recherchait l'abri des arbres, ou ouvrait en plaine son parapluie, se trouvant de la sorte très-rassuré et n'éprouvant pas l'angoisse caractéristique de la peur des espaces.

Brück a également connu un jeune homme de très-haute taille, d'une constitution athlétique, mais un peu fatigué par des excès vénériens, qui n'osait pas s'avancer à plus de cent pas de sa demeure, tant il avait peur du vide. Et cependant ce même jeune homme trouvait fréquemment la force nécessaire pour jouer, pendant des heures entières, aux boules et aux quilles.

Enfin, Brück et Flemming ont fait connaître à Westphal le cas qui va suivre :

Obs. VI. — Un officier supérieur présente toutes les apparences de la meilleure santé. Sa vie est très-régulière. Il est marié et heureux, mais il s'afflige un peu de n'avoir pas d'enfants. Depuis une quinzaine d'années environ, il lui arrive parfois d'avoir peur lorsqu'il traverse une place ou une large voie. Il devient tout à coup très-anxieux, craint de tomber et cherche un appui le long des maisons ou prend le bras de quelqu'un. Son cœur bat violemment, son pouls est agité et une sueur abondante se manifeste. S'il suppose que l'on doive s'apercevoir de son état ou s'il se sait observé en ce moment, son angoisse est d'autant plus pénible. Il redoute à chaque instant une attaque d'apoplexie, mais il se maintient cependant debout pendant son trouble émotif. A cheval et au champ de manœuvres, il ne ressent rien. Tous les raisonnements imaginables, au sujet de l'inanité de ses frayeurs, sont inutiles et nonavenus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur accompagnant l'envoi des volumes de l'inventaire sommaire des archives départementales, communales et hospitalières.

2° Le rapport général du médecin inspecteur des eaux de Cauvalat pour la saison de 1875. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° L'envoi d'un ouvrage intitulé : *Les eaux potables causes des maladies épidémiques*, par M. le docteur Renoir. (Commission des eaux minérales.)

2° Des lettres de MM. Desormeaux et Riche, qui se portent candidats, le premier pour la pathologie chirurgicale, le deuxième pour la section de pharmacie.

3° Une lettre de M. le docteur Le Duc, de Versailles, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

4° Une lettre de M. A. Chazaud, archiviste, avec envoi d'un exemplaire de l'inventaire sommaire des archives de l'Allier.

5° Une note de M. le docteur Frouin, de Saint-Nicolas (Côtes-du-Nord), intitulée : *Quelques considérations sur la pratique de la vaccine dans les campagnes.* (Commission de vaccine.)

6° Une note de M. Victor Tixier, de Saint-Pont (Allier), relative à la fixation des images sur la rétine. (Commission : MM. J. Regnauld, J. Lefort et Giraud-Teulon.)

M. le secrétaire perpétuel dépose sur le bureau de l'Académie un volumineux manuscrit de Peyrilhe; il s'agit de la suite de son *Histoire de la chirurgie*. Ce manuscrit avait été légué par Peyrilhe à Antoine Dubois son élève et son ami.

On se souvient, dit M. Béclard que Peyrilhe qui fut professeur à l'école de santé, mourut en 1804. On sait aussi que le premier volume de l'*Histoire de la chirurgie* a été rédigé et publié par Dujardin et que Peyrilhe a continué l'œuvre de Dujardin. Le temps n'a permis à Peyrilhe que de publier le deuxième volume. Le troisième et peut-être le quatrième ont été laissés par Peyrilhe en manuscrit. Ce sont ces manuscrits que je dépose sur le bureau.

Voici ce que dit Dezeimeris dans son dictionnaire historique de la médecine au sujet de l'*Histoire de la chirurgie* de Dujardin et Peyrilhe.

« Nul pays ne peut nous opposer pour cette branche des connaissances une histoire aussi complète, aussi exacte et puisée aussi consciencieusement aux sources.

« Peyrilhe continua l'œuvre de Dujardin. Il travailla avec la même conscience que son prédécesseur, et le surpassa même pour l'étendue des recherches et l'abondance des détails.

« Peyrilhe publia le deuxième volume de l'*Histoire de la chirurgie*; et il était sur le point de publier le troisième, qui devait être imprimé comme les autres aux frais de l'État, quand la Révolution vint y mettre obstacle. Ce volume, complétement terminé, est resté inédit. Il n'est pas inférieur en mérite aux précédents et il embrasse une période de l'histoire beaucoup moins étudiée jusqu'ici que les époques antérieures.... »

Le manuscrit de Peyrilhe que j'offre en hommage à l'Académie, au nom des héritiers de notre éminent et regretté collègue Paul Dubois, et qui renferme certainement la matière d'un troisième, peut-être même d'un quatrième volume, conduit l'*Histoire de la chirurgie* jusqu'à la fin du seizième siècle.

Nous nous proposons de demander au ministre de l'instruction publique d'autoriser l'Académie à faire imprimer aux frais de l'État, c'est-à-dire à l'Imprimerie nationale, le complément de l'œuvre remarquable de Peyrilhe; et nous croyons répondre au sentiment de l'Académie en adressant aux héritiers d'Antoine Dubois les remercîments de la Compagnie.

— M. JACCOUD demande la parole, à l'occasion du procès-verbal : de retour d'un voyage, il a lu, dans les bulletins de l'Académie, que M. Sée a prétendu qu'il avait eu des accidents à la suite de l'emploi du salicylate de soude, parce qu'il avait donné jusqu'à 15 grammes, par jour, de ce médicament. C'est là une flagrante inexactitude, qui veut être relevée. M. Jaccoud n'a jamais dépassé la dose de 12 grammes en une seule fois.

RAPPORT

M. DEVILLIERS, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, fait un rapport officiel en réponse à une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 21 août dernier, au sujet d'un projet d'établissement pour l'allaitement artificiel.

M. le rapporteur conclut en ces termes :

L'Académie de médecine ne peut qu'approuver complétement l'opinion émise par la commission de l'administration hospitalière de Paris, et elle est d'avis qu'il serait dangereux de donner suite à l'idée émise par le Conseil municipal au sujet de l'établissement à Paris ou ailleurs d'expériences en grand pour l'allaitement artificiel des enfants en bas âge.

M. JULES GUÉRIN combat les conclusions de M. Devilliers par la raison que, suivant lui, la commission ne s'est pas suffisamment pénétrée de ce qu'il pouvait y avoir de bon et d'utile dans le vœu émis par le Conseil municipal. Ce conseil, en effet, propose à l'Académie de faire des expériences ayant pour but de chercher à améliorer autant que possible l'allaitement artificiel, et non de discuter la question de savoir lequel est préférable de cet allaitement et de l'allaitement naturel. Il est toute une classe de circonstances dans lesquelles l'allaitement artificiel est absolument indispensable, un certain nombre d'enfants n'ayant ni mère, ni nourrice; or, étant données ces circonstances, il est sage et utile de chercher à rendre cet allaitement artificiel aussi satisfaisant que possible; voilà dans quel but le Conseil municipal, justement effrayé de l'énorme mortalité des enfants nouveau-nés, alloue des fonds et propose à l'Académie d'expérimenter; dans de pareilles conditions, l'Académie n'a pas le droit de refuser l'expérimentation qui lui est demandée. Depuis une vingtaine d'années, il a été fait de grand progrès dans l'allaitement artificiel, et la science n'a pas encore dit son dernier mot sur cette importante question; or, c'est un service à rendre à la science et à l'humanité que de continuer l'expérimentation dans ce sens, et ce n'est pas à l'Académie qu'il appartient de refuser ainsi de marcher dans la voie du progrès.

M. DEVILLIERS n'est pas aussi convaincu que M. Jules Guérin des progrès accomplis par l'allaitement artificiel; la statistique fournit à ce sujet des résultats malheureusement trop évidents. La commission nommée par le Conseil municipal pour étudier la question recule devant la responsabilité de favoriser l'allaitement artificiel; cette commission consulte l'Académie, et ce n'est pas à l'Académie de prêter son appui à une pratique qu'elle-même a condamnée.

M. JULES GUÉRIN croit devoir rappeler des choses qui paraissent oubliées. L'allaitement artificiel n'aurait pas fait de progrès depuis vingt ans, suivant M. Devilliers? M. Jules Guérin rappelle qu'il y a vingt ans on confondait encore l'allaitement artificiel et l'alimentation prématurée; or, on a su depuis bien nettement distinguer ces deux choses et rendre l'allaitement artificiel véritablement utile et efficace.

M. DEVILLIERS répond, qu'on sait, en effet, très-bien distinguer aujourd'hui l'allaitement artificiel de l'alimentation prématurée et dans les rapports adressé par les médecins de province, il est toujours parfaitement stipulé s'il s'agit de l'un ou de l'autre. Or, pour ne parler que de l'allaitement artificiel, les derniers rapports envoyés de Normandie où l'allaitement artificiel est le mieux compris et le mieux employé, on compte, par cet allaitement, de trente-cinq à quarante-cinq décès par cent enfants, tandis qu'on n'en compte que quinze par l'allaitement naturel. Ces chiffres parlent plus haut que ne pourraient le faire toutes les discussions.

M. COLIN appuie la motion de M. J. Guérin et défend l'allaitement artificiel. Avec les progrès de la chimie, dit-il, on est arrivé à débarrasser cet allaitement des inconvénients qu'il avait autrefois. En donnant au lait de vache ou de tout autre animal une composition aussi rapprochée que possible de celle du lait de femme, on rend aux enfants nouveau-nés privés de mère ou de nourrice, un véritable service. D'ailleurs les choses ne se passent pas autrement chez l'homme que chez les autres animaux et il est parfaitement démontré aujourd'hui qu'on élève très-bien les animaux par l'allaitement artificiel. L'académie devrait donc accepter avec empressement les offres qui lui sont faites par le Conseil municipal pour expérimenter de nouveau l'allaitement artificiel.

M. DEVERGIE trouverait immorale une semblable expérimentation.

M. DEPAUL partage l'opinion de M. Devergie. Si le conseil municipal, dit-il, justement frappé de l'énorme mortalité des nouveau-nés, avait consulté l'Académie sur les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour remédier à ce triste état de choses, alors l'Académie ne pourrait qu'accepter avec reconnaissance les offres du Conseil municipal. Mais, consultée comme elle l'a été, sur les moyens d'améliorer l'allaitement artificiel, elle ne peut véritablement pas prêter son appui à une chose qu'elle a elle-même reconnue aussi nuisible, aussi dangereuse que possible. Ce serait, comme l'a justement dit M. Devergie, une expérimentation immorale.

Quant à l'opinion émise par M. Colin, M. Depaul insiste sur ce fait qu'il ne peut être établi aucune espèce de comparaison entre l'allaitement artificiel, quelque perfectionné qu'il soit, et l'allaitement naturel. Les chimistes auront beau faire du lait aussi semblable que possible, chimiquement, au lait de femme, ce lait sera toujours nuisible à l'enfant nouveau-né. L'expérience a depuis longtemps prononcé sur ce point.

Non, l'allaitement artificiel ne convient pas aux nouveau-nés.

Quant à la comparaison établie par M. Colin entre l'homme et les animaux, elle est inadmissible. Jamais l'estomac d'un veau ou d'un mouton ne pourra être comparé à celui d'un enfant nouveau-né. M. Depaul s'associe donc entièrement aux conclusions émises par la commission.

M. BLOT partage absolument l'opinion de M. Depaul et de la commission. Relativement à cette opinion soutenue par M. Colin que de jeunes veaux se trouvent aussi bien de l'allaitement artificiel que de l'allaitement naturel, M. Blot rappelle que l'Académie a eu pendant plusieurs mois de jeunes veaux à sa disposition pour les vaccinations, et que ces jeunes veaux étaient nourris artificiellement. Or, lorsqu'on vendait ces veaux, les bouchers en donnaient 40 francs de moins que des autres, ce qui donne une juste idée de ce qu'ils pouvaient valoir.

M. MOUTARD-MARTIN faisait, avec MM. Vulpian et Alph. Guérin, partie, en qualité de membres du conseil de surveillance, de la commission nommée par l'Assistance publique pour étudier, selon le vœu émis par le Conseil municipal, la question de l'allaitement artificiel et c'est précisément à cause de leurs énergiques protestations que cette commission n'a pas voulu prendre sur elle une pareille responsabilité, et a consulté l'Académie. M. Moutard-Martin est heureux de constater que l'Académie semble partager entièrement la manière de voir des trois membres du conseil de surveillance.

M. J. GUÉRIN proteste contre l'opinion de l'Académie et prédit que, dans vingt ans, ce sera l'opinion contraire qui sera adoptée.

L'Académie consultée, accepte les conclusions de la commission.

LECTURE

Désarticulation de la hanche. — M. VERNEUIL donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

La désarticulation de la hanche comporte et comportera toujours un pronostic grave, d'une part, en raison des dangers inhérents aux affections qui la nécessitent, de l'autre, à cause des accidents traumatiques auxquels elle expose à titre de grande blessure.

Impuissants contre les premiers périls, nous pouvons prévoir et

combattre, prévenir surtout, les accidents traumatiques, en acquérant la connaissance exacte de leur origine ou de leurs causes.

Parmi ces accidents, il faut noter au début la perte de sang trop considérable pendant l'opération, et plus tard la septicémie.

A la crainte de l'hémorrhagie opératoire on a opposé plusieurs expédients : rapidité extrême de l'exécution, compression préalable de la fémorale, de l'iliaque externe, de l'aorte, ligatures préliminaires ou successives des vaisseaux fémoraux, etc.; lesquels sont trop souvent inapplicables, insuffisants, incapables de réaliser l'économie du sang.

Le meilleur moyen d'atteindre ce but consiste : d'abord à refouler dans l'économie le sang contenu dans le membre, à l'aide de la bande élastique, puis à enlever la cuisse, comme s'il s'agissait d'extirper une volumineuse tumeur, en découvrant et en liant les vaisseaux principaux avant de les ouvrir.

Pour prévenir la septicémie et ses diverses formes : aiguë, chronique ou pyohémique, il est essentiel d'empêcher les fluides altérés de stagner dans une plaie trop favorablement disposée à les retenir; utile, si on le peut, de combattre même les altérations des fluides susdits.

La réunion immédiate adoptée par la totalité des chirurgiens, et qu'ont eue en vue tous les inventeurs de procédés, est inapte à remplir les deux conditions précédentes; elle favorise bien plutôt l'altération et la rétention des fluides; ne serait-ce qu'au fond du cotyle; elle doit être adandonnée.

Pour la même raison, il faut abandonner le procédé ovalaire latéral et le procédé à lambeau antérieur; on leur reconnaît pour avantage, l'occlusion naturelle de la plaie, ils ont précisément pour inconvénient de masquer les parties profondes et d'exposer à la rétention des fluides.

Le procédé à lambeaux latéraux et même encore le procédé ovalaire antérieur sont bien préférables; ils donnent, à volonté, une plaie béante largement exposée, dans laquelle toute rétention est impossible, très-facile, au contraire, toute application antiseptique.

L'objection tirée de la lenteur de la cicatrisation d'une aussi vaste plaie, a peu de valeur si l'on songe qu'avec la réunion immédiate qui se targue surtout de hâter la guérison, celle-ci a toujours exigé une moyenne de longs mois.

Les trois modes de pansement qui se disputent actuellement la suprématie, peuvent être certainement employés après la désarticulation de la hanche; cependant comme il est difficile, dans cette région, d'appliquer convenablement et correctement aussi bien le bandage ouaté d'Alph. Guérin que le pansement antiseptique de Lister, il convient de recourir au pansement ouvert avec topiques antiseptiques, d'une exécution très-aisée et qui a déjà fait ses preuves.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 octobre 1877. — Présidence de M. LÉPINE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du salicylate de soude au point de vue de ses propriétés antipyrétiques. — M. LABORDE reprend ses diverses communications sur l'action physiologique du salicylate de soude, principalement au point de vue de l'action sur le pouls et sur la températnre, et du mode d'action de cette substance sur le système nerveux.

M. BOCHEFONTAINE rappelle que, dans la séance du 4 août 1877, il a communiqué à la Société de biologie, tant en son nom qu'au nom de M. Chabbert, des faits expérimentaux, d'où il résulte que le salicylate de soude possède une action ralentissante des mouvements du cœur.

Cette action, toutefois, n'est pas la première manifestation de l'influence du salicylate de soude sur l'organisme des différents animaux auxquels on l'a administré (grenouilles, cobayes et chiens). Chez eux, en effet, on constate d'abord un certain degré d'affaiblissement général, une sorte d'ivresse, pendant la durée desquels la sensibilité, ainsi que la motilité, sont moindres que dans l'état normal. Ce sont ces premiers effets du salicylate de soude qui ont fourni à MM. Bochefontaine et Chabbert une explication de la diminution de la sensibilité à la douleur, chez les rhumatisants traités par ce médicament. Ces expérimentateurs ont admis que le salicylate de soude agit alors sur toute la substance nerveuse grise encéphalique, et probablement aussi sur la substance grise médullaire, pour en diminuer les propriétés. Ils ont ainsi repoussé l'hypothèse d'une action paralysante sur les fibres nerveuses des nerfs périphériques. M. Bochefontaine repousse également l'hypothèse d'une action spéciale du salicylate de soude sur des centres gris percepteurs des excitations périphériques, action qui épargnerait les centres de l'intelligence et du mouvement; le salicylate de soude agit sur toute la substance grise et diminue à la fois le mouvement et la sensibilité. Les deux hypothèses d'une action spéciale sur les fibres nerveuses sensibles ne leur paraissent reposer sur aucune expérience démonstrative.

Dans une seconde période, on observe les troubles cardiaques; chez les grenouilles, le ralentissement des battements du cœur est considérable. Chez le chien et chez l'homme, on voit se produire encore des vomissements plus ou moins prolongés.

Enfin, dans une troisième période, qui est toujours suivie de mort, on observe la perte des mouvements volontaires ainsi que l'abolition progressive des mouvements réflexes, la cessation de la respiration et des battements du cœur. Ces phénomènes sont dus à une action paralysante du salicylate de soude sur la substance grise bulbo-médullaire.

M. DUMONTPALLIER cite un cas observé par lui dans son service. Il s'agit d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu avec accidents cardiaques, à qui il avait administré du salicylate de soude, et qui, le deuxième jour, présentait un notable abaissement de la température et du pouls. Quant à l'influence du salicylate de soude sur la guérison du rhumatisme, il ne l'admet pas, ou tout au moins il dit que cette guérison n'est pas une guérison, mais une simple rémission. Que de fois ne voit-on pas, en effet, des malades sortis du service où ils ont été traités comme étant guéris de leur attaque, et rentrer quelques jours après dans un service voisin avec leurs accidents précédents, et la maladie durer trente et quarante jours, comme d'ordinaire.

M. LÉPINE. Mais si alors on administre encore le salicylate de soude?

M. DUMONTPALLIER. On coupe encore l'accès, mais on ne guérit pas l'affection.

Pentastome ténioïde dans la caisse du tympan d'un chien. — M. GELLÉ, en faisant l'autopsie d'un chien, a trouvé dans la caisse du tympan une excrétion exagérée de la muqueuse de la membrane tympanique, et dans un coin de la caisse, une petite masse jaunâtre, qu'il prit d'abord pour du pus, mais qui, examinée plus attentivement, fut reconnue pour être un ver, que M. Bochefontaine rangea dans les pentastomes ténioïdes. Il signale ce fait parce que jamais, jusqu'à présent, on n'avait signalé la présence de ce ver dans la caisse du tympan. Continuant ses recherches, il retrouva un autre ver de même nature dans les fosses nasales. Il est donc permis de croire que le premier ver s'était formé dans les fosses nasales, comme il arrive fréquemment chez le chien, et qu'il avait cheminé par la trompe d'Eustache pour arriver jusqu'à la caisse du tympan.

De l'origine du facial. — M. MATHIAS DUVAL communique à la Société quelques-uns des résultats de ses recherches sur l'origine du facial et sur la méthode employée pour reconnaître exactement les origines de ce nerf. Ces recherches devront être complétées prochainement; nous attendons la prochaine communication de M. Mathias Duval pour en rendre compte.

De l'urine des ictériques. — M. ALBERT ROBIN, traitant l'urine des ictériques par le chloroforme, puis par l'acide nitrique,

a constaté qu'alors, au lieu de rester verte, la coloration devient rouge. Il y a donc une substance autre que celle constatée jusqu'ici, substance qu'il n'a pas encore déterminée.

Traitement du varicocèle par l'électricité. De l'action de l'électricité sur les tumeurs lipomateuses. — M. ONIMUS a employé deux fois l'électricité comme traitement du varicocèle; une des observations a été publiée par M. Percepied dans sa thèse inaugurale; la seconde a présenté les phénomènes suivants : avec la simple application des tampons, il y avait amélioration au bout de trois séances; le malade s'étant absenté, le traitement fut suspendu; six mois après il revint, se plaignant de douleurs très-vives; M. Onimus fit alors pénétrer dans la veine une aiguille communiquant avec le pôle positif, le tampon communiquant avec le pôle négatif étant appliqué sur la peau du scrotum; au bout de trois séances, la guérison était complète sans qu'il y ait eu douleur : la coagulation était faite.

M. Onimus croit que les aiguilles d'acier sont préférables à celles de platine et d'argent : d'abord, parce qu'on peut les introduire plus aisément, et aussi parce qu'avec les aiguilles d'acier il n'y a pas formation d'un courant secondaire qui, allant en sens inverse, diminue alors la puissance électrique avec laquelle on veut et l'on croit agir. De plus, le meilleur des vernis est le vernis de la gomme laque; mais un fait singulier, et qu'il n'a encore vu signalé nulle part, c'est que ce vernis ne se conserve pas sur le pôle négatif, tandis qu'il se conserve bien sur le pôle positif. C'est là une indication importante à retenir; car parfois, principalement dans les cas de tumeurs (lipomateuses, etc.), le pôle négatif est plus utile que le pôle positif. M. Onimus cite plusieurs cas où, sous l'influence de l'électricité, il a vu disparaître de petites tumeurs lipomateuses. Un individu atteint d'atrophie du bras, et dont le corps présentait de nombreuses petites tumeurs de cette nature, fut traité par l'électricité. M. Onimus vit alors disparaître peu à peu les tumeurs sur le bras électrisé, tandis que les autres n'étaient pas modifiées. C'est ce fait qui lui a donné l'idée du traitement de ces petites tumeurs par l'électricité.

La séance est levée à cinq heures un quart.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1877.

283. Cerou. Contribution à l'étude de l'oligurie et de l'anurie traumatiques.

284. Darcy. De l'hémiplégie puerpérale.

285. Charayron. Contribution à l'étude des glossites tertiaires syphilitiques.

286. Carry. Du role et des indications des bains dans les maladies de la peau.

287. Goutcharoff. Contribution à l'étude des flexions utérines au point de vue de leur traitement.

288. Séailles-Ransan. Étude sur l'étiologie des vomissements dans la fièvre typhoïde, leur nature, leur pronostic.

289. David. Étude sur la greffe dentaire.

290. Binse. De la tuberculose pulmonaire tardive étudiée chez l'homme.

291. Guillon. Considérations sur l'hématocèle vaginale.

292. Monnier. Contribution à l'étude des lésions de l'intestin à la suite de contusions abdominales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Sur le rapport de M. le professeur Léon Le Fort, la Faculté, à l'unanimité, moins un des membres présents, a déclaré, dans son assemblée de mercredi dernier, protester à la fois contre le décret du 20 août et contre les arrêtés du 11 octobre et en réclamer l'abrogation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Blondel, ancien directeur de l'Assistance publique.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite du concours de 1877, sont nommés internes : MM. Laconche, Bouvet, Bompar, Fage et du Magny.

— *Hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.* — Le concours, ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 22 octobre, pour les places d'internes des hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne, s'est terminé le 25 octobre, par la nomination de :

Internes titulaires : MM. 1. Genevey-Montaz, Chapuis, Robin, Dufour, Soller, Brizard, Auboyer, Bernard, Brossard, Coulomb.

11. Hortolès, Badolle, Mathieu, Munot, Brosset et Gauch.

Internes provisoires : MM. Vasselle, Bernay, Rocher, Magnanon, Blanc, Ollivier, Imbert de la Touche et Fuzier.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Collot, licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1877-78, des fonctions d'agrégé.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Haller, chargé des fonctions d'agrégé, est autorisé à faire à cette école un cours complémentaire de chimie analytique pendant l'année scolaire 1877-1878.

— *Service de santé militaire.* — M. Billet (Albert-Paul), et non *Bilhete*, a été nommé élève de santé militaire, dans le dernier concours, avec le numéro 2, par ordre de mérite.

— *Prix de la Société française de tempérance.* — Prix à décerner en 1878 :

1re *question.* — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de vie de même origine.

Le prix sera de 2,000 francs.

2e *question.* — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques.

Le prix sera de 1,000 francs.

3e *question.* — Étude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Le prix sera de 1,000 francs.

NOTA. — Les mémoires, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité le lundi 5 novembre, à huit heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Constantin Paul commencera le mercredi, 14 novembre, à 9 heures et demie, des conférences cliniques sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du cœur, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

— M. le docteur Duplay, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi, 8 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure,

Visite des malades à 8 heures et demie. — Opérations à dix heures.

— La policlinique de chirurgie des femmes, du docteur Berrut, (29, rue de Bellechasse) sera ouverte du 1er novembre au 31 août.

Le jeudi, à neuf heures du matin, consultations libres ; à onze heures, leçon clinique libre.

La première leçon aura lieu le 8 novembre et sera consacrée à

l'examen de la question du « secret médical devant les tribunaux » : 1° dans le cas de déclaration de naissance ; 2° dans le cas de témoignage.

— M. le docteur A. Desmares commencera son cours sur la pathologie oculaire, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le mercredi, 14 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur P. Ménière commencera son cours de *thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes*, le vendredi, 8 novembre, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), à trois heures, et le continuera les vendredis suivants.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6. avenue Victoria.

Coton iodé préparé par J. THOMAS,

pharmacien de 1re classe,

lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Royat (Ems français).

L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées,* etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL

SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.

Saison du 1er mai au 15 octobre.

Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX

Caisse de 30 bouteilles. . . . . 20 fr.

Caisse de 50 bouteilles. . . . . 30 fr.

Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

Élixir de Pepsine à la Glycérine

DE CATILLON.

Cette préparation a un pouvoir digestif bien supérieur à celui de la pepsine ordinaire. Elle n'est pas alcoolique; l'alcool paralyse la pepsine. Son action puissante et rapide entrave les accès de migraine venant de l'estomac, r. Fontaine St-Georges, Paris, 1.

Huile de foie de morue

BRUNE-CLAIRE

du **DOCTEUR DE JONGH,**

de la Fac. de méd. de La Haye, chev. de la Légion d'honneur, chev. de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. CHEVALLIER, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :

ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

DÉPÔT A PARIS :

Pharmacie ROBERTS, 23, place Vendôme.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Dragées et Sirop dépuratifs

DU Dr GIBERT,

anc. secrétaire de l'Académie de médecine

anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Eau de Luchon.

La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

DÉPÔT : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PHTHISIE PULMONAIRE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS

contenant par cuillerée à soupe ; { le vin, 0,20 / l'huile, 0,10 } de créosote VÉGÉTALE.

Capsules d'Huile créosotée à 0,02.

Exiger la signature du Dr G. FOURNIER, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, et 10, rue de l'Arcade (Paris).

Solution—Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Dans ce nouveau produit, le PHOSPHORE, le FER et l'ARSENIC, unis à doses thérapeutiques équivalentes, se faisant valoir et se complétant réciproquement, acquièrent une très-grande efficacité contre : *Chlorose, Anémie, Névroses, Chorée, Atonie générale, Dyspepsie, Scrofule, Rachitisme, Tuberculose, Cachexies paludéennes, Maladies de la Peau, Cachexies des Maladies chroniques*, etc. Dépôt dans les principales pharmacies de France. — Dépôt principal : E. FOURNIER et Ce, 15, rue de Londres, à Paris. — En gros : chez J. AUBIN, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES

Sirops du Docteur CHURCHILL

à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

N° 128. — MARDI 6 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1877. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La peur des espaces (AGORAPHOBIE, DES ALLEMANDS) (1).

Névrose émotive.

III

Les malades atteints de la peur des espaces aiment, en général, peu sortir. Ils se créent volontiers des habitudes sédentaires, et comme ils appartiennent pour la plupart aux professions libérales et aux classes intelligentes et élevées de la société, il en résulte qu'ils ont une certaine propension à écrire et qu'ils mettent avec une satisfaction relative leur médecin au courant de leurs angoisses, de leurs émotions et de leurs aventures. La correspondance des agoraphobes est une auto-biographie psychique scrupuleusement exacte, sans redites bien nombreuses et sans interprétations trop fantaisistes. Les névropathes, après un accident, sont surpris, déconcertés, et, dans l'impossibilité où ils se trouvent de donner de leurs impressions anxieuses une explication valable, ils se contentent de l'exprimer avec précision et d'appeler la lumière. Dans la rédaction de leurs confidences, ils sont raisonnables, honnêtes et mesurés. Ils savent se limiter, ne parlent que de leur effroi non motivé et terrifiant, et déclarent qu'ils se portent, du reste, à merveille.

Les hypocondriaques, au contraire, se livrent à toutes les exagérations et décrivent leurs sensations ou leurs souffrances avec une prolixité plaintive presque interminable. Le moindre détail est à leurs yeux un signe d'une importance majeure, et, dans des lettres de douze pages, ils ont de la peine à passer en revue tous leurs maux. Tout est malade chez eux : pas une fonction ne s'accomplit normalement, pas un organe n'est sain. Que leur importe la mort? Ils disent n'en avoir point peur. Ce qu'ils veulent, c'est qu'on leur épargne la douleur. Indiscrets, suppliants, émus, importuns, ils sollicitent sans dignité quelques heures d'apaisement, et, les larmes aux yeux, ils gémissent dès le lendemain sur la même énumération de souffrances et implorent encore, Quel que soit le dévouement qu'on leur témoigne, ils s'avouent rarement soulagés, mais conservent cependant la même confiance dans leur médecin. Ils s'ingénient même à mériter ses bonnes grâces, ne reculent dans leurs lettres ni devant la flatterie ni devant la bassesse, et se déclarent toujours prêts à obéir en esclaves.

A ne le juger que par ses écrits — et sans vouloir, en ce moment, préjuger la question — l'agoraphobe n'est donc point un hypochondriaque.

Je tiens à rapporter maintenant l'exemple très-curieux d'un malade qui a exercé la perspicacité d'un certain nombre de médecins en renom à Paris, qui ne peut jamais sortir sans sa femme, et qui, à l'inverse des névropathes observés par Westphal, craint toujours de rencontrer dans la rue des personnes de sa connaissance. La relation de ses anxiétés est textuellement extraite de la correspondance qu'il a échangée avec moi, depuis cinq ou six ans.

OBS. VII. — M. M..., artiste-professeur, âgé aujourd'hui de quarante et un ans, est malade depuis 1866, c'est-à-dire depuis plus de onze ans. Il est d'une taille moyenne, d'une constitution très-vigoureuse, d'un caractère gai et d'un commerce agréable. Il n'a jamais souffert de quoi que ce soit, mais il a depuis longtemps l'habitude d'aller trois ou quatre fois par jour à la garde-robe, et il a assez souvent des selles demi-diarrhéiques.

Voici en quels termes il dépeint son état :

31 juillet 1872. — « Je suis atteint depuis six ans d'une maladie nerveuse contractée durant un voyage en mer de quinze heures. Étant malade à l'intérieur du navire, je suis monté sur le pont, exposé au froid et à la pluie, tête nue, et ce, de deux à quatre heures du matin. La veille, je jouissais d'une santé parfaite. Le lendemain, j'étais atteint de peurs de tomber, de crier, de divaguer, le tout accompagné de fréquentes envies de pleurer.

« Il m'est impossible, depuis cette époque, de sortir un peu loin seul; je crois qu'à chaque instant je vais perdre la raison, sans cependant qu'aucune manifestation fâcheuse se soit jamais produite, Dieu merci! Si je rencontre quelqu'un qui connaisse mon affection, je me détourne de lui, si je le puis. Si je n'ai pu me dérober, mes jambes faiblissent tout en lui parlant, mon cerveau paraît s'engourdir, j'ai une peur très-vive de n'être plus maître de moi, et n'importe quel prétexte me suffit pour quitter mon interlocuteur et rentrer à la maison, où je suis relativement tranquille.

« Je ne puis sortir qu'accompagné de ma femme. Une autre personne, fût-elle de ma famille, ne pourrait la remplacer. J'ai trente-six ans, je suis marié depuis huit ans; mon appétit est bon et mon sommeil aussi. Je n'ai jamais fait d'excès et jamais l'un de mes parents n'a eu de maladie analogue ou semblable. »

26 août 1872. — « Des peurs épouvantables de ne pouvoir me conduire, me diriger, me maîtriser, s'emparent de moi aussitôt que je veux sortir de la maison, seul, et m'obligent à rentrer au bout de quelques minutes. Dans ces moments de frayeur, mon intelligence se voile, mes jambes faiblissent et se contractent, j'entends moins bien, et il n'y a que ma rentrée chez moi qui me rende à peu près

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre.

tranquille. Je ne puis mieux me comparer qu'à un individu auquel on mettrait deux, quatre ou six dentelles claires sur les yeux, afin de diminuer sa faculté de voir, avec cette différence que, chez moi, ce n'est pas la vue qui a baissé, puisqu'elle est restée excellente, mais la confiance, la tranquillité, le calme. Malgré ce voile, qui obscurcit mon intelligence, ma force cérébrale, la mémoire, est restée très-bonne. Chaque fois que mes peurs me prennent, j'ai de fortes envies de pleurer et j'éternue. »

10 octobre 1872. — « La confiance n'a ni augmenté ni diminué. Aussitôt dans la rue, la marche devient hésitante, les jambes flageolent, l'intelligence se trouble : il me semble alors que le cerveau se paralyse. Ma tête me paraît vide ou congestionnée. Je ressemble à un homme ivre.

« Ma tête est atteinte. Est-ce une congestion légère, suite du froid contracté en mer? Est-ce un rhumatisme du cerveau, selon M. B...? Une hyperémie cérébrale, d'après M. D...? Une anémie du cerveau, selon M. P...? C'est à vous de conclure. Que m'ordonnez-vous? »

3 janvier 1873. — « A 2 ou 300 mètres de la maison, c'est toujours la même chose : les jambes sont faibles, la marche est incertaine, la faculté d'aller et de venir est amoindrie, la raison est troublée, voilée. Les rencontres de personnes connues m'effraient à ce point que si, une fois par semaine, je vais jusqu'à la Seine, je prends les rues Duphot, Richepance ou Saint-Florentin, qui sont presque désertes, de préférence à la rue Royale. Si je n'ai pu éviter quelqu'un, je m'arrange pour ne pas faire route avec lui, car après quelques banalités, la peur me saisit et j'invente n'importe quel prétexte pour le quitter. »

7 mars 1874. — « Les peurs de tomber à la renverse subsistent. Je me trouble quand je suis obligé de parler dans la rue à quelqu'un, et j'ai souvent des envies de pleurer. Je m'étaye ou je m'appuie au mur. Les vingt-deux bains froids que j'ai pris l'été dernier m'ont fait un certain bien. Je bois peu, j'ai sept ou huit rapports avec ma femme par mois et j'ai de l'appétit et du sommeil. »

10 novembre 1874. — « Malgré quarante-trois bains de rivière, des promenades presque quotidiennes, l'usage du bromure de potassium et l'emploi de l'eau de Vals de temps en temps, j'ai toujours mes peurs.

« Les conseils de révision de l'armée territoriale, dont je dois faire partie, se réunissent d'ici à quelques jours. La perspective de me trouver *seul* devant dix ou quinze personnes m'effraie et pourrait me faire bien du mal. Dieu sait ce qui m'arriverait! Je voudrais que vous eussiez l'obligeance de m'envoyer un certificat attestant que j'ai une névrose, plus une hernie inguinale droite très-forte et d'une contention difficile. »

20 avril 1875. — « Le certificat que vous m'avez délivré m'a fait exempter de l'armée territoriale. J'ai toujours des peurs, des faiblesses cérébrales, terribles. Il y a deux mois, rue Royale, accompagné de ma femme et rentrant à la maison, j'ai été pris d'une telle peur ou faiblesse, que j'ai dû quitter le bras de ma femme et rentrer à la maison, en courant comme un fou. Que s'était-il passé? Rien. J'aurais dû passer par une rue moins fréquentée que la rue Royale. Rentré à la maison — ma femme me suivait — j'ai repris mes occupations ordinaires, et le lendemain, je suis sorti *seul* une heure avant et une heure après le déjeuner.

« Avant-hier, à deux heures et demie, j'aperçois sur le boulevard de la Madeleine un de mes bons amis qui aime à causer. Quoique accompagné de ma femme, la peur me saisit, je fais volte-face pour n'avoir pas à parler à mon ami. Mes jambes alors tremblotaient, je me soutenais à peine, et ce n'est que 50 mètres plus loin et quand j'ai vu mon ami entrer quelque part, que ma quasi-tranquillité est revenue et que j'ai pu continuer ma course.

« Ainsi, seul ou accompagné par ma femme, j'ai des frayeurs : mes jambes fléchissent, se roidissent, tremblent ou se refroidissent, et je crois que je vais me jeter par terre. L'inquiétude se lit sur mon visage, ma raison se trouble et je redoute de perdre connaissance. Je juge très-bien mon état et ma première pensée est de rentrer au plus vite chez moi. Tâchez de faire cesser ou d'enrayer ces affolements stupides. A la maison, je préfère les encoignures où je puis m'appuyer. »

2 octobre 1877. — « Si vous ne m'avez pas guéri, vous avez du moins enrayé ma maladie. Je ne suis pas assez naïf ni assez inepte pour croire jamais à une guérison. Voilà onze ans, deux mois et vingt jours que j'ai fait ce voyage de Honfleur à Southampton que je vous ai narré si souvent!

« Demain, M. L..., de l'Opéra, doit m'envoyer deux places pour *la Reine de Chypre*, mais je lui ai bien recommandé de ne pas m'envoyer de fauteuils ni de stalles, mais bien deux places dans une loge, quel que soit l'étage. Comme dans le temps, je ne monte jamais sur les impériales d'omnibus, pas plus qu'il me serait agréable d'aller dîner en ville, privé que je serais de pouvoir m'appuyer ou m'étayer à une banquette.

« Je mange et bois bien, et je dors assez bien. Quand je sors dans la journée ou la soirée (sauf après les repas, surtout le déjeuner, où je suis mieux), je marche comme un homme ivre ou qui vient d'être réveillé en sursaut, ou bien encore qui relève d'une longue maladie et qui n'a ni les jambes ni la tête solides. »

On a pu remarquer que la peur des espaces se produisait chez certains malades dans un lieu très-fréquenté ou dans les foules. L'angoisse est alors absolument la même qu'en présence d'une place; elle s'impose soudainement et elle est amenée d'une façon presque invariable par ce raisonnement : « Je ne peux pas sortir, je vais avoir une crise, tout le monde va faire attention à moi et se moquer; je suis perdu! » Un agoraphobe, traité par Cordes, se trouvait au théâtre lorsqu'il se lève tout à coup au milieu de la représentation et s'éloigne. Le lendemain, lorsque son médecin l'interroge et lui reproche son manque de confiance, il lui répond : « Qu'est-ce que je serais devenu si le feu avait éclaté dans la salle et si, à ce moment là, j'avais eu un accès? Je n'aurais pas pu me sauver. »

Résumons maintenant quelques cas rapportés çà et là par les auteurs.

M. Dagonet a cité, dans une séance de la Société médico-psychologique, l'exemple d'un jeune homme très-instruit, professeur de lettres, appartenant à une famille intelligente, et qui présente tous les phénomènes se rattachant à la peur des espaces. Plusieurs des parents de ce jeune homme sont excentriques ou même aliénés.

M. Delasiauve a vu un malade, domicilié au Gros-Caillou, qui ne pouvait traverser le pont d'Iéna ou des Invalides, qu'en fixant au delà un arbre ou une maison. Encore n'y réussissait-il pas toujours. Il se décidait avec peine à entrer dans une barque, et il éprouvait les plus vives anxiétés pendant toute la durée d'un trajet sur l'eau.

Morel fut placé, en 1845, auprès d'un malade, âgé de quarante ans, ancien officier de la garde royale, homme du monde, causeur intéressant, qui ne passait nullement pour un aliéné, mais que l'on considérait volontiers comme un excentrique. Il ne pouvait habiter qu'un rez-de-chaussée. Montait-il par distraction au premier étage, il était pris de frayeur et se sentait comme entraîné dans un précipice.

« Les trois ou quatre premiers jours se passèrent très-bien. Le malade paraissait heureux, et pas un mot concernant sa santé ne fut prononcé; seulement, je remarquai qu'il examinait d'une manière inquiète la localité, et il s'informait s'il n'y avait pas dans les environs quelque puits, quelque précipice. Ceci commençait déjà à m'inquiéter et j'entrevis que la position ne tarderait pas à se compliquer. Mes craintes se réalisèrent plus tôt que je n'avais pensé. Un soir, je fus réveillé par des cris terribles. Le domestique qui couchait près de M. *** appelait au secours, et quand j'arrivai, je fus témoin d'une crise nerveuse des plus intenses, M. *** criait et sanglotait; il se cramponnait à un domestique qu'il étouffait de ses étreintes. *Le puits, le puits*, s'écriait-il, d'une voix rauque..... *le puits, bouchez le puits*. Or, qu'était-il arrivé?

« M. *** s'était couché tranquillement, et, après quelques instants, avait demandé discrètement à son domestique ce que signifiaient les planches et les matériaux qu'il avait remarqués accumulés dans un coin du jardin, voisin de sa chambre à coucher. Le domestique répondit sans mystère que c'était un puits que l'on avait fait boucher. Eh bien, le simple fait d'association morbide entre l'idée d'un précipice et l'impression qui en fut le résultat immédiat, avaient suffi pour amener la crise que j'ai décrite (1) ».

Ce malade comptait des névropathes dans sa famille. Son frère, par exemple, était le type d'un de ces esprits pusillanimes, bornés, sans énergie, sans volonté, dont l'existence se rattache à des habitudes de niaiserie stéréotypée, et se signale par des tics ridicules. Il n'osait pas toucher des monnaies de cuivre, et quand il sortait seul en voiture, on payait d'avance le cocher, ou bien l'on enveloppait la somme dans du papier. Il n'ouvrait jamais une porte ou une fenêtre sans envelopper préalablement sa main et il rentrait complétement dans la catégorie de malades étranges que j'ai décrits, en 1875, dans la *Gazette des hôpitaux*, lorsque j'ai tracé l'histoire clinique de « la folie du doute (avec délire du toucher). » Le jour de son mariage, on le chercha le soir pendant des heures entières et on le trouva blotti, au grenier, derrière un vieux meuble. La crainte du tête à tête avec sa jeune femme avait suffi pour suspendre chez lui l'exercice de la volonté et amener un phénomène d'automatisme stupide. Or, personne n'ignore que certains névropathes passent facilement par des angoisses analogues; qu'ils restent immobiles devant une porte sans oser l'ouvrir; devant une lettre sans la décacheter; devant un papier sans pouvoir y poser la plume; devant une voiture sans en franchir le marche-pied, etc.

Mais revenons aux agoraphobes. Certains d'entre eux, après avoir traversé une place, ne peuvent regarder derrière eux, ni revenir sur leurs pas, sans être repris aussitôt de la même terreur. D'autres encore, très-tranquilles chez eux, peuvent, par la vivacité de leurs souvenirs, la concentration de leur pensée et la puissance de leur volonté, provoquer une scène d'angoisses identique à celle qu'ils ont éprouvée à un endroit déterminé. Il leur suffit de s'isoler du monde extérieur pendant quelques instants, de se rappeler nettement l'alarme subie et de s'identifier avec l'impression perçue : l'impression reparaît, revit. Bien qu'artificiel et volontaire, l'affolement anxieux n'est ni moins pénible ni moins prolongé que l'affolement accidentel et involontaire ne l'a été.

Le malade de Morel, qui ne pouvait habiter qu'un rez-de-chaussée, avait évidemment ressenti la peur des espaces en présence d'un puits, d'un grand trou, d'un gouffre ou d'un précipice, et, à la nouvelle que l'on avait fait boucher un puits très-près de lui, son anxiété première s'est reproduite. La réminiscence de l'émotion a rappelé l'émotion elle-même. Dans l'histoire psycho-pathologique des névroses, quel rôle la mémoire ne joue-t-elle pas !

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 octobre 1877. — Présidence de M. Lépine.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Hémorrhagie dans le centre ovale gauche, hémiplégie droite, atrophie musculaire, épaississement des téguments. — M. Landouzy présente le cerveau d'un vieillard dans lequel il a trouvé une cicatrice ocreuse hémorrhagique occupant les fibres blanches du centre ovale gauche : cette cicatrice qui se présente sous la forme d'une lacune allongée, parallèle à l'axe même de l'hémisphère s'étend du pied de la première circonvolution frontale à un centimètre en avant de la scissure pariéto-occipitale, c'est assez dire qu'elle a intéressé, dans leur continuité, toutes les fibres blanches qui partent des centres moteurs de la région fronto-pariétale : cette lésion a entraîné un certain degré de dégénération descendante de la moelle.

L'histoire clinique de ce fait (qui rentre dans la catégorie de ceux étudiés récemment par M. Pitres), se résume ainsi : mai 1877, légère attaque apoplectique, hémiplégie droite totale, compléte, flasque.

Juillet : contracture tardive et atrophie musculaire droite : épaississement des téguments des membres droits : eschare sacrée résultant du décubitus horizontal auquel la contracture condamne le malade.

Octobre : agrandissement de l'eschare, extension à la région fessière droite.

Infection putride ; mort, 20 octobre.

M. Landouzy insiste sur l'épaississement notable des téguments constaté sur les membres atteints par l'atrophie musculaire. La macilence des membres droits était telle que la mensuration donnait pour la cuisse, le mollet et le bras droit une différence de 0m,015, 0m,020 et 0m,015 : dans les régions des membres où existait au maximum la macilence musculaire, on trouvait des téguments ayant une épaisseur double ou triple des téguments des membres gauches, comme le démontrent nettement les échantillons pris sur des points exactement symétriques. L'examen et la dissection des lambeaux tégumentaires montrent que l'augmentation d'épaisseur porte, non sur la peau elle-même, mais sur la couche sous-cutanée, sur la couche comprise entre la face profonde du derme et la face superficielle de l'aponévrose d'enveloppe.

Sur les lambeaux enlevés sur les membres droits, on trouve une couche cellulo-graisseuse à peine indiquée sur les lambeaux provenant des membres sains : il s'agit d'une adipose, d'une surcharge graisseuse du tissu conjonctif sous-cutané, il y a hypertrophie du pannicule adipeux.

Si M. Landouzy relève ce fait, c'est qu'il prend à ses yeux une importance considérable depuis le jour où, son maître Fernet lui ayant montré cet épaississement cutané dans l'atrophie musculaire consécutive à certaines sciatiques, il a trouvé son existence constante dans tous les cas de macilence musculaire symptomatique, dans tous les cas de macilence musculaire ne ressortissant pas au type Duchenne-Aran.

Le seul auteur qui ait signalé l'adipose sous-cutanée est le professeur Gubler, dans un travail où un de ses élèves, le docteur Collette, s'est proposé d'étudier certaines phlegmasies mono-articulaires « dans le cours desquelles, sous des influences morbides encore mal déterminées, les différents groupes musculaires disposés autour de la jointure malade, s'atrophient en même temps que la couche de tissu adipeux qui double la peau devient plus épaisse. »

En dehors de ce travail, on ne trouve rien sur le développement normal du pannicule adipeux sous-cutané, ni sur les déviations qu'il peut subir, et pourtant, cette adipose est importante : en clinique, puisqu'elle atténue ou masque l'atrophie musculaire sous-jacente ; en physiologie, puisque les conditions dans lesquelles elle se produit (lésions des nerfs ou de la moelle) montrent qu'il s'agit là d'un trouble trophique, d'une déviation *dans la nutrition du tissu conjonctif sous-cutané*.

L'étude de ce petit fait indique que les actions trophiques du tissu conjonctif sous-cutané n'ont ni mêmes centres, ni mêmes conducteurs que les muscles et la peau. En effet, alors que l'action trophique musculaire cesse (atrophie musculaire), le trophisme cutané continue (intégrité de la peau), et l'action trophique du tissu sous-cutané est simplement déviée.

La preuve de cette dissociation trophique, M. Landouzy la voit dans l'atrophie musculaire idiopathique dans laquelle le muscle *seul dépérit;* dans les atrophies musculaires deutéropathiques dans lesquelles

(1) *Archives générales de médecine*, avril 1866.

l'adipose sous-cutanée tantôt apparaît avec la macilence musculaire, tantôt se montre avec la macilence musculaire et des lésions cutanées proprement dites (zona, érythème, pemphigus), etc.

Ce qui revient à dire que l'adipose n'est pas sous la dépendance de la macilence musculaire, mais sous la dépendance d'une lésion coexistante ou consécutive des nerfs destinés au tissu conjonctif sous-cutané.

Cette dissociation *pathologique* conduit aux *dissociations anatomiques,* et elle amènera, par la réunion d'observations cliniques attentives et de nécropsies minutieuses, à découvrir les centres et les conducteurs de l'action exercée par la moelle sur le tissu conjonctif.

M. CHARCOT fait ressortir l'intérêt de la communication de M. Landouzy au double point de vue de la localisation cérébrale et de l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané, sous lequel se masquent souvent des atrophies musculaires qui passent ainsi inaperçues.

De la pilocarpine. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur l'action de la pilocarpine sur l'œil. C'est sous forme de nitrate neutre que ce médicament a été expérimenté, et M. Galezowski a pu constater que l'alcaloïde du Jaborandi possède une propriété myotique des plus puissantes. A la dose de 0,20 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée, une goutte instillée dans l'œil atteint de mydriase paralytique, amène une telle contraction de la pupille, qu'au bout d'une demi-heure cette dernière mesure à peine 1 millimètre de diamètre. La contraction dure de cinq à huit heures consécutives. Ce résultat s'est vérifié sur un grand nombre de malades, et on peut dire, dès aujourd'hui, que la pilocarpine ne cède en rien ses propriétés myotiques à l'ésérine, et qu'elle offre, en outre, cet avantage qu'elle ne provoque aucune irritation.

Il n'en n'est pas de même de l'ésérine, dont l'usage prolongé peut occasionner, selon M. Galezowski, des douleurs périorbitaires, des nausées et une conjonctivite des plus intenses.

M. GALIPPE fait observer qu'il a fait, avec M. Bochefontaine, des expériences relatives à l'influence de la pilocarpine sur l'œil, dont des résultats ont été absolument conformes aux observations de M. Galezowski.

Des effets physiologiques des bains d'étuve. — M. KRISHABER s'est soumis à un traitement de bains d'étuve de longue durée, et en a profité pour étudier les effets immédiats sur l'homme des milieux ambiants à température très-élevée. Il s'agissait de savoir comment se comporte la température du corps, la circulation et la respiration pendant le séjour dans l'étuve, et qu'elle est la relation entre la température ambiante et les phénomènes provoqués. Cette relation, facile à établir dans l'étuve sèche, ne l'a pas été autant dans l'étuve humide, la densité de la vapeur étant restée inconnue.

Muni de deux thermomètres, dont l'un devait marquer la température ambiante et l'autre la température axillaire, d'un auto-stéthoscope, d'une montre à secondes et d'un carnet pour recueillir des notes, M. Krishaber s'est livré à un certain nombre d'expériences sur lui-même.

Voici le résultat de ses relevés dans l'étuve sèche : Avant d'entrer dans l'étuve à 3 heures 24 minutes, température axillaire 36° 6/10, pouls 73, resp. 19. Il entre dans l'étuve à 62°, à 3 heures 44 ; la température de l'étuve augmente dans une proportion lente et constante, pendant 26 minutes; dans les dernières 5 minutes elle atteint 75° et se maintient à cette hauteur. A 4 heures (16 minutes après l'entrée dans l'étuve), température axillaire 39°2/10, pouls, 160. Il survient à ce moment un léger bruit de souffle du cœur pendant la systole.

A 4 h. 5, température axillaire 39°4/10. A 4 h. 10, température axillaire 39°6/10.

A ce moment, 26 minutes après son entrée dans l'étuve, M. Krishaber éprouve un malaise difficile à définir et il cesse de pouvoir écrire.

Sortant de l'étuve il se met immédiatement et sans transition, sous une douche d'eau froide à 12° et y reste une minute.

Au moment où il reçoit le premier jet d'eau froide, il y eut un arrêt du cœur d'environ deux secondes de durée (constaté par le pouls) après une minute de repos.

A 4 h. 12, il se met de nouveau sous la douche d'eau froide et y reste exposé avec de courts intervalles de quelques secondes, pendant 12 minutes consécutives jusqu'à 4 h. 24 m.: température axillaire 38°6/10, pouls 74.

Il y avait donc à ce moment une singulière disproportion entre les phénomènes observés, car, tandis que la température était à 2° au-dessus de la normale, le pouls était tombé à son état normal à un battement près.

Il est donc un premier fait acquis, c'est que la douche froide prolongée, ne fait baisser la température que dans une très-faible mesure, tandis qu'elle influence la circulation très-rapidement, en la déprimant. — Repos dans une chambre dont la température est à 26°.

A 4 h. 32 (8 minutes après la deuxième douche froide), températ. axillaire 38°.

A 4 h. 45 (21 minutes après la deuxième douche froide), temp. axillaire 37°9/10, pouls 76.

A partir de ce moment, la température axillaire diminue dans une progression régulière d'abord, mais ensuite de moins en moins rapide et reste finalement à 37°,6, c'est-à-dire à un degré au-dessus de la normale.

A 5 heures 10 minutes (46 minutes après la sortie de la douche froide), température toujours à 37°,6 pouls à 68. Le pouls est donc sensiblement moins fréquent qu'avant l'expérience, tandis que la température reste à un degré au-dessus de la normale.

A 6 h. 10, M. Krishaber entre dans l'étuve humide qui est d'abord à 40° puis à 45° (on sait que dans l'étuve humide on ne peut pas supporter des températures aussi élevées que dans l'étuve sèche). Il y reste 40 minutes.

A 6 h. 35 temp. ax. 39°2. — A 6 h. 40 temp. ax. 39°,6, pouls 170. — A 6 h. 45 temp. 40. — A 6 h. 48 temp. 40°,1 ; pouls 185. — A 6 h. 50 temp. 40,2; pouls incomptable, sortie de l'étuve à vapeurs, nausée, céphalée. Douche tiède de 30° pendant 2 minutes suivie immédiatement d'une douche de 22° et finalement d'une douche de 16°. — A 7 h. 30 temp. axill. 39°,9. A ce moment, la céphalée a disparu, soif ardente. A 7 h, 30, rentrée nouvelle dans l'étuve sèche dont la temp. oscille entre 65 et 70°. — A 8 h. temp. axill. 39°3 ; pouls 174, sortie, douche en pluie à 12°. — A 8 h. 20 temp. axill. 37°,6. A 11 heures du soir, la temp. axill. reste encore à 1 degré au dessus de la normale ; pouls 63 (dix pulsations par minute audessous de la normale. M. Krishaber a répété depuis ces expériences, il est arrivé à supporter dans l'étuve sèche une température de 80°. Sa température axillaire s'est élevée à 41°,8.

Voilà donc, dit en terminani M. Krishaber, toutes les conditions apparentes d'un état pathologique provoquées artificiellement, température, circulation, respiration presqu'au summum de celles d'une fièvre ardente, en même temps sudation tellement abondante que mes pas dans l'étuve séche laissaient derrière eux une marque humide, malgré cet ensemble de phénomènes je n'éprouvais nullement la sensation de la fièvre. Une fois l'habitude acquise, je ne ressentais plus le moindre trouble céphalique et aucun malaise. J'avais même plusieurs fois pu prendre mes repas immédiatement en sortant de l'étuve.

Il est un autre point qui mérite d'être signalé, c'est la lenteur avec laquelle la température descend lorsqu'elle a été portée à un certain degré. Elle se maintient même plusieurs heures à un degré au-dessus de la normale, et il n'en est nullement de même du pouls et de la respiration qui reprennént très-rapidement leur équilibre, le pouls descendant même au-dessous de la normale alors que la température est encore à environ deux degrés au-dessus de l'état physiologique.

Il s'en suit que dans ces expériences la corrélation entre la température d'une part, le pouls et la respiration de l'autre, est loin d'être constante.

M. LÉPINE, à l'occasion de la communication de M. Krishaber, rappelle qu'il a fait des expériences sur les nouveau-nés et qu'il a

montré qu'on pouvait, sans inconvénients, élever artificiellement la température des nouveau-nés à 40 degrés.

M. KRISHABER fait observer que toutes les expériences du même genre qui ont été faites avant les siennes n'ont eu pour but que l'influence des hautes températures sur l'état général, tandis qu'il a eu en vue d'étudier s'il y avait une corrélation entre le pouls, la température et la respiration.

Théorie physique de la métallothérapie. — M. VIGOUROUX fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

M. CHARCOT donne de nouveaux renseignements sur les expériences relatives à la métallothérapie qui se poursuivent dans son service à la Salpêtrière. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 29 septembre 1877.)

Éducation des sourds. — M. GELÉ présente un double tube auriculaire à l'aide duquel il est parvenu à faciliter l'éducation des jeunes sourds.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 3 novembre 1877. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la rate. — M. POUCHET a étudié la rate chez les sélaciens. Il a vu que la boue splénique était uniquement constituée par des hématies et des leucocythes. Les prétendues cellules de la rate ne sont, suivant lui, que ces leucocythes; ses recherches l'ont conduit à cette conclusion que tous les éléments qui constituent la masse de la rate circulent dans le sang. C'est là ce qui explique qu'un animal puisse survivre à l'ablation de cet organe. Il croit en outre pouvoir affirmer que ce sont ces éléments de la rate qui deviennent les globules rouges du sang.

Des origines du facial. — M. MATHIAS DUVAL fait une communication provisoire sur quelques faits expérimentaux relatifs aux origines des nerfs bulbaires. Il montre des coupes sur lesquelles on peut suivre les origines du trijumeau et du facial. M. Mathias Duval reviendra prochainement sur ces faits.

M. LABORDE qui fait en ce moment des expériences dans le même sens montre plusieurs pièces à l'appui des faits avancés par M. Duval.

Localisations cérébrales dans la paralysie générale. — M. MAGNAN fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Effets cardiaques et musculaires de la commotion et de la compression du cerveau. — M. FRANÇOIS FRANCK présente les résultats de recherches exécutées pendant les mois de juin, juillet et septembre 1877, sur les effets cardiaques et vasculaires de la *commotion et de la compression du cerveau.*

Avant d'entrer dans le détail des expériences, il montre l'appareil dont il s'est servi pour produire la commotion et la compression cérébrales. C'est une virole métallique, analogue au tube de Bourgougnon qui se visse dans le crâne en des points différents, suivant le but particulier qu'on se propose. Cette virole permet d'exercer la compression brusque ou graduelle avec de l'air comprimé, sous pressions variables. Mais, quelques animaux étant morts à la suite de l'entrée de l'air dans les canaux veineux des os du crâne, M. François Franck a emprisonné l'air comprimé dans un doigt de gant formé d'une mince membrane de baudruche qui est fixée dans la virole crânienne par un bouchon de caoutchouc. Ce bouchon est traversé par un tube en Y recevant par une branche l'air qui doit comprimer le cerveau, laissant échapper cet air par l'autre branche à la volonté de l'observateur. Si l'on veut produire un simple choc cérébral, on ouvre brusquement un robinet placé sur le tube d'arrivée, et, aussitôt que le choc est produit, une soupape, chargée d'un poids variable, permet à cet air de s'échapper par la branche opposée.

Pour étudier les variations de la pression artérielle sous l'influence de ces commotions et compressions du cerveau, M. Franck a fait d'abord usage du manomètre métallique du professeur Marey, etc., dans ces derniers temps, d'un nouveau manomètre métallique construit par M. V. Tatin. Cet instrument qui est montré en fonction, indique, par une aiguille se déplaçant sur un cadran divisé, les valeurs absolues des pressions en centimètres et en millimètres de mercure, et, par un mécanisme dû à M. Tatin, fournit à distance les indications graphiques des variations de ces pressions.

M. François Franck indique seulement les résultats fournis par le choc cérébral.

Il se produit quelques secondes après le choc un arrêt plus ou moins prolongé du cœur et de la respiration. Si l'on explore en même temps les changements de volume du cerveau, du côté exposé à celui sur lequel s'opère la commotion, on croit que le cerveau diminue de volume, ce qui ne peut être dû qu'à un moindre afflux sanguin dans son tissu. Or, la valeur manométrique de la compression brusque à laquelle est soumis le cerveau étant inférieure au chiffre de la pression artérielle, ce n'est pas en s'opposant mécaniquement à l'afflux du sang dans le cerveau que cette compression brusque en a pu provoquer l'anémie.

Il faut chercher la raison de cette anémie dans un resserrement réflexe des vaisseaux encéphaliques, produit sous l'influence du choc. Chaque fois, en effet, que d'une manière ou d'une autre, on a produit la paralysie vaso-motrice (curarisation profonde, chloroformisation, surtout chloralisation), ce resserrement vasculaire ne se produit pas. Dans ces conditions l'arrêt du cœur n'est point observé à la suite du choc cérébral.

D'autre part, quand l'animal exécute de grands mouvements d'efforts, ou est pris de convulsions au moment du choc cérébral, l'arrêt du cœur observé quand l'animal est calme ne se produit pas davantage. Sous l'influence des efforts, le sang est énergiquement poussé vers la périphérie, dans l'encéphale comme ailleurs, et malgré le réflexe vasculaire, l'anémie n'est pas produite.

Il semble donc qu'on doive établir un rapport étroit entre l'anémie brusque du cerveau, conséquence du choc cérébral, et l'arrêt du cœur qu'on croit se produire ensuite : quand cette anémie fait défaut pour une raison quelconque, l'arrêt du cœur ne survient pas.

M. François Franck se borne à énoncer ce rapport sans vouloir en déduire aucune théorie relativement au mode de production de l'arrêt du cœur. Il reviendra du reste sur ces questions dans une prochaine communication, traitant des rapports de la pression intracrânienne et du rhythme des battements du cœur.

Des gaz artériels. — M. COUTY communique de nouvelles expériences sur les gaz artériels étudiés non plus localement dans chaque organe, mais dans tout le système artériel généralisé.

Il a poussé l'air directement vers l'aorte par le bout central d'une carotide; ou cet air a été injecté par le bout périphérique de l'artère carotide, de la crurale, de l'axillaire, et alors il a reflué dans le tronc aortique, à travers les anastomoses artérielles, hexagone cérébral, etc.; ce reflux étant dû à la résistance opposée par les capillaires.

Une fois dans l'aorte, l'air a produit dans quelques cas un arrêt brusque et primitif du cœur, dû probablement à l'excitation anémique du myélencéphale.

Plus souvent, les accidents ont été plus lents et plus complexes. Une partie de l'air passant des artères dans les veines s'est accumulée dans le cœur droit, et le distendant, a produit de l'asystolie; d'autres bulles restant dans les capillaires, créent à la circulation un obstacle direct; et enfin, l'anémie des centres myélencéphaliques en se prolongeant, paralyse les vaisseaux. Tous ces troubles s'ajoutent pour produire progressivement une chute complète de la tension artérielle; la circulation cessant les fonctions cérébrales et respiratoires, d'abord excitées, s'arrêtent, et le cœur meurt enfin, le dernier, et par suite de cet arrêt de la circulation.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. VÉDRENNES, médecin principal de l'armée, adresse une observation intitulée : *Anosmie ou perte de l'odorat et diminution de la fonction visuelle par coup de feu de la région frontale.*

M. GUYON offre un mémoire sur ses *Recherches sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle*, et une observation de *fibrôme sous-aponévrotique de la région dorsale.*

M. VERNEUIL dépose, de la part de M. P. Maunoir (de Genève), un mémoire intitulé : *Extraction de l'astragale dans la carie limitée à cet os*, accompagné d'une pièce moulée quelques mois après cette opération.

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. Huidiez, un instrument destiné à donner plus de précision à l'incision de la cornée dans l'opération de l'extraction de la cataracte.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DESPRÈS regrette que, dans l'article du dictionnaire encyclopédique, M. Polaillon n'ait pas dit, au sujet du traitement par la compression des anévrysmes de la main, combien de fois on a fait la compression digitale, combien de fois la compression à distance, combien de fois des procédés différents ont été employés, et combien de temps a duré le traitement par ces différents moyens.

M. POLAILLON n'a pas fait cet article au point de vue de la statistique. Plusieurs fois, différents moyens ont été combinés, lorsque, par exemple, après avoir fait la compression sans résultat, le chirurgien a été obligé de faire la ligature. Le temps pour obtenir la guérison est très-variable. On l'a vue se produire en vingt-quatre heures par la compression directe, et durer plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois par la compression indirecte.

RAPPORTS

Syphilis osseuse héréditaire ; fractures multiples congénitales. — M. POLAILLON donne lecture d'un rapport sur une observation prise dans son service et présentée par M. Porrack, intitulée : *Syphilis osseuse héréditaire; fractures multiples congénitales.* Une femme primipare entre à la maternité de l'hôpital Cochin, présentant une éruption syphilitique qui date du deuxième mois de sa grossesse, et pour laquelle elle a suivi un traitement. elle accoucha d'un enfant mâle pesant 3,000 grammes, bien constitué, et ne portant aucune trace d'éruption suspecte. Le lendemain M. Polaillon constate une importance des membres supérieurs plus prononcée à gauche, et reconnaît une fracture des humérus. La sage-femme apprend que l'accouchement s'est fait par le siége, spontanément, sans qu'elle ait eu besoin d'employer aucune force pour dégager les bras. L'enfant prend le sein pendant les quatre ou cinq premiers jours, mais bientôt il le refuse, sa peau jaunit et on constate, dans l'urine, la présence de la bile; puis survient de la diarrhée et l'enfant meurt. A l'autopsie on constate une fracture avec déplacement de l'humérus gauche et une fracture sans déplacement de l'humérus droit, et un épaississement du périoste au niveau de ces fractures. Un des fémurs est plus long que l'autre, et ce dernier porte une exostose. A la surface des autres os, radius, humérus, tibias, et même des os courts de la colonne vertébrale on trouve un grand nombre de nodus, formés, d'après M. Parrot à qui ces pièces ont été présentées par M. Porrack, par une couche ostéophytique développée à la surface des diaphyses. M. Parrot, qui a depuis longtemps étudié ces lésions et qui en a fait l'objet d'une communication devant la Société dans la séance du 11 août 1875, n'hésite pas à les rattacher à la syphilis, ne les ayant jamais observées chez des nouveau-nés non syphilitiques. Avant les travaux de M. Parrot, on les aurait considérées comme le résultat du rachitisme. Ces faits sont utiles à connaître au point de vue médico-légal. Des procès ont été faits à des médecins et à des sages-femmes qui étaient accusés d'avoir, par leurs manœuvres, fracturé les os d'enfants nouveau-nés. Dorénavant il faudra s'enquérir d'abord si les parents ne sont pas syphilitiques.

Kyste ovarique traité par la ponction avec l'appareil Dieulafoy et l'injection iodée. — Guérison. — M. BOINET, rapporteur, donne lecture de l'observation qui porte ce titre, et qui a été adressée par M. le docteur Juge (de l'île Maurice), le 17 octobre dernier. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, de tempérament nerveux, qui avait ressenti, depuis trois ans, des douleurs dans les lombes et le bas-ventre, en même temps qu'elle s'était aperçue que son ventre grossissait. Deux ans après, elle fut prise de diarrhée persistante, de palpitations de cœur et d'accès de fièvre intermittente.

Le 11 septembre 1876, lorsque M. Juge la vit pour la première fois, le ventre était développé régulièrement, la peau était lisse, les membres inférieurs étaient œdématiés. L'appétit était conservé, les digestions se faisaient bien, les règles étaient régulières, mais le sang était pâle. Il y avait un degré prononcé d'anémie. La respiration n'était pas gênée, même lorsque la malade était couchée sur le dos. M. Juge diagnostiqua un kyste de l'ovaire, et se décida, d'après l'avis de plusieurs de ses confrères, à pratiquer la ponction de la tumeur et une injection iodée. L'opération fut faite le 9 octobre, avec l'aiguille n° 3 de Dieulafoy. On retira environ un tiers d'un liquide clair, et on injecta 50 grammes d'un mélange composé de cinq parties d'iode et d'une partie d'eau. L'opération ne fut pas douloureuse ; mais deux heures après des douleurs violentes se font sentir dans le ventre, la malade est très-agitée, couverte de sueur froide; elle vomit, le pouls est petit, la face est grippée. Ces symptômes alarmants durent trois ou quatre jours. Puis elle est prise de sueurs profuses, urine abondamment, et a dans la journée douze à quinze garde-robes. Le pouls est à 100; la soif est modérée. Enfin, tout rentre dans l'ordre. Les dix à quinze litres du liquide resté dans la tumeur ont disparu; elle n'a plus alors que la grosseur des deux poings. Le 1er novembre elle a diminué encore de moitié, et la malade peut faire six lieues en voiture pour retourner chez elle. Le 13 décembre, la tumeur a encore diminué, et, quelques mois après, elle a complétement disparu. L'opérée a repris de l'embonpoint et jouit d'une bonne santé.

M. le rapporteur hésite à conseiller l'emploi du traitement employé par M. Juge. Il conserve des doutes sur le diagnostic et tend à croire qu'il s'agissait plutôt d'une ascite que d'un kyste. Les antécédents de la malade expliqueraient très-bien une ascite, et les symptômes notés par M. Juge, dans son observation qui n'a pas assez de détails, ne fournissent pas d'éléments suffisants pour un diagnostic précis. Le seul point qui milite en faveur du kyste de l'ovaire c'est que le ventre ne changeait pas de forme lorsqu'on variait les positions de l'abdomen. La péritonite a-t-elle été causée par la chûte dans le ventre, par la piqûre de la tumeur, d'une petite quantité de la solution iodée très-atténuée par son mélange avec le liquide resté dans la tumeur, ou bien, ce qui s'expliquerait mieux, par l'injection directe dans le péritoine de la solution de teinture d'iode?

LECTURE

M. PAQUET, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Lille, donne lecture d'une observation intitulée : *Hypertrophie partielle de la parotide. adénome vrai de la parotide, ablation; guérison.* (Rapporteur : M, Le Dentu.)

NOMINATION D'UNE COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TRAVAUX ADRESSÉS POUR PRENDRE PART AU CONCOURS POUR LE PRIX DUVAL.

Sont élus : MM. Delens, Marjolin, Le Dentu, Lannelongue et Guéniot.

COMMUNICATION

Des injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus. — M. DELORE (DE LYON), membre correspondant, communique le résultat des expériences qu'il a faites sur les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus. Les succès obtenus par Hildebrand, en

1872, dans le traitememt des fibromes utérins par les injections hypodermiques dans la paroi abdominale, les autres expériences faites en Allemagne avec des résultats variés, engagèrent beaucoup de médecins, en Amérique et en Angleterre, à expérimenter à leur tour cette méthode. Mais on l'a peu employée en France. Depuis quelques années, M. Delore a modifié le procédé d'Hildebrand, et fait les injections d'ergotine dans le tissu même de l'utérus, à l'aide de la seringue de Pravaz. Pour plus de facilité dans la manœuvre, il se sert d'une canule plus longue et plus rigide, mais la seringue de Pravaz peut suffire. Il emploie une solution aqueuse concentrée (ergotine, une partie; eau distillée, deux parties), de préférence à la solution glycérinée d'Hildebrandt qui peut donner lieu à des abcès. L'injection est faite lentement, à une profondeur de 5 à 6 millimètres, après avoir mis le col à nu à l'aide du spéculum bivalve. Sur soixante-trois injections qu'il a déjà faites, le liquide est sorti une fois, et trois fois il y eut une petite hémorrhagie artérielle.

Résultats physiologiques. — L'injection d'ergotine dans les tissus produit des effets beaucoup plus intenses que lorsque le médicament est absorbé par l'estomac, on obtient des effets très-intenses avec 29, 30, 40 centigrammes d'ergotine. Le phénomène qui se produit le plus fréquemment est du frisson et un malaise général. Sur les soixante-trois injections faites à vingt-trois malades, M. Delore a observé dix-sept fois un frisson, deux fois un tremblement, seize fois des vomissements bilieux, une fois la syncope, une fois de l'assoupissement, une fois l'altération de la face. Des douleurs ont été notées six fois dans les reins, deux fois dans les jambes, deux fois dans les cuisses, deux fois dans les articulations, cinq fois dans la tête, six fois dans le ventre (intestins, tumeur). Une fois il y eut de la diarrhée. Ces accidents divers ont duré de quatre à vingt-quatre heures. Deux fois il y eut consécutivement des abcès, l'un dans la partie antérieure du col, l'autre dans la paroi abdominale, après une injection dans cette région. Cet abcès succédait à une péritonite; il s'étendit beaucoup et fut guéri par le drainage.

Résultats thérapeutiques. — M. Delore n'a pas observé de ces guérisons rapides et remarquables signalées par Hildebrandt, mais la plupart des malades ont été soulagées et redemandaient l'opération. Plusieurs avaient subi des traitements antérieurs dont elles ne s'étaient pas aussi bien trouvées que des injections interstitielles d'ergotine.

DISCUSSION

M. DUPLAY a fait plusieurs fois des injections d'ergotine, dissoute dans l'eau et la glycérine, dans la paroi abdominale. Il n'en a jamais obtenu de résultat curatif, et considère comme fantatisque ce qui a été dit en Allemagne à ce sujet. Mais il a constaté la diminution des hémorrhagies et de la douleur, et même quelquefois une diminution apparente du volume de la tumeur, Il n'a jamais observé d'accident local à la suite des injections sous-cutanées qu'il faisait. Il désirerait savoir de M. Delore s'il y a avantage à pratiquer ces injections dans l'utérus plutôt que dans la paroi abdominale.

M. TERRIER appuie ce qu'a dit M. Duplay. Il a fait et fait faire nombre de fois des injections d'ergotine dans la paroi de l'abdomen et n'a jamais vu d'accident se produire lorsqu'elles étaient bien faites. La solution glycérinée est bonne si la glycérine est absolument pure, ce qui est rare. M. Terrier a obtenu de bons résultats pour la diminution des métrorrhagies, excepté dans un cas qui lui est commun avec M. Terrillon et dans lequel, à la suite de contractions utérines très-violentes, l'hémorrhagie redoubla. La malade est partie en province et n'a pas encore donné de ses nouvelles.

M. DELORE a pensé que l'ergotine aurait une action plus efficace sur l'utérus en l'injectant dans l'organe même. Il n'ose pas affirmer qu'il ait obtenu plus de succès que par la méthode d'Hildebrand, mais la sienne est d'un emploi très-simple.

M. PANAS demande de quelle ergotine s'est servi M. Delore. L'ergotine Bonjean n'est pas un alcaloïde. L'alcaloïde de l'ergot de seigle n'est pas encore isolé. L'ergot contient deux principes, des matières extractives et une huile volatile toxique. Quel est le principe actif? Il paraît démontré par l'expérience des accoucheurs que c'est l'huile essentielle qui agit; c'est pourquoi ils emploient toujours une poudre fraîchement préparée. Au point de vue thérapeutique, il n'est pas démontré que les injections d'ergotine modifient la douleur. On sait que les injections d'eau pure peuvent les calmer.

M. M. SÉE ne croit pas que l'ergotine agisse seulement comme l'eau tiède en injection hypodermique. M. Moutard-Martin a fait récemment, devant la Société des médecins des hôpitaux, une communication d'après la quelle les injections d'ergotine Bonjean arrêtent rapidement les hémorrhagies. On n'obtiendrait rien de semblable avec de l'eau.

M. DUPLAY a vu les succès obtenus par M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement du prolapsus rectal chez les enfants à l'aide de l'ergotine Bonjean. Ce n'est pas un corps inerte, et ses résultats sur la contractilité musculaire sont très-réels.

M. DELORE s'est servi de l'ergotine Bonjean. Il est important de se servir toujours du même produit pour obtenir des résultats comparables.

La séance est levée.

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Verneuil a commencé ses leçons le lundi 5 novembre à huit heures du matin et les continuera les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

— *Clinique d'accouchements.* — M. le professeur Depaul commencera son cours le mardi 6 novembre à huit heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Bouchut commencera ses leçons sur le diagnostic de la méningite et les maladies nerveuses par l'ophthalmoscope le mardi 6 novembre, à huit heures et demie du matin, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Démonstrations des figures au moyen de la lumière oxydrique.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

CONGRÈS DE GENÈVE

—

SÉANCE D'OUVERTURE

Le Congrès périodique international des sciences médicales a tenu, cette année, sa cinquième session à Genève, du 9 au 15 septembre. On y comptait plus de trois cents médecins de tous pays. Le professeur Carl Vogt leur a souhaité la bienvenue. M. Numa Droz, au nom du conseil fédéral suisse, a témoigné ensuite de l'intérêt que prend ce corps politique au Congrès qui est venu, dit-il, tenir en quelque sorte sur les fonts de baptême la jeune Faculté de médecine de Genève. MM. Carteret, conseiller d'État, et Rivoire, président du conseil administratif, ont pris ensuite la parole pour saluer, au nom du canton et de la ville de Genève, les membres du congrès. M. Vogt, dans un discours très-apprécié, propose comme sujet d'étude au futur Congrès de 1879, *l'étude de l'enseignement médical.*

M. Prévost, secrétaire général, fait un rapport sur l'organisation du Congrès actuel.

Le Congrès passe ensuite à la constitution définitive du bureau. Le bureau provisoire est maintenu par acclamation; il se compose de MM. Vogt, président; Lombard, Figuière, Piachaud, vice-présidents; Prévost, secrétaire général; Reverdin, d'Espine, Picot, secrétaires adjoints. Sont désignés pour présidents d'honneur les professeurs Esmarck et Lebert, pour l'Allemagne; le docteur Schnitzler, pour l'Autriche; les docteurs de Roubaix et Warlomont, pour la Belgique; le docteur Coluccia-Pacha, pour l'Égypte; les docteurs Séguin et Marion Sims, pour les États-Unis; les professeurs Bouillaud, Gosselin, Verneuil, Hardy, Ollier, Létiévant, pour la France; les docteurs Critchett, Wilkinson, pour les Iles-Britanniques; les professeurs Palasciano et Baccelli, pour l'Italie; le docteur Aschmann, pour le Luxembourg; le docteur Chacon, pour le Mexique; les docteurs van Capelle et B. Carsten, pour les Pays-Bas; le professeur Bergmann, pour la Suède; le docteur Sonderegger, pour la Suisse.

La séance d'ouverture est levée.

Le lendemain, le Congrès commençait ses travaux divisés en six sections : 1° médecine, 2° chirurgie, 3° obstétrique et gynécologie, 4° médecine publique, 5° sciences biologiques, 6° ophthalmologie, otologie et laryngoscopie. Outre les séances de section, il y a eu des séances générales où ont été faites des communications d'intérêt général, puis des séances extraordinaires, au nombre de trois, dont nous donnerons plus loin le compte rendu.

SECTION DE CHIRURGIE

Influence réciproque de la grossesse et du traumatisme. — M. VERNEUIL lit un mémoire sur ce sujet, dont voici les conclusions :

I. La coïncidence du traumatisme et de la grossesse a été observée de tout temps, mais l'influence que ces deux états peuvent exercer l'un sur l'autre, n'a été étudiée que depuis un petit nombre d'années (1864-1876).

La plupart des anciens chirurgiens redoutaient beaucoup cette association et s'abstenaient de toute opération chirurgicale chez les femmes enceintes. A Valette (de Lyon) revient le mérite d'avoir le premier protesté contre cette doctrine exclusive et cherché à poser nettement les indications et contre-indications opératoires dans ce cas spécial. Depuis 1864, la question a été souvent débattue devant les sociétés savantes, à Paris, à Londres, à Leipzig, et particulièrement traitée par MM. Eugène Petit, Cornillon, Massot, Cohnstein et Guéniot.

On a successivement examiné l'influence des blessures accidentelles et chirurgicales sur la marche de la grossesse et l'influence du gravidisme et de la puerpéralité sur l'évolution du processus traumatique. On a reconnu l'utilité et la nécessité même d'opérer les femmes enceintes en certains cas déterminés.

Sans être entièrement résolue, la question est assez avancée pour qu'il ne reste à élucider que des points secondaires. Il n'en est guère qui, en un temps aussi court, aient fait plus de progrès.

II. Le but de ce rapport est de formuler des conclusions théoriques et pratiques pouvant éclairer le pronostic et mettre la thérapeutique dans une voie rationnelle également distante d'un optimisme et d'un pessimisme exagérés.

III. Les cas connus, abstraction faite de leur fréquence plus ou moins facile, permettent de proposer les conclusions suivantes comme suffisamment démontrées.

A. La grossesse et le traumatisme peuvent évoluer normalement, parallèlement, simultanément, sans s'influencer le moins du monde; ceci s'applique aux blessures les plus graves comme aux plus légères.

B. Les blessures accidentelles ou chirurgicales, depuis les plus minimes jusqu'aux plus sérieuses, peuvent troubler la gestation de plusieurs manières : en provoquant l'avortement ou l'accouchement anticipé, en faisant périr la mère avec ou sans l'enfant, avant ou après l'enfant.

C. Certaines blessures chirurgicales, sans cesser d'être menaçantes pour l'issue normale de la grossesse et pour la vie de la mère et de l'enfant, deviennent pourtant salutaires et nécessaires pour combattre diverses affections qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient beaucoup plus dangereuses encore.

D. La grossesse peut troubler le processus traumatique de plusieurs manières : en retardant ou en empêchant la guérison, en favorisant aussi l'apparition de certaines complications des blessures.

E. La grossesse peut aggraver diverses affections non traumatiques, de façon à rendre urgentes des opérations que, dans l'état de vacuité, on aurait pu éviter ou ajourner.

F. La délivrance modifie heureusement la marche de certaines blessures contractées pendant la grossesse.

G. La puerpéralité influence défavorablement les blessures acci-

dentelles et chirurgicales survenues après l'accouchement et rend plus graves celles qui remontent à l'époque de la grossesse.

IV. Il importerait beaucoup que la méthode numérique nous fît connaître exactement le rapport entre les terminaisons heureuses et malheureuses, — la proportion entre les diverses variétés de ces dernières, — le nombre des cas dans lesquels la blessure marche bien en dépit du gravidisme ou de la puerpéralité, ou marche mal sous leur influence, ou guérit par le fait seul de leur délivrance, — la gravité relative d'une même blessure, d'une même opération chirurgicale pendant la vacuité, la grossesse et l'état puerpéral, etc.

Malheureusement, les statistiques dressées jusqu'à ce jour, déjà peu capables de résoudre la question générale de l'influence réciproque du gravidisme et du traumatisme, sont plus impuissantes encore à répondre aux nombreuses questions secondaires. Elles ont le défaut capital d'être composées de faits épars, souvent trop sommaires et sans valeur réelle, colligés enfin avec une idée préconçue. Il faudra les remplacer par des statistiques intégrales, générales et partielles, numériquement riches, si c'est possible, impartiales avant tout, et comprenant sans omission les faits heureux et malheureux. Le nombre des observations actuellement connues est tout à fait insuffisant pour les besoins de la cause.

V. Il est parfois possible de dire, dans un cas donné, quelle sera la terminaison et de fournir de celle-ci une interprétation satisfaisante, mais le contraire n'est pas rare. Pour prévoir aussi bien que pour expliquer, il faut sans doute se servir principalement des faits spéciaux ayant trait directement à la question, mais il faut, usant de l'induction, mettre à profit les notions fournies par l'étude générale de la traumatologie d'une part et du gravidisme de l'autre. Ce procédé nous montre : A. que le traumatisme agit sur la grossesse comme sur bien d'autres états physiologiques temporaires, et qu'il l'influence non point au hasard, mais conformément à ses propres lois et à titre d'agent perturbateur; B. que le gravidisme, à son tour, agit sur le traumatisme exactement comme sur d'autres états morbides et trouble son processus suivant des règles, encore mal connues il est vrai, mais qui ne tarderont pas à l'être mieux; C. qu'en un mot, il n'y a rien dans le sujet en question ni de mystérieux, ni même de trop spécial; rien qui soit hors de la portée de l'étiologie et de la pathogénie générales convenablement interrogées.

VI. On peut prévoir et expliquer la terminaison normale, c'est-à-dire l'indifférence réciproque du traumatisme et du gravidisme : A. Quand la blessure est éloignée de l'appareil gestateur; B. quand au foyer de la gestation, utérus, fœtus et annexes, les tissus offrent uniquement les modifications que comporte leur nouveau fonctionnement, et qu'au foyer de la blessure les lésions, portant sur des tissus sains, sont légères, simples et bénignes; C. quand l'organisme maternel surpris par le traumatisme est sain ou à peu près, c'est-à-dire exempt de toute maladie constitutionnelle antérieure ou postérieure à la fécondation, de toute tare circonscrite sérieuse, ancienne ou récente, et qu'il reste tel dans la suite; D. quand, au foyer de la blessure, n'éclate aucune complication primitive ou consécutive, capable de métamorphoser la blessée en malade.

VII. On peut prévoir et expliquer l'influence nocive du traumatisme sur la grossesse et les différentes terminaisons qui s'ensuivent : A. quand la blessure atteint, même en possession de leur état anatomique et physiologique normal, le fœtus et ses annexes, l'utérus et les organes de la sphère génitale; *à fortiori* quand ces parties sont à l'avance diversement altérées; B. quand la blessure est étendue, grave par elle-même, ou porte sur des organes essentiels à la vie maternelle; C. quand la mère, avant la blessure, souffre d'un état morbide constitutionnel ou d'une affection circonscrite rendant l'avortement possible et probable; D. quand du foyer de la blessure part quelque complication née dans ce foyer même ou venue du milieu ambiant, en tout cas capable d'affaiblir, d'ébranler ou d'empoisonner l'organisme maternel ou l'organisme fœtal.

VIII. On peut espérer et expliquer l'action favorable bien qu'indirecte du traumatisme chirurgical sur la grossesse quand à l'aide d'une opération même, sérieuse, on parvient à supprimer une affection plus dangereuse encore pour la mère et l'enfant.

IX. On explique l'aggravation de certains états morbides chez la femme enceinte par les modifications générales ou locales que le gravidisme imprime à la circulation, à la nutrition, à la composition du sang, à la génèse des éléments anatomiques, et de l'action favorable de la délivrance qui supprime diverses causes pathogéniques.

X. On comprend l'action nocive de la puerpéralité sur le traumatisme contracté après l'accouchement quand on songe aux conditions qu'offrent alors les blessures, lesquelles en effet portent souvent : A. sur des tissus altérés ou profondément modifiés dans leur structure et leurs propriétés; B. sur des sujets déjà blessés par le fait du traumatisme utérin; C. sur des femmes déjà malades par suite du gravidisme lui-même ou des états constitutionnels qui peuvent s'y associer.

XI. Lorsque, pendant la période de fécondité, une femme sera blessée accidentellement ou sous le coup d'une opération chirurgicale, on cherchera toujours si elle est en état de vacuité ou de grossesse. Dans ce dernier cas, immédiatement après la blessure ou avant l'opération, on notera avec la plus scrupuleuse attention les conditions organiques de la mère, l'état de son appareil gestateur et celui du produit de la conception. Ce diagnostic, minutieusement établi, conduira à un pronostic presque certain.

XII. En cas de traumatisme accidentel, on dirigera le traitement local et général de façon : A. à modérer ou empêcher les effets fâcheux, directs ou indirects de la blessure sur l'appareil gestateur; B. à maintenir ou à ramener le sujet à l'état de blessée simple, à prévenir sa métamorphose en malade; C. à pallier ou à combattre toute influence nocive venue de la constitution maternelle ou du milieu, toute influence nocive du gravidisme sur le processus réparateur; D. en un mot, à conjurer l'avortement.

XIII. En cas d'avortement, il faudra surveiller la blessure en prévision d'une aggravation possible, et l'utérus pour combattre la septicémie, dont il devient parfois le point de départ et le siége.

XIV. L'intervention chirurgicale n'est point interdite pendant la grossesse, mais elle est soumise à des règles particulières. On ne doit agir chez la femme enceinte qu'avec la plus grande réserve, et parfois refuser absolument l'opération; mais s'abstenir systématiquement dans tous les cas serait également une faute grave.

XV. Tout en considérant le gravidisme comme une diathèse capable d'aggraver les moindres blessures, il faut se rappeler que, chez les diathésiques eux-mêmes, le traumatisme est salutaire quand il conjure plus de danger qu'il n'en suscite lui-même.

XVI. Le choix du moment opportun, de la méthode ou du procédé, de l'opération palliative ou radicale, est ici, plus que partout ailleurs, d'une importance extrême. Les affections justiciables de la médecine opératoire, plus nombreuse pendant la gestation que pendant la vacuité, se répartissent en plusieurs catégories dictant à la pratique les règles suivantes :

A. Opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère, et contre lesquelles la thérapeutique serait certainement ou presque certainement impuissante.

B. Opérer aussi, en temps convenable, et après avoir tenté les moyens palliatifs ou curatifs, les affections qui, sans compromettre immédiatement l'existence, la menacent par leurs progrès, et tendent à devenir incurables, faute d'être énergiquement combattues.

C. Opérer encore les affections qui, sans troubler la grossesse et sans être aggravées par elle, deviennent, au terme de cette dernière, causes de dystocie. On pourra, dans ces cas, agir à l'avance ou au moment même de l'accouchement sur la mère ou sur le germe, dont on provoquera l'expulsion prématurée.

On devra s'efforcer de sauver à la fois la double existence maternelle et fœtale, mais, si la chose est impossible, on sacrifiera sans hésitation la seconde à la première.

D. S'abstenir, autant que possible, dans les affections que le gravidisme n'influence pas, et qui, réciproquement, ne compromettent qu'indirectement la grossesse et la parturition — en laissant, autant que possible, agir la nature qu'on aidera par des moyens inoffensifs.

E. S'abstenir abolument de toute opération pour des affections ne compromettant que la forme ou le fonctionnement d'organes

secondaires ou susceptibles de guérir spontanément après la délivrance.

F. Éviter, autant que possible, toute opération pendant l'état puerpéral. — En cas de danger, agir plutôt pendant la grossesse, et dans le cas contraire, ajourner l'intervention à une époque suffisamment éloignée (deux à quatre mois) de l'accouchement.

DISCUSSION

M. PAMARD a opéré une femme enceinte de huit mois qui portait, à la partie inférieure de la grande lèvre gauche, des végétations de la grosseur d'un œuf de poule, il s'est servi de l'écraseur, l'opération a très-bien réussi et cette femme accoucha, à terme, d'un enfant mort, dont la mort ne remontait pas à plus de huit jours.

M. OLLIER a opéré, avec succès, une femme enceinte, d'une tumeur fibreuse de la paroi abdominale. Il a aussi enlevé, par la ligature, un polype du col utérin sans connaître l'état de grossesse; l'opération réussit très-bien. Il a aussi cautérisé des végétations chez une femme enceinte, sans accident. Mais, dans un autre cas, il a pratiqué le cathétérisme utérin sans connaître l'état de grossesse et la femme avorta et mourut.

M. DUPONT (de Lausanne) a enlevé, il y a quelques mois, avec succès, un énorme fibrome de la paroi abdominale, chez une femme enceinte de deux mois.

M. DE VALCOURT rappelle que la Société de chirurgie de Londres a soulevé la question de l'ovariotomie pendant la grossesse, et que Spencer Wells a cité plusieurs cas tirés de sa pratique. Sur neuf cas, il a eu huit succès.

M. PIACHAUD, étant interne chez Giraldès, a vu une femme enceinte de trois mois qui niait sa grossesse, et à laquelle on cautérisa des végétations fongueuses du col; cette femme avorta et mourut.

M. PAQUELIN a vu à Saint-Lazare la simple application d'un spéculum déterminer l'avortement.

M. GALLARD a vu, chez une femme enceinte, des végétations proéminentes du col disparaître entièrement à la fin de la période puerpérale. La temporisation semble donc indiquée dans ces cas.

M. VERNEUIL revient sur plusieurs points de la communication : il fait ressortir les avantages de l'écraseur, du thermo-cautère et sur les instruments tranchants quand il s'agit d'opérer sur des femmes enceintes, et la nécessité d'employer toutes les ressources de la méthode antiseptique dans ces cas.

Des résultats définitifs des résections articulaires. — M. OLLIER lit, sur ce sujet, un travail dont voici le résumé :

Les résections articulaires pratiquées en nombre, de plus en plus, dans ces dernières années, ont fourni, quand on les a considérées dans leur ensemble, des résultats bien différents, selon qu'on les a appliquées aux inflammations articulaires spontanées ou aux blessures par armes de guerre. Généralement bons ou considérés comme tels dans la première catégorie des cas, les résultats définitifs ont été imparfaits, défectueux ou mauvais dans la seconde; mais ils ont toujours été ce que l'expérimentation physiologique avait permis de prévoir ; car il ne suffit pas de râcler quelques lambeaux de périoste, de disséquer avec soin au ras de l'os, les muscles périphériques; non-seulement on ne doit couper absolument aucun muscle, aucun tendon, mais on doit intégralement détacher de l'os, sans les couper, les insertions tendineuses ou ligamenteuses les plus solidement implantées. Les éléments ostéogènes du périoste se trouvant à sa face profonde, il faut détacher de l'os toute l'épaisseur de cette membrane, en s'appuyant sur l'os avec le tranchant de la rugine, de manière à enlever en même temps, des écailles, des copeaux, de la couche osseuse périphérique; les instruments mousses, les élévatoires dont se servent encore beaucoup de chirurgiens, sont très-défectueux. L'analyse expérimentale, l'autopsie de sujets morts accidentellement longtemps après l'opération, ont scientifiquement établi la supériorité de la méthode sous-périostée.

L'âge du sujet domine la question de la reproduction des os; dès que la croissance du squelette est achevée, le périoste perd de plus en plus ses propriétés ostéogéniques, et il ne peut les recouvrer qu'à la faveur d'une inflammation préparatoire portée à un degré suffisant qui redonne une nouvelle activité à ses éléments ossifiables. De là, l'explication des succès obtenus après les résections par inflammations spontanées, et l'absence de régénérations après les recherches primitives pour les plaies par armes à feu.

En comptant sur la régénération des portions osseuses volumineuses enlevées primitivement chez l'adulte, on a demandé à la méthode sous-périostée plus qu'elle ne pouvait donner et qu'elle n'avait jamais promis.

Les résections traumatiques secondaires, c'est-à-dire celles qui sont pratiquées quand l'inflammation consécutive à la blessure a épaissi le périoste et fait renaître sa couche ostéogène, donnent les mêmes résultats au point de vue de la reconstitution des extrémités osseuses que les résections par ostéo-arthrites spontanées. Elles peuvent même devenir plus favorables pour l'accomplissement des processus réparateurs, les altérations de la nutrition générale qui accompagnent certaines diathèses, causes des arthrites spontanées, faisant ici défaut.

Les résections articulaires pratiquées chez les tuberculeux ont des résultats variables au point de vue de la santé générale du sujet. Elles agissent d'une manière favorable sur la marche de l'affection diathésique lorsqu'elles sont pratiquées avant l'invasion des organes internes. Elles retardent l'évolution de la diathèse et permettent la reconstitution de l'économie. La suppression d'un foyer purulent, source permanente de l'absorption des matières infectieuses, retarde la généralisation de la tuberculose et peut permettre sa guérison définitive. Un certain nombre d'opérés succombent cependant dans les premières années qui suivent l'opération ; toute suppuration osseuse ou articulaire constitue une menace de tuberculose, si, au moment de l'opération, la tuberculose a déjà commencé à envahir les organes pulmonaires, la diathèse peut continuer sa marche progressive et la mort survenir au bout de quelques mois, avant même la cicatrisation définitive de la plaie opératoire.

Une articulation réséquée devient souvent le siége d'arthrite secondaire, et cette récidive locale peut se déclarer, quelques soins qu'on ait pris de dépasser les limites apparentes du mal. Quoique l'amputation ne mette nullement à l'abri de la généralisation de la tuberculose, elle doit être préférée lorsque les désordres locaux, dans les cas où une intervention chirurgicale est indiquée, sont très-étendus et que les poumons ont été envahis.

Dans les arthrites ou ostéo-arthrites purulentes, que la maladie ait débuté par l'os ou l'articulation, non-seulement la réaction peut être pratiquée au milieu des symptômes aigus, mais elle constitue la méthode de traitement la plus rationnelle et la plus efficace.

Chez les jeunes enfants, on ne doit pratiquer les résections articulaires que lorsque la vie est directement menacée, la résection ayant une influence fâcheuse sur l'accroissement ultérieur des membres, influence variant, du reste, en raison de la part que prend à l'accroissement de l'os l'extrémité épiphysaire qu'on doit retrancher. Chez les enfants au-dessous de dix ans, d'ailleurs, la plupart des lésions fongueuses des articulations guérissent par l'action combinée d'un traitement général antiscrofuleux et des moyens chirurgicaux plus simples que les résections. C'est surtout quand il s'agit des articulations pour lesquelles une ankylose en bonne position est en général préférable, au point de vue orthopédique, aux résultats de la résection, qu'il faut insister sur l'expectation méthodique.

Bien que les résections aient donné jusqu'ici, à la suite des plaies d'armes à feu, dans les guerres de 1864, 1870-71, des résultats en général peu satisfaisants, au point de vue de l'usage des membres, on ne doit pas les considérer comme inapplicables à la chirurgie d'armée. Des succès déjà assez nombreux nous montrent qu'elles donnent, dans certaines conditions, des résultats aussi bons qu'après les blessures accidentelles observées dans la pratique civile.

Les insuccès dans les dernières guerres s'expliquent par l'imperfection des procédés opératoires, la négligence du traitement consécutif et l'application intempestive de ces opérations. On a

négligé de réunir les conditions que l'expérimentation physiologique avait reconnues nécessaires pour la reconstitution des articulations. On a cru que le périoste pouvait reproduire d'emblée des extrémités osseuses chez des sujets dont la croissance était achevée. On a demandé à la méthode sous-périostée plus qu'elle ne pouvait donner.

La question doit être reprise, mais avec plus de sévérité dans la détermination des indications et surtout des idées plus justes sur les conditions de succès de la méthode sous-périostée; quelque insuffisants qu'aient été les résultats obtenus après les dernières guerres, ils sont encore préférables à ceux qu'aurait donnés l'amputation. La plupart des réséqués pouvaient tirer un utile parti de leur membre avec un appareil approprié.

Les résultats fournis par l'expectation avec ou sans ablation immédiate des esquilles ont été donnés, dans quelques statistiques, comme préférables à ceux de la résection, au point de vue de la conservation de la vie; mais il est impossible de dresser, à cet égard, des séries réellement comparables, ces deux méthodes de traitement ayant chacune leurs indications, et, dans les cas douteux, l'une ne devant être pratiquée que pour remédier à l'insuffisance de l'autre.

La résection primitive dans les fractures à éclat des têtes articulaires est le meilleur moyen de prévenir ou de limiter les accidents consécutifs.

La résection secondaire a pour but immédiat de faire cesser les accidents auxquels donne lieu la suppuration articulaire; elle sauve ainsi la vie des blessés, que l'expectation avait compromise. L'ablation de toutes les parties contuses et fracturées doit être regardée comme le meilleur moyen de faire cesser les accidents infectieux entretenus par la fracture articulaire.

Le perfectionnement des méthodes de pansement pourra diminuer considérablement les indications des résections en tant que moyen de conserver la vie, et permettre, par cela même, au chirurgien de se placer dans les conditions les plus favorables au succès orthopédique de l'opération et d'attendre que le périoste et les tissus fibreux péri-articulaires aient subi le travail préparatoire qui les rend aptes, chez l'adulte, à reconstituer une articulation nouvelle.

C'est le degré de la lésion qui détermine la nécessité de la résection immédiate ou secondaire. Les extrémités osseuses sont tellement broyées dans certains cas, que l'opération se réduit à l'extraction des esquilles et à l'affranchissement des pointes saillantes des os qu'on laisse dans la plaie. Cette ablation des esquilles mobiles tenant encore en partie au périoste doit se faire avec toutes les précautions qu'exige la méthode sous-périostée. On conservera les esquilles adhérentes par leur plus grande surface au périoste et on réséquera, le plus rarement possible, toute l'épaisseur de l'os au-dessous des fissures, si l'on est obligé d'en sacrifier une grande longueur. Une résection latérale, c'est-à-dire d'une partie de l'épaisseur faite au niveau de l'extrémité de la fissure, conserve la longueur de l'os et empêche l'accumulation du pus et des matières septiques dans le canal médullaire. L'os étant primitivement sain, la résection ne doit avoir pour but que de débrider un foyer inflammatoire et d'enlever les corps étrangers putrescibles qu'il renferme. Il faut donc limiter le plus possible le champ de la résection pour éviter ces articulations ballantes dont Hannover, Seggel, Krintz font un si triste tableau, et qui deviendront de plus en plus rares si l'on se place dans les conditions que nous avons indiquées.

Le grand nombre des résultats défectueux constaté après les dernières guerres ne doit donc pas faire abandonner les résections. Il n'y a qu'une conclusion logique à tirer de ces insuccès : c'est qu'on ne réussit pas dans certaines conditions; mais, d'autre part, les insuccès obtenus nous indiquent dans quel sens nous devons nous diriger pour réussir. L'abus ou l'application vicieuse d'une méthode n'en détruit pas la valeur pratique; il faut seulement se renfermer dans les limites de son application, et non-seulement en adopter le nom, mais aussi se conformer à ses principes.

De l'ischiémie artificielle. — M. ESMARCH communique un travail sur ce sujet. Les avantages de cette méthode sont, suivant lui; 1° d'épargner le sang, ce qui, chez les malades déjà épuisés par des hémorrhagies antérieures ou des suppurations prolongées est d'une haute importance et ce qui paraît avoir, chez tous les opérés, une influence favorable sur la marche ultérieure des plaies; 2° de faire que le champ opératoire ne soit pas baigné par le sang, de sorte que l'on opère à blanc comme sur le cadavre; ce qui permet de reconnaître plus exactement la nature et l'étendue des lésions morbides, d'exécuter plus facilement un certain nombre d'opérations, de pouvoir pratiquer de grandes opérations avec un plus petit nombre d'aides, enfin, de pouvoir, dans les hémorrhagies très-abondantes, retenir la vie prête à s'échapper en refoulant temporairement le sang des extrémités (auto-transfusion).

Les inconvénients reprochés à cette méthode, dépendent, suivant M. Esmarch, de son application défectueuse; c'est ainsi que dans plusieurs cas on a vu des paralysies durables, la gangrène des lambeaux dans certaines amputations. Il ne faut pas, ajoute l'auteur, appliquer la compression élastique sur des parties dans lesquelles se trouvent des amas de pus ou de sanie afin d'éviter de pousser des matériaux septiques dans les lymphatiques. Il faut également éviter la compression des veines thrombosées. L'hémorrhagie souvent assez importante qui se fait après l'enlèvement du tube constricteur est facilement évitée par la ligature préalable des vaisseaux intéressés ou arrêtée après par l'application du froid, l'élévation du membre, la compression des tissus artériels et la galvanisation de la surface traumatique.

Du traitement de l'ozène. — M. ROUGE (de Lausanne) fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

L'ozène, fétidité spéciale de l'air expiré par le nez, résulte d'une suppuration des fosses nasales ou de leurs annexes, les sinus frontaux, les cellules ethmoïdales, les sinus sphénoïdaux, les sinus maxillaires.

Elle paraît avoir toujours pour point de départ une altération du squelette des fosses nasales ou de leurs annexes. Le degré de fétidité de l'haleine nasale est déterminé par l'étendue de la lésion osseuse. La stagnation du pus dans les sinus, abstraction faite de la lésion osseuse, d'où il ne s'écoule que par regorgement, contribue à la production de l'ozène.

Les causes de l'ozène sont nombreuses et variées : corps étrangers, fractures des os du nez, syphilis, lésions osseuses du nez, ou des cavités du voisinage.

Le traitement local de l'ozène est le suivant :

Lavage des fosses nasales au moyen de douches et d'irrigations souvent répétées. Le liquide employé varie suivant les indications. Insufflation de poudres astringentes caustiques ou désinfectantes. Cautérisation avec les caustiques chimiques solides, liquides pulvérulents, emploi du galvano-cautère. Rugination des ulcérations, extraction des séquestres, drainage des sinus. Pour remplir cette indication, il faut détacher le nez par le procédé sous-labial, qui permet l'exploration directe des fosses nasales, l'extirpation des parties nécrosées. Ce procédé ne laisse aucune cicatrice apparente, aucune difformité. Connu sous le nom de procédé de Rouge, il a donné des résultats excellents entre les mains des chirurgiens anglais ou allemands; il n'est pas encore bien connu en France. Il peut être aussi avantageusement appliqué à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

De la périostite externe et des abcès sous-périostiques. M. DUPLAY veut attirer l'attention sur une forme de périostite dans laquelle l'inflammation est bornée aux lames externes du périoste, sans lésion primitive de l'os sous-jacent.

Elle peut être *aiguë* ou *chronique*, et dans les deux cas elle donne lieu à des abcès occupant la face externe du périoste et le tissu cellulaire qui l'entoure, sans qu'il existe de dénudation osseuse, elle peut se montrer sur tous les os du squelette.

M. Duplay l'a notamment observée au fémur, au tibia, au péroné, au cubitus, chez des sujets jeunes, plus ou moins affaiblis par de mauvaises conditions hygiéniques ou par des maladies antérieures. Elle s'annonce par les symptômes habituels des phlegmasies pro-

fondes des membres. Une collection purulente plus ou moins vaste en rapport immédiat avec l'os, ne tarde pas à se développer, qui peut faire croire à une ostéite suppurée. Cependant, en examinant avec soin, on reconnaît que l'os n'est pas augmenté de volume, au delà des limites de la collection purulente. En outre, l'incision permet de reconnaître que l'os, loin d'être dénudé, est, au contraire, recouvert d'une membrane fongueuse, qui n'est autre que le périoste épaissi. Ces abcès sus-périostiques se comportent comme les abcès des parties molles.

La périostite externe chronique, signalée d'une manière générale par Billroth, et par Choué, mais non décrite par la plupart des auteurs est très-fréquente, et paraît avoir pour siége de prédilection les os de la main et du pied, les côtes et le sternum. Elle se rencontre de préférence chez des sujets lymphatiques, scrofuleux. Des violences extérieures en sont parfois la cause déterminante. Enfin, pour la périostite externe des côtes et du sternum, il faut tenir compte de la propagation de l'inflammation à la plèvre.

Elle débute lentement par une tuméfaction presque indolente, qui ne tarde pas à devenir fluctuante. La collection liquide adhère à l'os et l'on pourrait tout d'abord supposer que celui-ci en est le point de départ; mais comme dans la périostite externe aiguë, on pourra s'assurer que l'os sous-jacent n'est pas augmenté de volume et que l'abcès est seulement entouré d'un bourrelet induré, de peu de largeur. L'incision permet également de s'assurer que le périoste recouvre l'os en tous points, et que cette membrane est plus ou moins épaissie, ramollie, fongueuse à sa surface externe. Ces abcès sus-périostiques chroniques sont longs à guérir et se terminent par une cicatrice légèrement adhérente à la surface de l'os. Dans quelques cas, les lésions du périoste peuvent atteindre consécutivement l'os sous-jacent.

Nouveau cathéter pour l'opération de la taille. — M. GRITTI (de Milan) présente un nouveau cathéter cannelé pour l'opération de la taille.

Emploi du thermo-cautère pour l'opération de la taille. — M. TH. ANGER fait une communication sur ce sujet. (Voir dans la *Gazette des hôpitaux*, les comptes rendus de la Société de chirurgie, 1877.)

De la suture des tendons. — M. LE DENTU communique un travail ayant pour titre : *De la suture des tendons au point de vue de la médecine opératoire.* Cette opération, dit-il, est utile soit en assurant dans un certain nombre de cas la réunion immédiate, soit en diminuant l'écartement des deux bouts du tendon et en rendant possible une réunion médiate et secondaire.

Elle est encore indiquée lorsqu'elle a pour but le rétablisssement d'un mouvement important aboli par une rupture ou une section tendineuse ancienne; la suture par anastomose peut alors rendre de grands services, à défaut de la suture des bouts correspondants rendue impraticable par un trop grand écartement.

Trois points de la question doivent spécialement attirer l'attention : 1° La recherche des bouts; 2° la pose des fils; 3° l'ablation des fils.

La recherche des bouts trouve dans la bande élastique d'Esmarch un puissant adjuvant. Les pressions de haut en bas sur le corps charnu et le bout supérieur du tendon ne manquent pas d'une certaine utilité.

La manière de placer les fils est à peine indiquée dans les traités classiques et dans les observations afférentes au sujet.

La suture directe avec des fils métalliques manque de solidité, assure mal l'affrontement et coupe les tendons.

D'autre part, la torsion ordinaire crée parfois des difficultés pour l'ablation des fils. Il y a donc lieu d'imaginer autre chose pour simplifier cette ablation.

Les procédés suivants donnent peut-être satisfaction à ce désir. Ils varient suivant la forme du tendon à suturer. Au point de vue de la préférence à donner à tel ou tel d'entre eux, il faut partager les tendons en trois catégories : tendons forts et cylindriques, tendons grêles et cylindriques, tendons forts ou rubanés.

Tendons forts et cylindriques. — La suture est mixte et se compose d'une suture d'appui ou de soutien, et d'une suture d'affrontement. La suture se place de la manière suivante :

Une aiguille, armée d'un fil d'argent, est introduite dans l'épaisseur d'un des bouts tendineux, en un point situé sur un des bords, à 8 ou 10 millimètres de la section. L'aiguille chemine dans le tendon jusqu'au bord opposé.

De là, elle est conduite sur le bord correspondant de l'autre bout, en un point situé également à 8 ou 10 millimètres de la section; puis on fait la transfixion de ce bout d'un bord à l'autre, de telle sorte que les deux extrémités du fil pendent du même côté du tendon, chacun à quelques millimètres. Il reste à serrer la suture par un procédé quelconque. Voici celui auquel je me suis arrêté.

J'ai fait faire des tubes de Galli, de 1 centimètre et demi de long. J'engage les deux extrémités du fil dans un tube de cette espèce; par dessus ce long tube, je place un tube court ordinaire, que j'écrase pour fixer les fils.

Pour l'ablation des fils, il suffit de donner un coup de ciseau en travers entre les deux tubes; on enlève sans peine le long tube. Les fils étant ainsi libérés, on coupe l'une des extrémités aussi profondément que possible et on tire sur l'autre.

La suture d'appui étant établie, il reste à placer la suture d'affrontement. Le mieux est de recourir à une suture directe passée d'un bout vers l'autre obliquement, procédé qu'ont déjà employé un certain nombre de chirurgiens. On pose un ou deux fils d'affrontement suivant le volume du tendon; la torsion peut suffire et est peut-être préférable, si l'on craint d'accumuler sur une petite région plusieurs tubes de Galli.

Tendons grêles et cylindriques. — Ici, le volume du tendon ne permet pas d'employer la suture composée, décrite plus haut. La suture directe doit suffire; ou bien si, pour des raisons quelconques, la suture par anastomose est indiquée, le mieux est peut-être de recourir à l'enclavement du bout inférieur dans une boutonnière d'un tendon voisin. La fixation peut se faire au moyen d'un simple fil passé en travers.

Tendons plats ou rubanés. — Si c'est un tendon plat qui est sectionné, la superposition des bouts dans l'étendue d'au moins un demi-centimètre, conformément au procédé de Rémoise, me paraît supérieure à tous les autres moyens de réunion. Les deux bouts sont fixés dans cette situation par un fil qui comprend dans une anse transversale la partie moyenne des bouts dans une étendue d'environ 3 millimètres. On serre le nœud de manière à bien maintenir le contact.

Pour cette suture, on peut employer les fils de soie ou encore des fils de cat-gut un peu forts.

Pour avoir une idée de la résistance offerte par la suture mixte décrite en premier lieu, j'ai fait les expériences suivantes :

Le tendon du grand palmaire ayant été suturé de cette façon, j'ai suspendu au bout inférieur un poids de 500 grammes : les deux surfaces de section se sont écartées d'environ 1 millimètre.

Si l'on a soin de régulariser les bouts de manière à leur donner la forme de deux biseaux de direction opposée et de faire un peu chevaucher les deux extrémités l'une sur l'autre, un poids de 500 grammes ne détermine aucun écartement. Le même tendon (grand palmaire), soumis après vingt-quatre heures à une traction de 1,200 grammes, après avoir été trempé dans l'eau, a supporté cette traction sans que la suture cédât aucunement.

Hernie de la ligne semi-circulaire. — M. DANIEL-MOLLIÈRE (de Lyon) communique une nouvelle observation de cette variété de hernie. Ayant compulsé toutes les observations analogues rapportées par les auteurs, il en a réuni huit. Voici le résumé de cette nouvelle observation :

Une femme de cinquante-cinq ans portait une tumeur abdominale, dont elle s'était aperçue, pour la première fois, un an auparavant. A cette époque, sous l'influence d'une tumeur fibreuse utérine, elle aurait souffert d'une ascite considérable, avec distension énorme de l'abdomen. Quelques jours plus tard, douleurs vives au niveau du tiers interne de la ligne semi-lunaire. Apparition d'une tumeur. Un médicastre traversa cette tumeur avec un séton. Cette ouverture donna issue à environ vingt litres de liquide, au

dire de la malade. Puis, la plaie se cicatrisa. Mais à ce niveau resta une tumeur réductible, volumineuse et provoquant des accidents fréquents du coté du tube digestif. Il a été facile de constater qu'il s'agissait d'une hernie intestinale, volumineuse et réductible; que cette hernie s'était échappée au niveau du tiers interne de la ligne semi-circulaire.

Cette hernie a été contenue facilement à l'aide d'une plaque adaptée à une ceinture hypogastrique.

L'auteur insiste sur les conditions dans lesquelles elle s'est produite. Il faut remarquer que cette ectasie abdominale, apparaissant à ce niveau sous l'influence d'une distension énorme de l'abdomen, semble prouver, comme une expérience cadavérique, l'existence, au niveau du bord externe du muscle droit, d'un *locus minoris résistentiæ*, d'un point faible, qui se laisse distendre et donne passage à des hernies comme cet espace quadrilatère de la région lombaire, à travers lequel s'échappe la hernie de J.-L. Petit.

Des altérations de forme et de capacité de la vessie. — M. MALLEZ lit un travail sur ce sujet. La parésie, l'atonie, la paralysie vésicale s'accompagne-t-elle de l'amincissement ou de l'augmentation d'épaisseur des parois de la vessie? Dans quelles proportions constate-t-on l'une ou l'autre de ces dispositions pathologiques? Telles sont les questions qu'à cherché à résoudre M. Mallez, en réunissant dans les deux années de 1875-1876, cent trois cas de dysurie, dont la cause est dans l'état des parois vésicales ou dans celui du col. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Sur 103 cas, 57 ont présenté une sclérose très-marquée avec augmentation de volume, véritable hypertrophie concentrique des parois.

2° 39 ont encore présenté les mêmes altérations pathologiques à un moindre degré, toutefois, mais avec une augmentation de la capacité de l'organe.

3° 7 seulement n'offraient pas de changements d'état des parois.

L'induration est donc la règle dans la proportion de près de 95 pour 100.

Et comme conséquence clinique :

Le plus grand nombre des cas ne laisse que peu de ressources à la thérapeutique, et un dixième à peine peuvent être traités avec chances de succès.

On sait que toute l'école de Desault et celle de Dupuytren professent l'incurabilité du catarrhe vésical.

Les chiffres que donnent les nécropsies ne font que confirmer les précédents.

Sur 72 pièces se rapportant à des altérations vésicales diverses et qui se trouvent dans la collection de la rue Christine, 66 présentent des scléroses avec augmentation variable d'épaisseur des parois.

6 seulement sont à peu près normales ou légèrement amincies.

De la névrotomie dans les névralgies. — M. LÉTIÉVANT (de Lyon), fait une communication sur ce sujet. On regarde, dit-il, la névrotomie comme une opération difficile, infidèle, dangereuse, mortelle même et applicable seulement aux névralgies d'origine périphérique. M. Létiévant défend cette opération contre ces diverses accusations : les difficultés peuvent être aisément surmontées par des procédés opératoires bien précis.

Elle n'est pas aussi infidèle qu'on le suppose; si, en effet, on coupe le nerf assez haut et si on divise tous ceux indiqués par l'observation, on n'aura plus d'insuccès. Quant aux récidives, il faut les combattre par de nouvelles névrotomies, comme on combat par de nouvelles opérations les nécroses ou les tumeurs qui récidivent. Cette opération n'est pas plus dangereuse qu'une plaie insignifiante quelconque. S'il y a eu des accidents mortels dans quelques cas isolés, cela doit être le résultat de conditions particulières ou individuelles fâcheuses. Pour obtenir, sans danger, les bons résultats de la méthode, M. Létiévant recommande des précautions opératoires minutieuses : ne jamais couper le nerf sans l'avoir à nu sous les yeux et complétement dégagé des organes voisins; sans cela, on s'exposerait à couper avec lui quelque gros vaisseau, ce qui pourrait causer une hémorrhagie avec ses conséquences; ne pas tirailler le nerf dont les racines à la surface encéphalique pourraient être ébranlées.

Le plus souvent, on ne peut pas résoudre la question d'origine périphérique ou centrale de la névralgie. Il faut opérer quand la névralgie est *intense* et *rebelle*.

M. Létiévant a fait vingt-deux névrotomies pour névralgies, en seize opérations, sur douze sujets. Dans tous ces cas, pour douleurs intenses et ayant résisté à tout traitement. Durée de ces névralgies, vingt ans, douze ans, cinq ans, plusieurs années, plusieurs mois.

Sur dix sujets, guérison. Deux cas de récidive rapide : dans ces derniers, la méthode n'a pu être appliquée avec persistance.

La guérison a été suivie plus de cinq ans, trois ans et demi, dix-huit mois. Deux fois, on n'a pu observer que les phénomènes immédiats.

M. Létiévant conclut que la névrotomie, acceptée en théorie, s'imposera à la pratique par ses succès.

Résection de l'os maxillaire. — M. LÉTIÉVANT présente ensuite un malade opéré il y a six mois par son procédé de résection du maxillaire supérieur, avec conservation du nerf sous-orbitaire et du trépied de support qu'il taille dans les os de la face. Il montre sur son malade qu'avec ce procédé on obtient une conservation remarquable des formes du visage, due au trépied de support et la conservation parfaite, à la joue, de la vitalité, de la sensibilité et de la motilité, due à la conservation du nerf sous-orbitaire.

De la valeur comparative de la prothèse et des opérations plastiques dans les fissures de la voûte et du voile du palais. — M. TRÉLAT fait une communication sur ce sujet. (Voir dans la *Gazette des Hôpitaux* les comptes rendus de la Société de chirurgie, 1877.)

Comparaison du thermo-cautère et du galvano-cautère. — M. JULLIARD étudie comparativement ces deux instruments. Voici, suivant lui, les avantages du galvano-cautère sur le thermo-cautère.

1° Il peut être placé à froid, dans le fond de la bouche, le pharynx, le larynx.

2° On peut l'éteindre sans le déplacer, en arrêtant le courant.

3° La galvanocaustique dispose d'instruments plus délicats et plus fins que le thermo-cautère (utilité pour petites tumeurs érectiles).

4° La puissance calorique est plus grande.

5° Le rayonnement, qui est en raison du volume et de la surface, est moindre dans le galvano-cautère.

A chaque coup du thermo-cautère, on voit la graisse des tissus sous-cutanés fondre, bouillir même au contact de la chaleur. Dans la trachéotomie, on l'accuse de produire des brûlures de voisinage.

6° On ne peut, avec le thermo-cautère, produire la réunion par première intention, ce qui peut cependant, dans quelques cas restreints, se produire après l'emploi du galvano-cautère.

7° La grande supériorité du galvano-cautère, c'est l'anse caustique. Cette anse rend des services incomparables dans l'ablation de tumeurs de la langue, de certains polypes pharyngiens, etc.

Un des grands inconvénients de la pile, c'est la complication de cet instrument; la pile de Trouvé est la plus commode.

On a proposé, en Allemagne, de chauffer les instruments galvaniques par les courants d'induction. Ces instruments sont lourds et coûteux.

Une discussion s'engage sur ce sujet entre MM. Mazzoni (de Rome), Verneuil, Trélat et Paquelin. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 novembre ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Carpentier, médecin de 1re classe de la marine, dix ans de services dont trois à la mer. Services exceptionnels. Dévouement lors de l'épidémie tde choléra à bord de la *Corrèze*. — Infernet, médecin de 1re classe de la marine; treize ans de services, dont

quatre à la mer. Services exceptionnels. Dévouement pendant l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la Guyane française.

— Par décret en date du 5 novembre 1877, M. le docteur Guiet, président de l'association médicale de la Sarthe a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Jules Talrich, l'habile modeleur d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, vient de recevoir le titre d'officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Duchamp est nommé prosecteur pour quatre ans.

— Le laboratoire d'enseignement chimique et des hautes études à la Sorbonne est ouvert à MM. les élèves.

— Le bureau de la « Société de médecine de Caen et du Calvados » est ainsi constitué pour l'année 1878 :

MM. Chanceret, président ; Blutel, vice-président ; Gidon, secrétaire ; Delouey, vice-secrétaire ; Moutier, bibliothécaire ; Bourienne trésorier. — MM. Le Roy de Langevinière, Denis-Dumont, Wiart et Fayet, membres du comité de publication.

— *Cours de chimie médicale.*— M. le professeur Wurtz a commencé son cours de chimie biologique, le mardi 6 novembre à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Le cours de chimie médicale commencera le jeudi 8 novembre, à midi, au grand amphithéâtre, et se continuera les samedis et jeudis suivants.

— M. le docteur Landolt commencera son cours sur la réfraction et l'accommodation de l'œil avec expériences et démonstrations cliniques, le mercredi 7 novembre à une heure, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera les samedis et mercredis à la même heure.

— M. le professeur Lassègue commencera son cours de clinique médicale le jeudi 8 novembre 1877, à huit heures du matin et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Visite des malades à huit heures et demie tous les jours ; le lundi, consultation externe ; le mercredi, conférence de chimie pathologique.

— *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Parrot commencera son cours le samedi 10 novembre 1877, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur Charcot recommencera son cours clinique sur les maladies des centres nerveux, à la Salpêtrière, le dimanche 11 novembre à neuf heures et demie.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le lundi 12 novembre à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* M. le professeur Trélat commencera son cours le lundi 12 novembre 1877, à trois heures, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure.

— M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris commencera ses conférences sur l'oculistique et la chirurgie le lundi 12 novembre, à une heure de l'après-midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera tous les jours suivants, à la même heure.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera son cours public d'ophthalmologie le lundi, 12 novembre, à midi et demi, à sa clinique (rue de l'Ancienne-Comédie, 11 ; entrée : cour du Commerce, 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. Virgile Caudron, chef de clinique, exercera les élèves à la pratique de l'ophthalmoscope, et leur facilitera l'examen des malades.

— *Hôpital Necker.* — M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale le mardi 13 novembre 1877 à huit heures du matin et le continuera dans l'ordre suivant : mardis et vendredis, leçon d'amphithéâtre ; jeudis, consultationpublique ; lundis, leçon de sémiologie ; mercredis, leçon de chimie médicale ; samedis, leçon d'histologie pathologique.

— *Opérations et appareils.* — M. le professeur Le Fort commencera ce cours le mardi 13 novembre 1874, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant le résumé de toute la médecine et de toute la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, et un formulaire spécial pour chaque maladie, par MM. Bouchut et Desprès. 3e édition très-augmentée. — 1 fort volume in-4° de 1559-LIV pages, avec 906 figures intercalées dans le texte et 3 cartes. Prix : broché, 25 francs. — Germer-Baillière.

Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet, par le docteur Lebrun. — In-8°. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Affaire François Toulza dit Rapala. Réfutations des rapports affirmatifs du docteur Bergeron par le docteur Dresch. — In-8°. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Étude sur le baume Gurjun, Gurjun Balsam ou Wood-oil, et quelques-unes de ses applications thérapeutiques, par le docteur Luc Derval. — In-8°. Prix : 2 francs. — O. Doin.

De l'allaitement artificiel, par le docteur Jouannès Grangé. Première note. — 1 brochure in-8°. Prix : 50 centimes.—Frédéric Henry et A. Viollet.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CONGRÈS DE GENÈVE

SECTION DE CHIRURGIE. — *Suite* (1).

Des fistules péniennes. — M. REVERDIN fait une communication sur ce sujet. Il l'a circonscrit aux cas de fistules accidentelles de la portion pénienne de l'urèthre, et compte insister surtout sur leur traitement.

Pour arriver à établir nettement les indications opératoires, il faudrait posséder des observations plus nombreuses et non-seulement des cas de succès, mais aussi et surtout des cas d'insuccès; c'est ce que le professeur Czerny (de Fribourg-en-Brisgau) vient, dans un récent travail, de réclamer de ses collègues, et M. Reverdin appuie vivement sa demande.

L'étiologie des fistules péniennes montre : 1° que presque toutes sont compliquées d'une perte de substance plus ou moins considérable, et ici il faut remarquer que, chez les enfants, une perte de substance qui paraît très-minime, grâce au développement incomplet du pénis, peut avoir cependant une assez grande importance au point de vue du traitement.

2° L'étiologie de ces fistules montre encore que presque toutes, sinon toutes, doivent forcément être compliquées d'un rétrécissement plus ou moins étroit du canal; d'où la nécessité de traiter le rétrécissement avant de s'attaquer à la fistule; tous les auteurs le répètent, mais quand on dépouille les observations publiées, on est étonné de voir que ce rétrécissement, en quelque sorte obligatoire, est souvent passé sous silence.

3° Il existe deux catégories bien tranchées entre les diverses fistules péniennes; cette distinction, déjà signalée par Boyer, a été mise en lumière avec raison par M. Verneuil, qui a insisté tout particulièrement sur son importance : les unes sont de simples *boutonnières* à bords minces, formés par la soudure de la muqueuse et de la peau; elles n'ont qu'un orifice et pas de trajet; les autres sont de *véritables canaux* présentant deux orifices distincts et un trajet véritable.

4° Enfin, il est établi, par les observations, que les fistules en boutonnière sont très-difficiles à oblitérer, et que leurs dimensions n'ont pas une grande importance à ce point de vue.

Arrivant au traitement, M. Reverdin rattache les procédés employés à trois grandes méthodes : la cautérisation, l'uréthroraphie; l'uréthroplastie.

La *cautérisation*, complétement inefficace dans les fistules en boutonnière du corps du pénis, ne réussit que dans les fistules siégeant à l'angle pénoscrotal; mais là les parties molles sont à la fois plus épaisses et plus souples, il y a un véritable trajet fistuleux, ou la cautérisation peut en déterminer la formation; A. Cooper avait déjà nettement saisi l'importance de ce siége dans un cas de cette espèce, où la cautérisation lui donna un succès.

La cautérisation peut souvent être utilisée comme opération complémentaire, lorsqu'une fistule en boutonnière a été transformée par d'autres procédés en une ou plusieurs fistules à trajet. La cautérisation galvanocaustique est fort commode dans ces cas.

L'*uréthroraphie*, proprement dite, c'est-à-dire la suture des bords avivés de la fistule, a presque toujours échoué, et cela se comprend si l'on réfléchit à la minceur de ses bords, à la difficulté de les affronter, à l'action de l'urine; il est à noter qu'en cas d'échec on se retrouve en présence d'une fistule de même ordre, c'est-à-dire en boutonnière, et l'on n'a rien gagné.

Aussi fut-on bientôt amené à modifier l'opération, et on chercha à mettre en contact non plus des bords, mais des surfaces plus larges (procédés de Dieffenbach, de Nélaton, de Voillemier, de Verneuil, de Belove, etc.). Il y a progrès sous plusieurs rapports; entre autres en ce sens que l'échec, qui est assez ordinaire, peut n'être que partiel, et que, grâce à ces procédés, la fistule qui persiste alors peut n'être plus une boutonnière; mais posséder un véritable trajet.

Mais ces procédés ne peuvent, on le comprend, s'appliquer logiquement que dans les cas de fistules sans perte de substance, ou avec perte de substance, de peu d'importance.

L'*uréthroplastie* compte de nombreux procédés appartenant à la méthode indienne et à la méthode française. Les premiers sont, à ce qu'il semble, plus ou moins abandonnés. Parmi les procédés de la méthode française, un grand nombre consistent à amener au devant de la fistule avivée un ou plusieurs lambeaux dont la face cruentée regarde l'intérieur du canal; ils sont, on le sent, imparfaits; car ils ne réalisent pas ces desiderata d'une bonne opération plastique, qui consistent à remplacer autant que possible les parties détruites par des parties similaires; ce n'est pas les réaliser que de boucher un trou, là où il s'agit de combler une perte de substance complexe qui intéresse à la fois les téguments, le canal et sa muqueuse; ces procédés exposent, en outre, la face cruentée des lambeaux et leurs bords suppurés au contact et à l'action mécanique de l'urine; aussi échouent-ils souvent.

Un autre procédé, dit procédé à double plan de lambeaux, appliqué aux fistules péniennes, par Rigaud, d'abord, puis par Sédillot, Wood, Czerny, et par l'auteur de cette communication, dans un cas, réalise les conditions indiquées tout à l'heure; il consiste à renverser, sur la fistule, un ou plusieurs lambeaux, de façon que leur face cutanée forme le revêtement externe de la fistule réparée.

En combinant convenablement la disposition de ces deux plans de lambeaux, l'urine qui, avec ou sans sonde à demeure, les baigne toujours plus ou moins, est obligée à un long détour pour franchir les surfaces d'affrontement et arriver au dehors. Il en résulte qu'au cas d'un échec partiel, les fistules qui persistent ont alors un trajet et un trajet quelquefois long et sinueux; on a ainsi l'avantage de transformer une fistule, rebelle aux moyens simples tels que la cautérisation en fistule justiciable de ces procédés.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 novembre.

En résumé : réserver la cautérisation pour les cas de fistules à trajet; n'employer l'uréthroraphie modifiée, c'est-à-dire avec affrontement de larges surfaces, que pour les fistules sans perte de substance considérable; dans les autres cas, s'adresser à l'uréthroplastie; dans tous les cas de fistule en boutonnière, ne pas s'acharner de parti-pris à la poursuite souvent décevante d'une réussite complète, mais choisir un procédé tel qu'au cas d'un échec partiel, qui est toujours à prévoir, les fistules qui persisteront ne soient plus des fistules en boutonnière, mais des fistules à trajet. Celles-ci pourront être souvent oblitérées par des moyens simples tels que la cautérisation. Le procédé de Rigaud ou les procédés analogues paraissent réaliser le mieux possible, jusqu'ici, ces conditions.

SECTION DE MÉDECINE

Localisations cérébrales. — M. BROADBENT (de Londres fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions.

I. *Zone motrice de l'écorce cérébrale* — 1. Les expériences physiologiques basées soit sur l'excitation électrique, soit sur la destruction ou l'ablation, pratiquée par Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, Nothnagel et d'autres, ont établi qu'il existe une certaine zone de la partie corticale des hémisphères cérébraux, qui est en rapport intime avec les noyaux des nerfs moteurs, du bulbe et de la moelle épinière.

Cette zone est située, chez le singe et chez l'homme, autour du sillon de Rolando et principalement dans les deux circonvolutions ascendantes ou marginales, qui limitent ce sillon.

Il existe à ce niveau des régions plus ou moins définies et circonscrites, spécialement affectées, à la jambe, au bras, à la face, etc.

2. La pathologie de cette zone s'accorde d'une manière remarquable avec les résultats de l'expérimentation physiologique.

Les lésions partielles et irritantes peuvent produire l'épilepsie partielle avec ou sans hémiplégie fugitive ou permanente.

Les lésions plus étendues avec destruction plus ou moins complète de la substance grise corticale peuvent causer une monoplégie ou une hémiplégie.

3. Tout en admettant la localisation d'une zone motrice et de centres moteurs à la surface de l'hémisphère, il faut ajouter que la communication entre les cellules de cette région et les cellules des cornes grises antérieures de la moelle ne peut être directe.

Le caractère coordonné et la suite ou succession des mouvements qui sont provoqués par l'excitation électrique; le caractère de la paralysie produite par l'ablation d'un centre cortical, son intermittence, sa courte durée; la tendance qu'a l'épilepsie partielle symptomatique de commencer par la main, quoique la situation de la lésion ne soit pas la même; la perte de temps dans la transmission d'une excitation électrique sont autant de raisons pour admettre l'intervention d'un ganglion entre l'écorce cérébrale et les racines des nerfs moteurs.

Les centres cortico-moteurs sont les points de départ des impulsions descendantes volontaires, les points de sortie des actions idéomotrices. Les cellules de la zone motrice (qui ressemblent à celles des cornes antérieures de la moelle) sont l'appareil par lequel les dictées de l'intelligence sont formulées pour l'expression ou pour la transmission au dehors.

Le meilleur exemple du fonctionnement d'un centre cortico-moteur est celui du centre de la parole, qui est la première et la plus importante des localisations cérébrales. L'aphasie sans paralysie des lèvres et de la langue est un exemple de ce qu'on a appelé suppléance ou substitution fonctionnelle quoique la suppléance soit incomplète.

4. D'après les expériences de Ferrier et de Hitzig, il existe dans la couche verticale une région ou zone de perception.

Cette zone s'étend *du pli courbe*, qui est le centre perceptif de la vue, le long de la circonvolution sous-sylvienne du lobe temporosphénoïdal (dans laquelle se trouve le centre auditif) jusqu'à la pointe de ce lobe.

De là cette zone retourne, par l'intermédiaire du lobule et du pli unciforme dont elle occupe le bord interne, vers le lobe occipital dans lequel elle occupe probablement le gyrus calcarinus.

La pathologie n'a pas encore fourni l'indication précise sur cette question. On sait cependant que la destruction complète du lobe occipital n'a pas d'effet sur la sensibilité.

5. Les circonvolutions des lobes frontal et occipital, celles de l'insula, celles de la face interne des hémisphères, celles du lobule susorbitaire, ne répondent pas à l'excitation électrique. Les lésions de ces parties de la substance corticale n'ont pas de suites constantes et sont, pour la plupart, sans effet.

L'ablation des deux lobes frontaux paraît diminuer la spontanéité et l'activité de l'intelligence : celle de l'extrémité occipitale des deux hémisphères semble abolir l'appétit, mais ces effets ne donnent pas une idée satisfaisante de la fonction de ces lobes.

6. Il ne paraît pas y avoir un centre vaso-moteur cérébral spécial; l'appareil vaso-moteur est en relation avec le système moteur général, et comme lui, il a des centres dans la moelle, dans les ganglions centraux et dans les circonvolutions; ces centres sont subordonnés les uns aux autres.

De même, il n'y a pas de centres ni de nerfs trophiques spéciaux. L'influence trophique est commune à tout le système nerveux.

II. *Corps opto-striés.* — 1. Le corps strié exerce certainement une fonction motrice : une grande partie des fibres motrices du pied du pédoncule cérébral se termine dans ce ganglion. L'excitation faradique du corps strié provoque la contraction générale de tous les muscles du côté opposé; sa destruction expérimentale ou pathologique détermine l'hémiplégie,

Il serait, d'après le rapporteur, l'intermédiaire entre l'hémisphère et la moelle. Ses cellules groupées et combinées par l'éducation sensorio-motrice seraient l'appareil dont les centres cortico-moteurs se serviraient pour transmettre leurs ordres aux muscles.

2. La *couche optique* serait un ganglion intermédiaire pour la transmission des impressions sensitives depuis les noyaux des nerfs sensibles jusqu'aux centres perceptifs de l'écorce cérébrale. Malgré de nombreuses objections qu'elle peut soulever, cette interprétation a en sa faveur les données de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique. Si la localisation des centres perceptifs est vraie, il est anatomiquement impossible, suivant les recherches du rapporteur, qu'il y ait entre les faisceaux hémisphériques une autre voie de communication que par l'intermédiaire de la couche optique. Les faits d'hémianesthésie sont parfaitement d'accord avec cette hypothèse.

Les corps opto-striés seraient donc simultanément un instrument de l'hémisphère et un appareil automatique.

Comme interprétation générale de symptômes, fournie par cette manière de voir, on peut dire que :

a. La *paralysie* est une rupture, soit de fibres, soit de cellules, servant au mécanisme de l'appareil nerveux moteur.

b. L'*anesthésie*, une rupture dans le mécanisme sensitif.

c. Le *tremblement*, l'effet d'une gêne dans la conductibilité des fibres blanches.

d. La *convulsion* (y compris la convulsion choréique), le résultat d'une irritation de la substance grise.

e. La *contracture précoce* et *fugitive*, un effet de pression sur un ganglion.

Puisque le système nerveux entier est un vaste mécanisme de cellules et de fibres, son action fonctionnelle devrait pouvoir être décrite en termes de cellules et de fibres, on éviterait ainsi les ambiguités qui nuisent tant au progrès et l'on aurait une vraie localisation physiologique.

Le rapporteur n'a pu, dans l'état actuel de la science, qu'esquisser imparfaitement le mécanisme cérébral.

M. SCHIFF fait observer que la question de localisation cérébrale est une des plus belles conquêtes que la pathologie doit à la physiologie; mais elle est loin encore d'être complétement résolue. Brown-Sequard, Hermann, Gobtz sont opposés à cette doctrine; Broca et Charcot s'en montrent partisans. Les vrais centres moteurs ne sont pas directement excitables par les agents électriques, mécaniques, chimiques, mais seulement par les actions réflexes.

Le seul moyen de s'assurer de la fonction de telle ou telle partie du cerveau, c'est l'extirpation. M. Schiff a vu qu'en extirpant certains centres considérés comme moteurs, on n'observe que l'ataxie des mouvements.

Il a fait, sur des chiens, l'extirpation des centres moteurs de la face; les mouvements étaient conservés, la sensibilité tactile abolie; le pain qu'on leur fait manger reste du côté où cette sensibilité est abolie, entre les dents et la joue; l'abolition de la sensation tactile nous donne là l'explication de ces phénomènes. Les centres dits moteurs ne sont donc que des centres de sensibilité tactile. Schiff a fait à ce sujet des expériences qu'il a insérées depuis longtemps dans la deuxième édition de ses *Leçons sur l'encéphale*. Ces conclusions ne sont peut-être pas applicables à l'homme; on devrait peut-être rejeter l'existence de centres chez ce dernier. L'analyse clinique dont M. Charcot a su tirer de si brillants résultats, a toute l'importance d'une expérimentation, et l'on doit tenir en grande estime ses résultats, bien qu'apparemment ils soient en désaccord avec les résultats physiologiques. L'homme, peut-être, doit à la supériorité de son organisation, d'avoir des centres moteurs à la surface du cerveau.

De la malaria en Europe et dans l'Amérique du Nord. — M. LOMBARD (de Genève), fait une communication sur la répartition de la malaria dans ces deux pays. Il montre, à l'appui, des cartes géographiques qui font connaître les régions atteintes par la malaria, et celles qui jouissent d'une certaine immunité : les premières sont la Finlande, quelques portions de la Suède, des bords septentrionaux de la Baltique, le littoral de l'Océan depuis l'embouchure de l'Elbe jusqu'au Portugal, celui de la Méditerranée et des îles, la Hongrie et toutes les régions orientales et méridionales. Les secondes sont la Norvège, le Danemark, l'Islande, les îles Britanniques, l'Allemagne, la Suisse et le centre de la France.

Aux États-Unis, la malaria existe à un degré supérieur à ce que l'on observe dans toute l'Europe. Cependant, les États du Nord sont relativement épargnés, ce sont ceux du Sud qui sont atteints plus qu'aucun autre pays d'Europe. M. Lombard étudie ensuite la question de la permanence de la malaria; il montre qu'il y a des villes où elle a complètement disparu, après y avoir régné avec une extrême intensité, et d'autres où, au contraire, elle règne actuellement et où elle était inconnue autrefois. Il étudie aussi l'influence de la latitude sur la fréquence et le type et montre que, rare au Nord, la malaria devient de plus en plus fréquente au Midi. Quant au type, c'est le type tierce qu'on observe le plus au Nord, tandis qu'à mesure qu'on s'avance vers le Midi on voit augmenter les types quotidiens, doubles tierces, quartes, continus et pernicieux.

M. Lombard a recherché l'influence de la malaria pour déplacer l'époque de la mortalité et il montre, à l'aide de cartes, qu'en Europe l'été et l'automne remplacent l'hiver et le printemps, là où est la malaria. Dans l'Amérique du Nord, l'été et l'automne sont les époques de la plus forte mortalité, là où il n'y a pas d'influence tellurique, tandis que le printemps et l'hiver sont plus chargés en décès là où règne cette influence.

L'influence tellurique augmente la mortalité en raison directe de l'âge et de l'intensité d'action des effluves paludéennes. Elle affaiblit la constitution et augmente les effets fâcheux des modifications atmosphériques. L'influence malarienne, peu prononcée chez les nouveau-nés, après le premier mois, diminue la force de résistance aux influences atmosphériques de telle sorte que, pendant l'enfance, la chaleur augmente la mortalité, tandis que, chez les adultes et surtout chez les vieillards, c'est le froid qui accroît la mortalité proportionnelle de l'hiver et du printemps.

L'immunité de la race nègre est établie par des faits irrécusables.

En terminant M. Lombard rappelle la pensée exprimée par M. Bouchardat, que *deux questions dominent l'hygiène, la misère et les marais* et il montre que les marais développent la misère physiologique et celle-ci la misère physique, en sorte que l'on peut dire avec certitude que la malaria engendre la misère.

Enfin, M. Lombard traite la question de la possibilité de détruire les influences ou intoxications telluriques, il pense qu'il faut entreprendre une croisade contre un mal qui décime et affaiblit l'espèce humaine sur presque toute la surface du globe et ceux qui arriveront à combattre ce plan mériteront, mieux que d'autres, le titre de *bienfaiteurs de l'humanité*.

Des fonctions de la rate. — M. SCHIFF fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° L'*extirpation de la rate* n'a aucune influence durable sur la quantité absolue ou relative des *globules blancs ou rouges* du sang.

2° Dans les premiers temps, après l'opération, on voit une augmentation considérable des globules blancs avec ou sans diminution des globules rouges. Ces altérations ne dépendent pas de l'absence de la rate, mais seulement des actes opératoires que nécessite l'ablation de l'organe, et ces phénomènes restent à peu près les mêmes, si les actes préparatoires ne sont pas suivis de l'ablation de la rate.

3° Après l'ablation de la rate, il ne se forme qu'exceptionnellement des gonflements dans les glandes lymphatiques, ou des augmentations de volume d'autres glandes. Les soi-disant rates supplémentaires manquent même si on a laissé vivre les animaux plus d'un an et demi et même si l'opération a été faite dans les premières semaines après la naissance.

4° Le gonflement des glandes mésentériques qu'on rencontre très-exceptionnellement chez les animaux dératés, paraît dû à une péritonite partielle prolongée qui, quelquefois, est la suite de l'opération.

5° La rate paraît augmenter de volume depuis la quatrième jusque vers la septième heure d'une digestion stomacale suffisante.

6° La rate pendant la digestion, ou plutôt pendant l'absorption stomacale, prépare le ferment qui, entrant avec le sang dans le tissu du pancréas, transforme dans cette glande une substance spéciale (probablement albuminoïde) en *pancréatopepsine* ou trypsine, c'est-à-dire en une substance apte à digérer les corps albuminoïdes.

7° Après l'extirpation de la rate, le suc pancréatique perd son influence digestive sur les corps albuminoïdes, tout en conservant ses autres propriétés digestives. La digestion duodénale des albuminoïdes ne se distingue plus par son énergie et sa rapidité : elle est alors faible comme dans les autres parties de l'intestin grêle.

8° Après l'ablation de la rate, la substance destinée à former la pancréatopepsine s'accumule en grande partie dans le pancréas et peut encore être transformée en pancréatopepsine par les influences chimiques qui, après la mort, accompagnent le commencement de la putréfaction.

9° Après la destruction de ses nerfs, la rate reste flasque; elle ne se gonfle plus et devient atrophique comme en général les tissus érectiles dont les nerfs vasculaires sont paralysés.

Maladies contagieuses du système pileux. — M. HARDY lit un travail sur l'étiologie, la nature et le traitement des maladies parasitaires du système pileux : favus, tricophytie et pelade. Ces trois maladies sont, suivant lui, parasitaires et contagieuses, mais la contagion ne se manifeste que dans certains cas de dépression physique.

Étiologie de la fièvre typhoïde. — M. BOUCHARD lit un travail sur ce sujet. Voici les conclusions de ce travail :

1° A défaut de faits démontrant la contagion directe de l'homme à l'homme, telle qu'on la pourrait concevoir résultant du contact, de l'inoculation, de l'ingestion, ou de l'inspiration de matières fournies immédiatement par l'individu atteint actuellement de fièvre typhoïde, le rapporteur sollicite la production de faits nouveaux tendant à établir la nocuité médiate de ces matières et plus particulièrement des déjections du typhus abdominal, l'époque où elles commencent à être nuisibles, l'époque où elles cessent de l'être, les conditions qui paraissent favoriser le développement et la propagation de ces qualités nocives.

2° Quelle que soit la solution donnée à cette question de l'origine du poison morbide, le rapporteur fait appel aux documents qui pourraient jeter quelque jour sur les voies de transports et de dissémination de ce poison, sur les matières (air, eau, etc.), qui pour-

raient lui servir d'agent intermédiaire, sur son mode d'introduction dans l'organisme humain.

3° Relativement à l'intoxication par l'air, il serait désirable qu'on pût discuter les faits tendant à incriminer l'influence nocive des émanations des fosses, des égouts, des fumiers, et que des statistiques permisssent d'apprécier l'action exercée sur la santé des ouvriers par les émanations de ces foyers, soit en dehors des épidémies, soit pendant ou après les épidémies.

4° Relativement à l'intoxication par l'eau, il y aurait avantage à rassembler de nouveaux faits tendant à prouver que certaines épidémies partielles se localisent autour de puits qui servent à l'alimentation du quartier affecté ou suivent la distribution de conduites d'eaux. Ne peut-on pas suivre également la marche de l'épidémie d'un village à l'autre le long du cours descendant d'un ruisseau qui sert à l'alimentation des riverains et reçoit leurs déjections? Enfin, quelle influence convient-il d'accorder aux eaux souterraines, aux infiltrations qu'elles reçoivent et aux fluctuations de leur niveau?

De l'ulcère chronique simple de l'estomac. — M. LEBERT communique un travail sur ce sujet. Ce travail repose sur 252 cas personnels, dont 194 avec observations détaillées et 33 avec autopsies. Il étudie principalement l'ulcère consécutlf à une infiltration sanguine locale, avec interruption circonscrite de la circulation et formation d'une eschare. Cependant, il passe aussi en revue les ulcérations superficielles, les érosions dites hémorrhagiques, les ulcères folliculaires aphteux et les ulcérations inflammatoires plus profondes et plus étendues que les simples érosions.

La fréquence de l'ulcére gastrique varie suivant les divers pays et les diverses localités d'un même pays. En moyenne, elle ne dépasse pas le 4 pour 100 des autopsies. L'ulcère simple survient tantôt sans cause appréciable, tantôt sous l'influence d'un état général anémique et névropathique, peut-être vaso-moteur. Ses principales formes sont :

1° La forme aiguë avec perforation de l'estomac et péritonite diffuse mortelle; 2° la forme hémorrhagique, avec forte hématémèse; la forme scorbutique qui en est une variété; 4° la forme dyspeptique qui ressemble au catarrhe gastrique, mais est plus douloureuse; 5° la forme gastralgique avec prédominance de paroxysmes douloureux; 6° la forme vomitive, avec prédominance des vomissements; 7° la forme cachectique, pouvant simuler le cancer; M. Lebert étudie les principaux groupes et symptômes :

Les vomissements de sang pur ou à l'état de melæna, y compris les vomissements noirs, la mélanémèse, ont existé dans les 4/5 des cas: ils ont été la cause de la mort dans 3 pour 100 des observations cliniques.

La perforation de l'estomac a été la terminaison dans 3 1/12 pour 100 des cas cliniques, chez la femme surtout entre la puberté et trente ans, chez l'homme surtout après trente ans. La diathèse chloro-anémique, prédispose à la perforation.

La maladie a en moyenne une durée de trois à cinq ans au moins, avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Elle peut être latente, la guérison et la cicatrisation survenant à peu près sans symptômes. La durée peut être beaucoup plus courte dans des cas qui guérissent, aussi bien que dans ceux qui se terminent par la mort.

Cette terminaison a eu lieu dans 8 pour 100 des cas. Rare pendant la première année, elle devient plus fréquente dans la seconde et surtout dans la troisième année; elle augmente avec la durée de la maladie, surtout si la marche a été continue.

Les récidives ne sont pas rares; un nouvel ulcère survenant après une longue période de santé, comporte un bon pronostic; il se cicatrise, en général, comme le premier.

La fistule stomacale extérieure n'est pas grave, tandis que les fistules gastro-pulmonaires et gastro-coliques sont le plus souvent, sinon toujours, mortelles.

Les rapports entre l'ulcère simple et le cancer ont été peu étudiés. La coexistence des deux affections a été démontrée dans huit cas personnels, savoir dans 5,5 pour 100 des cas de cancer de l'estomac.

Le traitement de l'ulcère gastrique doit être avant tout hygiénique; la diète lactée est le traitement qui donne les meilleurs effets. M. Lebert insiste sur la nécessité de ne passer que très-graduellement à un régime alimentaire varié et substantiel. Même longtemps après la guérison, la diète doit encore être bien réglée et rigoureusement surveillée. La constipation doit être combattue par les apéritifs, l'aloës surtout. Si les douleurs ne cèdent pas au régime, les calmants, surtout l'opium ou les injections de morphine sont nécessaires. Parmi les altérants, le sous-nitrate de bismuth et l'azotate d'argent sont utiles. Il faut éviter, toutefois, l'emploi des médicaments qui ne sont pas de rigueur. La glace et les astringents combattront l'hématémèse.

Décharge électrique de la torpille. — M. MAREY étudie les caractères physiques de la décharge électrique de la torpille et les analogies que présente cette décharge avec la contraction musculaire.

1. La décharge se compose de flux successifs d'électricité, de même qu'une contraction musculaire se compose d'une série de secousses successives.

2. Chacun des flux dure environ 1/14 de seconde.

3. Le retour d'un flux électrique de torpille sur l'excitation des centres nerveux de l'animal est environ 1/75 de seconde.

4. La fréquence du flux d'une décharge varie de 60 à 140 par seconde; il y a des décharges brèves, qui se composent seulement de deux ou trois flux, d'autres fort longues peuvent durer sept ou huit secondes et se composent de 800 ou 1000 flux successifs.

5. Les flux de la torpille sont de même sens et s'ajoutent partiellement les uns aux autres, comme s'ajoutent les raccourcissements successifs d'un muscle que l'on tétanise.

6. Les influences physiques ou physiologiques qui augmentent ou diminuent l'intensité de la contraction musculaire, qui modifient la fréquence ou le rhythme des secousses d'un muscle, semblent produire une action semblable sur la décharge électrique de la torpille.

7. Ces études sur la décharge électrique de la torpille ont été faites au moyen du myographe, du signal électro-magnétique de Marcel Deprès et de l'électromètre de Lippman.

Méthode clinique et pharmacopée universelle.— MM. GILLE (de Bruxelles) et SEGUIN (de New-York) soulèvent une discussion sur ce sujet. Voici les conclusions de M. Gille relativement à la nécessité d'une pharmacopée universelle :

1° Dans sa quatrième session, tenue à Bruxelles, en 1875, le Congrès périodique international des sciences médicales a admis l'utilité d'une pharmacopée universelle officielle, et il a décidé d'attendre communication du projet déposé au Congrès pharmaceutique qui a siégé, au mois d'août 1874, à Saint-Pétersbourg, pour s'occuper de cette question.

2° D'après les décisions prises à Saint-Pétersbourg, le projet de pharmacopée universelle, élaboré par la Société de pharmacie de Paris, et déposé par M. Méhu, a été renvoyé à un comité qui devait l'examiner avant le 1er décembre suivant, pour pouvoir l'envoyer ensuite, s'il le jugeait convenable, à l'avis des sociétés représentées à ce Congrès. Les délégués de celui-ci devaient ensuite engager le gouvernement russe à adresser ce projet par voie diplomatique à tous les États intéressés, en les priant de vouloir bien désigner une commission d'enquête pour l'examiner promptement, afin qu'il puisse être modifié ou publié sans changement.

3° Ces décisions n'ayant pas reçu, jusqu'ici, leur exécution complète, il y a lieu de délibérer, à la cinquième session, qui aura lieu à Genève, sur les mesures à prendre pour activer les travaux en retard, s'ils ne sont pas terminés à l'époque de l'ouverture de ce congrès.

4° Dans le cas où ces travaux ne seraient point terminés au moment de la réunion du Congrès, il conviendra d'examiner, dans cette assemblée, s'il ne serait pas utile de mettre immédiatement en discussion quelques-unes des conclusions qui terminaient le rapport présenté à la quatrième session, afin de profiter des lumières des membres, réunis à cette occasion, pour faire faire un pas à la question.

Ces conclusions étaient ainsi conçues :

A. Émettre le vœu que ce dispensaire soit limité, pour le moment, aux médicaments énergiques, en laissant à chaque pays la liberté de le compléter d'après ses besoins particuliers ;

B. Associer ses efforts, pour l'obtenir, à ceux du Congrès pharmaceutique international, tenu au mois d'août 1874 à Saint-Pétersbourg ;

C. Engager le gouvernement russe à prendre l'initiative, conformément à la demande dudit Congrès, afin d'amener les autres puissances à faire ce qui dépend d'elles pour obtenir la pharmacopée internationale ;

D. Exprimer le désir qu'un certain nombre de médecins et même de vétérinaires fassent partie, avec les pharmaciens, de la commission internationale qui sera chargée d'arrêter le travail définitif de cette œuvre importante ;

E. Joindre ses vœux à ceux exprimés, à peu près dans les termes suivants, par le Congrès de Saint-Pétersbourg :

a. Le texte de la pharmacopée internationale, devra être en latin :

b. Le système décimal des poids et mesures sera de rigueur ;

c. Toutes les températures seront prises à l'échelle centigrade ;

d. La nomenclature chimique sera établie suivant un plan uniforme (celle de Berzélius a paru rallier la majorité des membres du Congrès de Saint-Pétersbourg);

e. Les noms, pour la désignation des drogues, devront être bien exacts et aussi simples que possibles ;

f. Les drogues importantes seront l'objet d'une description concise et la quantité minima du principe actif qu'elles devront contenir sera rigoureusement établie chaque fois que la chose sera possible ;

g. Les préparations galéniques seront aussi simples que possible et décrites suivant un même plan ;

h. On indiquera le maximum des impuretés que pourront renfermer les produits chimiques.

Nouveau mode de traitement des anévrysmes de l'aorte. — M. BACCELLI (de Rome) fait une communication sur un nouveau mode de traitement, qui consiste à introduire dans le vaisseau, au moyen d'un trocart, une spirale de montre qui devient le centre de coagulations plus ou moins étendues.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ préfère à cette méthode, celle de Aniselli. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, août 1877).

De la diphthérie. — M. RÉVILLIOD (de Genève), lit un mémoire sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° La diphthérie est une maladie générale, aiguë, spécifique, caractérisée anatomiquement par la production de fausses membranes dans les voies respiratoires, se manifestant par des symptômes et des lésions variables, affectant tantôt une forme bénigne dans laquelle les symptômes apparents dépendent uniquement de la lésion locale, tantôt une forme maligne qui témoigne d'une intoxication générale.

2° La distinction nosologique des affections croupales et diphthériques, basée sur l'anatomie pathologique, n'est pas conforme aux données de la clinique.

Ces deux formes relèvent d'un seul et même principe, parce que : *a*) Entre elles s'observent tous les degrés intermédiaires, tant sous le rapport des lésions locales que des phénomènes généraux ; *b*) elles se développent dans la même épidémie, sous l'influence du même contagium et se succèdent souvent immédiatement sur le même individu.

3° Comme toute maladie infectieuse, la diphthérie, endémique dans les villes, est épidémique dans les campagnes.

La mortalité par infection diphthéritique est plus forte dans les villes que dans les campagnes, dans les hôpitaux que dans les villes, dans les grands hôpitaux que dans les petits. Elle varie, ainsi que la force de contagion, selon les époques et les pays.

La diphthérie se distingue des autres maladies virulentes et miasmatiques par la réceptivité spéciale qu'offrent certaines familles, en vertu de laquelle frères et sœurs sont souvent atteints successivement dans des conditions de lieu et de temps qui ne permettent pas d'invoquer la contagion.

4° Il n'y a pas de spécifique contre la diphthérie.

Les médications les plus opposées peuvent être réclamées selon les formes et les diverses manifestations morbides. Le croup en troisième période ne peut guérir que par la trachéotomie. L'opération est alors indiquée, et doit être faite, quelles que soient d'ailleurs les conditions d'âge, de constitution, de complications et quel que soit le degré d'asphyxie.

Elle doit donner les 2/5 de guérison.

La chloroformisation est inutile et peut être nuisible.

Les procédés de trachéotomie très-lents ou très-rapides étant plus dangereux que le procédé mixte (trachéotomie supérieure en quatre temps), celui-ci demeure le préférable.

Les conditions de succès dépendent : *a*) Des soins consécutifs ; *b*) du plus ou moins d'intensité des symptômes d'intoxication diphthéritique.

5° Une des causes de mort les plus fréquentes chez les trachéotomisés est un trouble d'innervation de l'appareil pulmonaire, trouble qui n'est que l'extension des paralysies qui s'observent dans d'autres régions et se traduit par la dyspnée expiratrice, l'anesthésie de la trachée et des désordres nutritifs des poumons.

Des altérations du sang dans l'anémie. — M. HAYEM fait une communication sur ce sujet. (Voir dans la *Gazette des hôpitaux* les comptes rendus de la Société de biologie, 1876-1877).

De l'air comprimé dans les maladies pulmonaires et cardiaques. — M. SCHNITZLER préconise l'emploi de l'air comprimé et raréfié dans le traitement des maladies du poumon et du cœur.

M. CARVILLE dit que la phthisie est une contre-indication formelle à l'emploi de ce moyen.

M. HARDY les recommande surtout dans les maladies pulmonaires où domine l'élément nerveux.

La créosote dans la phthisie. — M. GIMBER (de Camus) préconise l'emploi de la créosote dans le traitement de la phthisie.

Inoculabilité de certaines affections cutanées. — M. VIDAL fait connaître le résultat de ses expériences sur ce sujet. (Voyez dans la *Gazette des hôpitaux* les comptes rendus de la Société de biologie, 1877).

De la gravelle pileuse. — M. DEBOUT lit un travail sur ce sujet et l'emploi des eaux de Contréxeville dans le traitement de cette maladie. (*A suivre.*)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CONFÉRENCES DES FACULTÉS

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu le décret du 22 août 1854, portant institution dans les facultés de conférences et de manipulations ;

Vu la loi de finances du 29 décembre 1876 ;

Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement public,

Arrête :

Art. 1er. — Les conférences instituées dans les facultés ont pour objet, soit de fortifier par des répétitions et exercices pratiques les leçons des professeurs titulaires, soit de compléter par l'adjonction de nouveaux enseignements le cadre des études de la faculté.

Dans le premier cas, les maîtres de conférences reçoivent la direction des professeurs auxquels ils sont attachés ; dans le second cas, ils enseignent suivant un programme qu'ils ont soumis au doyen et qui doit recevoir l'approbation du ministre en comité consultatif.

Art. 2. — Les maîtres de conférences sont nommés par le mi-

nistre pour une année, mais leur délégation peut être indéfiniment renouvelée. Leur traitement normal est fixé à trois mille francs.

Art. 3. — Les élèves inscrits dans les facultés sont seuls admis à suivre les conférences.

Art. 4. — Les conférences de tout ordre sont nécessairement accompagnées d'interrogations adressées par le professeur aux élèves ou échangées entre les élèves sous sa direction.

Elles peuvent donner lieu à des compositions et à des concours.

Art. 5. — Les conférences sont confiées dans les facultés et dans les écoles supérieures de pharmacie à des agrégés, ou, à défaut d'agrégés, à des docteurs.

Art. 6. — Elles peuvent être confiées dans les facultés des sciences et des lettres :

1° A des membres sortants des écoles de Rome et d'Athènes, ou à des répétiteurs de l'école pratique des hautes études, pourvus du grade de licencié, sur le rapport motivé des directeurs ou présidents de section de ces écoles ;

2° A des agrégés des lycées qui justifient cette désignation par le rang qu'ils ont obtenu au concours.

Art. 7. — Les membres des écoles de Rome et d'Athènes, les répétiteurs de l'école des hautes études et les agrégés des lycées doivent avoir déposé leurs thèses de doctorat dans le cours de l'année qui suit leur nomination et justifier de l'approbation de ces thèses avant le renouvellement de leur mandat.

Art. 8. — Les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur peuvent seuls être admis à participer aux examens.

Art. 9. — Les conférences ont lieu dans les locaux des facultés ou dans des locaux annexes. Elles sont annoncées à la suite des cours des facultés.

Art. 10. — Les conférences sont annuelles et chacune d'elles comprend nécessairement trois leçons ou exercices d'une heure par semaine.

Les élèves choisissent leur maître de conférences.

Art. 11. — A la fin de chaque trimestre, les maîtres de conférences sont tenus de remettre au doyen ou directeur des notes sur le travail de leurs élèves.

Art. 12. — A l'époque du renouvellement des délégations, le doyen ou directeur adresse au recteur, pour être transmis au ministre, un rapport sur les résultats obtenus dans chacune des conférences.

Fait à Paris, le 5 novembre 1877.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Joseph Brunet.

BOURSES DES FACULTÉS

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ;

Vu la loi des finances du 29 décembre 1876 ;

Vu les conditions spécifiées par la commission du budget législatif, pour l'obtention des bourses, lesquelles conditions se résument comme il suit :

1° Les bourses seront données au concours :

2° Le plus grand nombre de ces bourses sera attribué aux facultés des départements.

3° Les facultés de droit n'auront pas part à ces concessions ;

4° Les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie pourront en obtenir, mais en nombre moindre que les facultés des sciences et des lettres ;

5° Les bourses pourront être révoquées si le titulaire ne justifie pas la faveur dont il est l'objet par l'assiduité de son travail et ses notes aux examens ;

6° Il sera tenu compte de la situation de fortune des candidats.

Le comité consultatif de l'enseignement public entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Les bourses entretenues par l'État dans les facultés, sont de deux sortes :

Les bourses de licence ;

Les bourses de docteur ou de pharmacien de première classe.

Art. 2. — Les candidats aux bourses s'inscrivent au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Ils doivent être Français et être âgés de dix-huit ans au moins.

Ils désignent en s'inscrivant, la faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ;

3° Une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ;

4° Un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.

Art. 3. — Les concours ont lieu au siége de la faculté.

Art. 4. — Les membres des jurys sont désignés par le ministre sur la proposition des recteurs et des doyens.

Art. 5. — Les épreuves des concours pour les bourses de licence sont :

1° Pour la section des lettres :

Une composition française, suivie d'interrogations sur les auteurs des classes de rhétorique et de philosophie de lycées ;

2° Pour la section des sciences :

Une composition et des interrogations sur des sujets de mathématiques, de physique, de chimie ou d'histoire naturelle, suivant la destination spéciale du candidat.

La durée des interrogations est d'une demi-heure.

Art. 6. — Peuvent obtenir directement une bourse de licence, sans subir les épreuves prescrites par l'article précédent : les candidats à l'école normale supérieure déclarés admissibles aux épreuves orales, et les élèves qui ont obtenu le prix d'honneur au concours général des lycées de Paris et des départements.

Art. 7. — Les épreuves du concours pour les bourses du doctorat sont :

1° Pour la section des lettres :

Le commentaire de textes grecs et latins indiqués par le jury ;

2° Pour la section des sciences :

Soit le commentaire d'un mémoire de mécanique céleste ou de géométrie supérieure désigné par le jury ;

Soit la reproduction et l'explication d'une expérience de cours ;

Soit une épreuve portant sur l'anatomie animale ou végétale.

Il sera accordé aux candidats, deux heures de préparation pour les diverses épreuves, sous la surveillance d'un membre du jury désigné par le doyen. La durée de l'épreuve elle-même est d'une demi-heure.

Art. 8. — Peuvent être dispensés des épreuves relatives aux bourses de doctorat :

1° Les auteurs de mémoires originaux approuvés ou couronnés par une des sections de l'Institut ;

2° Les licenciés reçus à toutes boules blanches ;

3° Les agrégés de l'Université après deux années d'exercice dans les lycées.

Art. 9. — Dans les facultés de médecine et dans les écoles supérieures de pharmacie, les sujets des concours pour les bourses, subis soit à l'entrée, soit au cours de la scolarité, sont déterminés annuellement par le ministre, sur la proposition des facultés ou écoles.

Art. 10. — Immédiatement après la clôture du concours, le recteur transmet au ministre les propositions de la faculté, en y joignant les compositions des candidats, les pièces justificatives mentionnées à l'art. 2 et son avis personnel motivé.

Art. 11. — Les bourses de facultés sont conférées par le ministre pour un an, sur le vu des propositions dont il est parlé dans l'article précédent et après avis du comité consultatif.

Art. 12. — Du 1er au 15 juillet de chaque année au plus tard, les recteurs transmettent au ministre les rapports des doyens sur cha-

cun des élèves boursiers. Le ministre décide, après avis du comité consultatif, s'il y a lieu de conserver à l'étudiant la jouissance de sa bourse ou de la révoquer.

Art. 13. — La durée normale des bourses de licence ès sciences et ès lettres est de deux ans; elle ne peut être prolongée au delà de ce terme que sur un rapport spécial et motivé du doyen approuvé par le recteur.

La durée des bourses de doctorat ès sciences est également de deux ans sans prolongement.

La durée des bourses de médecine est de quatre ans, celle de pharmacie est de trois ans. Cette durée ne peut être prolongée qu'en faveur des internes ou externes des hôpitaux ou des lauréats des facultés ou écoles supérieures.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES.

Par exception aux dispositions qui précèdent, et vu la réouverture prochaine des cours, une commission spéciale sera chargée, cette année, de rendre compte au ministre des propositions qui seraient directement faites par les recteurs, d'accord avec les doyens, pour la nomination des boursiers dans les facultés.

Fait à Paris, le 5 novembre 1877.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Joseph BRUNET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École supérieure de pharmacie de Paris, — M. Bourgoin (Edme), agrégé, est nommé professeur de pharmacie galénique.

— Nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort du docteur Munaret, si connu par ses charmantes publications sur la médecine et les médecins. Le dernier numéro du *Lyon médical* renfermait encore une de ses spirituelles causeries.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Alban Gontard, étudiant en médecine, décédé le 7 novembre 1877, dans sa vingt-deuxième année.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Guittard, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-1878, par M. Caubet, suppléant.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Leviez, professeur d'anatomie et physiologie, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-1878, par M. Leprieur, suppléant.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

1° Officier de l'instruction publique, M. Potier-Duplessis, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux;

2° Officiers d'Académie : MM. les docteurs Mauricet, président de la Société polymathique de Vannes; Marcellin, conseiller général des Basses-Alpes.

— *Cours d'anatomie.* — M. le professeur Sappey commencera ce cours le lundi 12 novembre 1877, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Cours de physique biologique.* — M. le professeur Gavarret commencera ce cours le lundi 12 novembre, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le contiuera les lundis suivants, à la même heure.

M. Gavarret traitera, cette année, des phénomènes physiques de la vision.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mercredi 14 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
du **DOCTEUR DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de La Haye, chev. de la Légion d'honneur, chev. de l'ordre de Léopold de Belgique.

M. CHEVALLIER, professeur à l'École supérieure de pharmacie, dit :

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwége, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace.

« Notre avis est que cette huile peut être recommandée, nous pensons qu'elle doit avoir la préférence sur les huiles de foie de morue décolorées, sur celles qui ont été traitées par la potasse à la chaux, sur celles qui ont été obtenues à l'aide d'une chaleur élevée, sur celles qui ont été mélangées d'huile de poisson, sur celles qui ont subi un commencement de fermentation, enfin sur celles dont on ne s'est pas assuré de la pureté. »

L'Huile de Foie de Morue brune-claire du docteur DE JONGH se vend en flacons capsulés *seulement*, prix, 3 fr. 50 c. dans les principales pharmacies de France.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.
DÉPÔT A PARIS :
Pharmacie ROBERTS, 23, place Vendôme.

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6. avenue Victoria.

Royat (Ems français).
L'action tonique et résolutive des Eaux de Royat est surtout efficace contre : *anémie, chlorose, débilité* ou *faiblesse générale, dyspepsies, bronchites, laryngites, diabète, gravelle urique, rhumatisme, goutte, maladies cutanées*, etc.

Ce sont les eaux les plus riches en LITHINE.

GRAND ÉTABLISSEMENT THERMAL
SITUÉ A 2 KILOMÈTRES DE CLERMONT-FERRAND.
Saison du 1er mai au 15 octobre.
Casino, concerts et spectacles.

EXPÉDITION DES EAUX
Caisse de 30 bouteilles. . . . . 20 fr.
Caisse de 50 bouteilles. . . . . 30 fr.
Franco en gare de Clermont-Ferrand.

S'adresser à la *Ce générale des Eaux minérales de Royat*, à Royat (Puy-de-Dôme). Agences dans toutes les grandes villes.

Salicylate de soude
du Dr **CALMANN,**
Lauréat des hôpitaux de Paris. — Spécifique de la GOUTTE et des RHUMATISMES. — Prises de 2 grammes. — Sel chimiquement pur; exempt de phénates, de carbonates et de toutes les substances empyreumatiques. — Pharmacie des Spécialités, 11, boulevard de Strasbourg, et principales pharmacies.

Épilepsie. Traitement efficace
par les Granules à 1/2 milligramme et l'Élixir du Dr PÉNILLEAU à base de *Picrotoxine* (1 mill. par cuillerée. DOSES : De 1/2 à 6 milligr. par jour. LEPINTE, pharm., 148, rue St-Dominique, Paris.

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Élixir à la Créosote végétale
PURE de **PROTHIÈRE**, pharmacien, à TARARE (Rhône).

Cet Élixir dans lequel l'odeur de la créosote est masquée, autant que faire se peut, par un parfum de chartreuse, se rapproche sensiblement des formules de MM. les docteurs BOUCHARD et GIMBERT pour le traitement de la phthisie.

Destiné à être pris uniquement sur l'ordonnance du médecin, l'Élixir de Créosote n'est pas accompagné d'un prospectus amorce.

Une simple étiquette indique la dose de créosote contenu dans chaque cuillerée à bouche (10 centigrammes) et le nombre moyen de cuillerées à prendre par jour (3 à 6 cuillerées).

Granules de Garnier-Lamoureux
dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.*

Dépôt pour le détail, 213, rue Saint-Honoré. Gros, VIÉ-GARNIER et Ce, 73, av. des Ternes, Paris.

Dragées et Sirop dépuratifs
DU Dr GIBERT,
anc. secrétaire de l'Académie de médecine
anc. médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès depuis 1841 dans le traitement des *affections syphilitiques*, des *maladies rebelles de la peau* et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

Chlorose, Anémie. — Pilules
et SIROP FAVROT au pyrophosphate de fer et de manganèse citro-ammoniacal. — Ce sel ne constipe pas.

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Eau de Luchon.
La plus active de toutes les *eaux sulfureuses* (0 gr. 078 de mono-sulfure de sodium par litre).

L'EAU DE LUCHON transportée se conserve indéfiniment et sans altération. Elle s'expédie par bouteilles entières, demi-bouteilles et quarts de bouteille.

Applications. — Affections rhumatismales chroniques, Dartres, Scrofules. Maladies chroniques de la gorge et du larynx. Catarrhe bronchique. Phthisie sans excitation, etc., etc.

DÉPÔT : à Paris, 46, boulevard Haussmann, et chez les principaux pharmaciens et marchands d'eaux minérales.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure,

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin anti-dyspeptique
ET RECONSTITUANT
A L'IGNATIA AMARA ET AU FER
de **T. F. PAPON**, *ancien professeur suppléant de chimie et de pharmacie à l'École de médecine de Limoges.*

Ce médicament, rigoureusement dosé à 1 milligramme d'alcaloïdes par cuillerée à bouche, est d'une efficacité incontestable dans la *dyspepsie* et l'*anémie*. Stimulant puissant des *fonctions digestives*, il est souverain dans les *pneumatoses*.

Prix du flacon : 3 fr. 50.

Dépôt : Paris, 42, rue Neuve Saint-Augustin, ph. LEROY. Vente en gros à Chalus (Haute-Vienne).

Maladies de poitrine.
TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES
Sirops du Docteur CHURCHILL
à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Apiol des Drs Joret et Homolle
Médaille à l'Exposition universelle
de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'Apiol pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

N° 131. — MARDI 13 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 13 NOVEMBRE 1877. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture de M. Proust candidat pour l'hygiène, et un rapport de M. Gubler sur les études de M. Oré relatives aux effets toxiques comparés de l'agaric bulbeux, de la strychnine et du chloral, avec une note de M. J. Guérin sur l'allaitement artificiel, en manière de protestation contre la décision prise par l'Académie dans sa précédente séance, tel est le bilan de la séance dernière.

Le travail de M. Proust consistant en une enquête sur les cas de rage observés en France de 1850 à 1876, peut être considéré comme un complément très-utile de l'important rapport de M. Bouley, en 1863, dont il confirme sur tous les points les conclusions. C'est un nouvel appel à l'application de mesures prophylactiques, beaucoup trop souvent négligées, malgré la gravité extrême qui peut résulter de leur inobservance.

Le rapport de M. Gubler a été l'occasion d'une petite discussion, ou plutôt d'un échange de réflexions entre MM. Colin, J. Guérin, Chatin et lui sur des points de physiologie pathologique encore très-obscurs, relatifs aux voies diverses par lesquelles pénètrent et agissent diverses substances toxiques.

Le résumé de cette discussion, que nous publions dans le compte rendu de cette séance, pourra donner à nos lecteurs une idée de l'intérêt des questions étudiées et soulevées dans les travaux de M. Oré. Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La peur des espaces (agoraphobie, des allemands) (1).

Névrose émotive.

IV

La peur des espaces, qui s'observe fréquemment chez des descendants d'apoplectiques, de convulsifs, de suicidés ou d'aliénés, est un état idiopathique, une névrose spéciale, ainsi qu'on vient d'en lire des exemples, mais dans beaucoup de cas elle n'est point par elle-même une entité morbide. Elle coexiste alors avec d'autres phénomènes nerveux, est un incident pathologique et devient un simple symptôme relié à tout un groupe d'autres manifestations non moins significatives. L'agoraphobie n'est plus que secondaire et elle rentre dans le cortége des accidents deutéropathiques.

Lorsque ce fait se présente, les malades, au lieu d'être surpris subitement et en pleine santé par la peur des espaces, ont eu souvent ou ont encore des migraines, des éblouissements, des bluettes, des névralgies périodiques, des tremblements passagers, des palpitations, de l'insomnie, de l'excitabilité paroxystique, de l'émotivité facile, des suffocations, des troubles de la sensibilité générale, des demi-défaillances, des bourdonnements d'oreilles, des superstitions étranges, des scrupules, des remords de conscience, des craintes chimériques, des appréhensions lugubres, des frayeurs grotesques, mais avec conservation de l'intelligence, maintien normal des aptitudes viriles, intégrité de l'accommodation et absence de dyspepsie, de vomissements et de diarrhée.

D'après Cordes, le *tremor* peut servir de criterium à cette affection, car il se manifeste au moment de l'accès, chez des sujets vigoureux, bien musclés, qui peuvent accomplir les travaux les plus fatigants et supporter sans lassitude les plus longues courses. Cet auteur a, entre autres faits, cité le suivant : Un employé de l'État avait été littéralement surchargé de travail. Il eut un tremblement très-accentué du bras droit, puis de la peur des espaces, et il lui devint tout à fait impossible de manger et d'écrire en présence de quelques personnes. Le tremblement du bras droit ne tenait, d'après lui, qu'à cette circonstance qu'il ne pouvait dormir qu'en étant couché sur le côté droit et en faisant reposer tout le poids de sa tête sur son bras. Une saison aux eaux de Kissingen empira son état, mais des frictions à la peau, des lotions froides, des bains de rivière et un régime alimentaire tonique le rendirent à la santé.

Le début de la peur des espaces est donc brusque, lorsque l'affection est idiopathique, ou lent, quand l'état morbide est secondaire. La manifestation initiale éclaire à la fois le diagnostic et le pronostic. Indépendamment des faits cliniques que j'ai déjà rapportés, en voici deux autres résumés d'après Cordes, qui se chargeront de démontrer la justesse de la première partie de cette proposition.

Un professeur de l'école d'agriculture, qui, par l'opiniâtreté de son travail, s'est élevé de la condition la plus humble jusqu'au poste qu'il occupe, fut pris un jour, subitement, de la peur des espaces en faisant son cours. Il ne put ni continuer à parler, ni lire. Il s'inquiéta beaucoup, devint très-anxieux

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 novembre.

et renonça à sortir seul. Ce malade était d'une constitution très-vigoureuse. Il a guéri.

Un employé de chemin de fer, qui avait commis de grands excès, se mit tout à coup à rester au lit, parce qu'il avait peur dans les rues et qu'il n'osait plus marcher devant tout le monde. Lorsqu'on usait d'intimidation vis-à-vis de lui, il sortait et se résignait à marcher, mais, en face du vide, il tremblait, se couvrait de sueur ou se refroidissait.

Comme exemple, à la fois, de début lent de peur des espaces et d'état deutéropathique, je ne connais pas d'observation plus concluante que celle qui va suivre et qui a été publiée en 1873, par M. Perroud dans *Lyon médical.*

Obs. VIII. — M. L..., âgé de vingt-cinq ans, employé de commerce, d'une constitution médiocre et d'un tempérament nerveux très-impressionnable, a été éprouvé dans son enfance par une affection grave du poumon (vomique?) ce qui engagea ses parents à l'envoyer terminer son instruction dans le Midi.

En 1859, de retour à Lyon, dans sa famille, il commence à être pris d'accidents nerveux divers, sous l'influence présumée d'une vie moins active ou plus monotone : il devient triste, facilement irritable et dyspeptique.

En 1860, un soir, il est pris subitement, dans la rue, de coliques légères avec sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs; depuis lors, ses jambes lui paraissent plus faibles qu'à l'état normal : il lui semble qu'elles vont ployer sous lui, et, dans cette persuasion, il évite de sortir; bientôt, lorsqu'il est dehors, cette inquiétude se change en frayeur, et, au bout de deux mois, il arrive progressivement et rapidement à éprouver un sentiment d'angoisse difficile à définir, quand il se trouve seul au milieu d'une rue ou sur une place. Il se sent alors isolé et comme épouvanté du vide qui l'environne; ses membres tremblent, et l'émotion pénible qu'il éprouve a quelque chose de comparable à celle que l'on ressent lorsque l'œil plonge dans de vastes profondeurs, comme lorsqu'on est suspendu au-dessus d'un précipice.

Cette terreur inexplicable saisit principalement le malade lorsqu'il traverse un pont, une grande place ou une large rue; aussi évite-t-il avec soin de pareilles traversées pour longer strictement les maisons lorsqu'il se hasarde à sortir; il se sent alors plus rassuré, et ses angoisses diminuent; elles diminuent aussi lorsque M. L..., est suivi ou accompagné de quelqu'un; il sort alors volontiers, et quoique son compagnon ne lui prête d'autre appui que l'aide de sa présence, c'est assez pour rassurer le malade et atténuer son agoraphobie. La simple compagnie d'une canne est suffisante parfois pour diminuer ou faire cesser cet accident bizarre; une forte distraction produit le même effet : M. L..., alors traverse facilement, et presque à son insu, des espaces qu'il n'aurait pu franchir sans les plus vives angoisses, si son esprit n'avait pas été occupé ailleurs.

Ces phénomènes nerveux sont accompagnés d'un état névrosique assez prononcé : grande excitabilité, un peu de kopiopie, quelques très-rares bourdonnements d'oreilles; le malade se préoccupe vivement de ce qu'il éprouve, il s'exagère toutes ses sensations, et répète en pleurant qu'il ne guérira pas. Quelques mois après le début de son affection, il eut un véritable accès d'hystérie avec larmes, convulsions cloniques, boule hystérique et défaillance sans perte de connaissance.

L'examen physique de tous les organes donne des signes négatifs : pas de diminution de l'intelligence; la force musculaire, essayée d'après la méthode ordinaire, n'est diminuée ni dans les membres supérieurs ni dans les inférieurs, pas de spermatorrhée, pas de troubles dans l'émission des urines ou des matières fécales.

Les différents phénomènes nerveux dont nous venons de parler durèrent deux ans. M. L..., est encore un peu névropathique, mais, depuis 1861, il n'accuse plus d'agoraphobie, quoique depuis cette époque, il ait éprouvé encore quelquefois une sensation de faiblesse momentanée dans les membres inférieurs; des toniques, des antispasmodiques et de l'hydrothérapie ont surtout fait la base du traitement, mais ils n'ont paru avoir qu'un effet médiocre sur la guérison.

Ajoutons que le père de M. L..., a été maniaque, il y a quelques années, pendant plusieurs mois. La mère du malade est très-nerveuse et aurait éprouvé des phénomènes d'agoraphobie analogues à ceux que son fils a présentés, et qui durèrent deux ou trois ans.

Autant l'agoraphobie idiopathique a été peu soupçonnée, et a donné lieu jusqu'à aujourd'hui aux diagnostics les plus contradictoires de la part d'observateurs éminents, autant l'agoraphobie secondaire a été signalée souvent par les cliniciens qui ont étudié les névroses, mais sans que l'on ait connu alors et fait ressortir la signification propre de ce symptôme spécial. Je n'en prendrai à témoin pour l'instant que M. Krishaber, qui, dans ses intéressantes observations de névropathie cérébro-cardiaque, a relevé sans commentaires les deux particularités cliniques suivantes :

1° Un colonel de l'armée anglaise, chef de la police dans les Indes, âgé de quarante-trois ans, dont le père était mort à la suite d'un ramollissement cérébral, a été plus de quinze mois sans pouvoir seulement s'approcher d'une fenêtre.

2° Un jardinier du canton de Vaud, âgé de trente-quatre ans, a eu des peurs inexplicables. Il craignait de ne point reconnaître son chemin; il n'osait pas rester seul; ses jambes semblaient ne pas lui appartenir; il ne sentait pas le sol en marchant.

Beaucoup de circonstances psycho-pathologiques sont passées inaperçues ou ont été considérées comme des excentricités ou des anomalies non susceptibles d'analyse, que l'on place maintenant dans un casier nosologique spécial, avec une étiquette facilement reconnaissable. Un ophthalmologiste distingué de Paris, qui avait lu attentivement dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1875 l'histoire clinique de *La folie du doute* (*avec délire du toucher*), publiée par moi, m'a fait très-récemment rencontrer à dîner avec la femme d'un de ses amis, en me prévenant d'avance que ma voisine de table ne mangerait pas. Elle avait toujours peur de trouver une aiguille dans ses aliments ! Il avait non-seulement porté un diagnostic irréprochable, mais il avait prédit avec justesse ce qui arriva : cette malade, âgée de vingt-cinq ans, mère de deux petits enfants, avait maigri de vingt-trois kilogrammes en moins de trois mois, et, sous le prétexte qu'elle avait trop copieusement déjeuné le matin, elle s'imposa le soir, à côté de moi, une diète plus que sévère, et ne but qu'un peu de vin blanc avec de l'eau, après avoir obstinément refusé différents vins rouges. Et de fait, une aiguille se serait aperçue au fond d'un verre de vin blanc. Semblable à tous les névropathes de sa catégorie, et justifiant ainsi tout ce que j'ai dit sur l'influence d'une affirmation étrangère et sur le besoin indispensable d'être rassuré, elle ne quittait pas des yeux son mari, placé intentionnellement en face d'elle. Elle ne se décidait à porter quelque chose à sa bouche que lorsqu'elle avait compris, par les gestes et les signes qui lui étaient faits, qu'il n'y avait point d'aiguille dans le très-petit morceau de pain qu'elle tenait à la main et qu'elle montrait avec inquiétude, tout en prenant part d'ailleurs avec beaucoup de distinction, de finesse et d'esprit, à la conversation qui s'était engagée. Je lui fis avouer, sans la moindre difficulté, que, la première année de son mariage, elle avait eu peur des chiens enragés ; qu'elle avait depuis longtemps des scrupules à l'occasion de ceci ou de cela; qu'elle se livrait à des lavages répétés, etc. Mais revenons à la peur des espaces.

Je ne possède pas encore de notions absolument certaines sur l'étiologie de cet état, en tant que névrose idiopathique.

Les auteurs ont mentionné les émotions vives de nature triste, une nouvelle terrifiante inattendue, la mort subite d'une personne chère, la chance heureuse d'avoir échappé à un très-grand danger, une commotion violente, une grande contention d'esprit, des travaux intellectuels prolongés, les veilles trop souvent renouvelées et les excès vénériens. J'ai vu effectivement toutes ces causes produire les effets que l'on sait, mais je suis bien obligé de reconnaître qu'elles rentrent le plus souvent dans l'étiologie générale de toutes les névroses. Je ne crois pas, en somme, qu'il y ait là quelque chose de spécial à la peur des espaces.

Au mois d'août 1876, j'ai eu occasion de voir un jeune homme de vingt ans, blond, de haute taille, très-fort, qui venait d'être refusé presque coup sur coup à un examen et à un concours. Il avait, paraît-il, considérablement travaillé et avait stimulé sa mémoire outre mesure, à l'aide de cinq, six ou sept tasses de café dans la soirée ou dans la nuit. Mangeant peu, fumant beaucoup, dormant insuffisamment, il se surexcita au point d'étonner parfois ses maîtres et ses camarades. Un soir, en face d'un grand pont, il eut peur et resta comme pétrifié. Le même phénomène se renouvela dans diverses circonstances, mais toujours en face du vide. Humilié, craignant de passer pour un poltron, préoccupé de son état, il résolut de travailler moins et de se distraire davantage. Ses angoisses se rapprochèrent, et, une fois entre autres, à un café-chantant des Champs-Élysées, il crut qu'il allait tomber, fut extrêmement perplexe et effrayé, s'appuya contre une balustrade et s'éloigna dès qu'il se sentit capable de faire quelques pas. Il n'avait aucunement perdu connaissance, n'avait point éprouvé de tournoiement et revint facilement à pied jusqu'à sa demeure. On pensa à des vertiges épileptiques, mais je me crus en droit d'affirmer, dans la consultation qui fut provoquée par la mère et par le subrogé-tuteur de ce jeune homme, que le repos, un voyage au bord de la mer, la suppression du café et la diminution considérable du tabac, feraient rapidement tous les frais de la guérison. C'est ce qui arriva.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs de 1,000 francs de rente qui lui a été fait par feu M. le docteur Pourat.

M. le ministre des travaux publics adresse des documents relatifs aux soins à donner aux ouvriers mineurs en cas d'accidents.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Dauvergne sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans le canton de Manosque (Basses-Alpes) pendant les années 1876, 1877. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Mathieu, vétérinaire, qui, au nom des exécuteurs testamentaires de feu Auzias-Turenne, réclame les travaux qui ont été envoyés par ce médecin à l'Académie.

2° Une observation de chromidrose recueillie par le docteur Vignes, médecin de l'hôpital de Tarbes.

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Arm. Paulier. (Accepté.)

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur de Wecker. (Accepté.)

5° Une lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine de Lyon, qui prie l'Académie de se faire représenter à l'inauguration de cette Faculté.

Sur la proposition de M. le président, M. Claude Bernard est invité à vouloir bien représenter l'Académie à cette cérémonie.

PRÉSENTATIONS

M. Bouillaud présente un extrait des comptes rendus de l'Académie des sciences, intitulé : *Nouvelles considérations sur les localisations des centres cérébraux, régulateurs des mouvements coordonnés du langage articulé et du langage écrit.*

M. Broca présente, au nom de M. Topinard, une brochure intitulée : *Anomalies de nombre de la colonne vertébrale chez l'homme.*

M. Laboulbène dépose sur le bureau une note sur les tænias, les échinocoques et les bothriocéphales de l'homme.

M. Larrey dépose sur le bureau une série de brochures et de manuscrits sur divers sujets de médecine et de chirurgie.

M. Giraud-Teulon présente : 1° un compas de l'incision scléro-cornéenne pour l'opération de la cataracte par extraction, et 2° la deuxième édition de son livre intitulé : *L'œil.*

M. Bouley présente un premier fascicule du *Dictionnaire général de médecine vétérinaire en langue espagnole*, par D. Raphael Espejo y del Rosal.

M. Vulpian, au nom de M. Isidore Royer présente une thèse intitulée : *De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques.*

— M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la question de l'allaitement artificiel et s'élève contre les préventions avec lesquelles on l'a repoussé, et surtout contre le reproche d'immoralité qui a été fait au projet, par suite évidemment d'une méprise, et il se résume en concluant :

1° Que l'allaitement artificiel est, dans beaucoup de cas, une nécessité qui s'impose ;

2° Que la pratique en est fatalement abandonnée, tantôt à l'impéritie aveugle mais dévouée, tantôt à une industrie coupable ;

3° Que les résultats de ce double mode d'emploi ne peuvent que fournir des conclusions erronées et incapables de servir à l'appréciation scientifique et pratique de ce mode d'élevage.

Ces trois conclusions, d'une indéniable rigueur, ne conduisent-elles pas directement, forcément à des résolutions et surtout à une appréciation tout opposée à celles qui ont été formulées dans cette enceinte.

Au point de vue *scientifique*, l'Académie n'aura pas de peine à comprendre qu'une expérimentation dirigée par des hommes compétents, facilitée par toutes les ressources et le bon vouloir de l'administration, éclairée par les lumières de la chimie, de l'hygiène, de la physiologie et de la médecine, ne doive conduire à une information sérieuse, approfondie des ressources de l'allaitement artificiel, à la découverte de ses moindres inconvénients, à la connaissance des moyens de les prévenir, de les combattre. Moyennant cette double garantie, l'opinion sérieuse, désintéressée, aura le droit de se prononcer, et je ne fais aucun doute qu'elle se prononce en faveur des résultats déjà obtenus. Et ces résultats, comment me paraissent-ils devoir être bons? tout simplement par la généralisation de ceux que l'empirisme a déjà produits. L'étude des conditions où on les a obtenus permettra d'en assurer, d'en généraliser la reproduction. L'exception deviendra la règle.

Au point de vue moral, ai-je besoin de montrer les bienfaits qui résulteraient d'une expérimentation rigoureuse? Les corrections de la statistique nécrologique des nouveau-nés ne se réduiraient pas à une pure satisfaction donnée à la science. En mettant le doigt sur les causes de l'erreur, elles ne conduiraient pas seulement à dévoiler les mauvaises pratiques de l'empirisme : elles démasqueraient les prétextes et préviendraient les méfaits d'une industrie criminelle. Voilà une entreprise morale au premier chef, et voilà de quoi renverser l'accusation de ceux qui ont considéré comme immorale l'expérimentation proposée et patronnée par le Conseil municipal de Paris.

LECTURE

Rage. — M. Proust, candidat pour la section d'hygiène, donne lecture d'un travail intitulé : *Résultats de l'enquête officielle sur les cas de rage observés en France de 1850 à 1876.*

En voici les principales conclusions :

1° La cautérisation étant jusqu'ici le seul moyen de prophylaxie de la rage, il serait important d'obtenir, par des statistiques, non-seulement le nom du caustique employé, mais la manière dont la cautérisation a été appliquée, le temps exact qui s'est écoulé depuis l'inoculation rabique jusqu'au moment de la cautérisation.

2° La transmission contagieuse se faisant souvent par des petits chiens familiers, dont la maladie, au début, n'inspire aucune défiance, une instruction ayant pour objet de vulgariser les premiers symptômes de la rage, serait, contre ce genre de contagion, d'une très-grande efficacité.

Le chien n'est pas dangereux seulement au moment où il a perdu sa raison, il est plus perfide lorsque le sentiment affectueux est encore vivace, sa bave étant déjà virulente.

L'opinion si répandue que la rage canine se caractérise toujours par l'horreur de l'eau est fausse.

3° La police sanitaire applicable à la rage canine, devrait, en tout temps, recevoir sa rigoureuse application, aussi bien l'hiver que l'été, aussi bien contre les chiens suspects que contre les chiens malades.

Les mesures prescrites dans ce cas devraient être : port obligatoire d'un collier réglementaire ; saisie des animaux errants et de ceux qui n'ont pas de collier; abattage des chiens saisis et des chiens malades; abattage ou séquestration des chiens suspects.

Enfin, rappeler dans l'instruction que, en cas d'accident grave ou de mort d'homme, le propriétaire du chien enragé peut être poursuivi d'office, sans préjudice des dommages-intérêts qui peuvent être réclamés par les familles.

5° Enfin, il serait utile de rappeler aux préfets, qu'ils sont armés par la loi et règlements sur la matière, du droit de faire abattre tout animal enragé et de faire abattre ou séquestrer pendant huit mois les chiens rendus suspects par une morsure. (Renvoyé à la section.)

RAPPORT

M. GUBLER lit, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Chatin, un rapport sur un travail de M. le docteur Oré, faisant suite à son mémoire sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux.

Dans ce nouveau travail de M. Oré, il n'est guère question que de l'antagonisme existant entre le chloral et la strychnine. Mais lorsque M. Oré parle de l'alcaloïde convulsivant par excellence, il croit encore faire l'histoire du principe délétère de l'amanite bulbeuse, ces deux poisons lui paraissant avoir entre eux une identité pour ainsi dire absolue.

M. Gubler rappelle les réserves déjà faites par la commission à ce point de vue. Les nouvelles expériences de M. Oré ne sont pas de nature à dissiper les doutes que les premières avaient fait naître.

M. Oré commence par rappeler les quatre points sur lesquels il appuie son opinion : 1° la similitude des symptômes; 2° l'identité des lésions ; 3° l'égalité de la teinture acétique d'agaric phalloïde et de la solution de strychnine devant la poudre de charbon ; 4° enfin la même léthalité précédée des mêmes désordres convulsifs quand l'introduction des deux poisons s'effectue au moyen de l'injection intra-veineuse. Après avoir successivement discuté ces diverses propositions, M. Gubler fait observer que les faits de M. Oré ne comportent pas jusqu'ici l'assimilation ni surtout l'identification qu'il s'agirait d'établir entre la strychnine et l'*agaricus colloïdes*. Il faudrait de nouvelles preuves, et un complément d'information. Mais, l'auteur paraît avoir été plus heureux dans la démonstration de l'antagonisme entre le chloral et la strychnine. Il a même prouvé que le chloral introduit dans les veines en temps opportun et à dose suffisante peut conjurer l'issue funeste de l'empoisonnement par les doses massives de la strychnine.

M. Oré explique avec raison cet antidotisme par des effets contraires des deux agents sur le système nerveux et non par une neutralisation chimique.

M. le rapporteur conclut en proposant :

1° De déposer honorablement dans les archives, le travail de M. Oré ;

2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

DISCUSSION

M. COLIN fait observer que la strychnine et l'agaric bulbeux ne sont pas absorbés par les mêmes parties du tube digestif; la strychnine reste dans l'estomac sans passer dans l'intestin, ou n'y passe qu'après un temps très-long, tandis que l'agaric bulbeux passe presque aussitôt dans l'intestin, ce qui explique comment, dans le premier cas, M. Oré n'a pas trouvé de lésion intestinale. Cette explication paraît plus satisfaisante que celle qu'a donnée M. Oré et qui repose sur la plus ou moins longue durée d'action toxique de l'un ou de l'autre de ces agents.

M. GUBLER ne pense pas que l'interprétation proposée par M. Colin pour expliquer la différence d'action des deux poisons soit acceptable, puisque ces différences sont les mêmes quand les deux agents sont introduits par les veines. Quant à l'influence de la durée de l'action, M. Gubler ne l'admet pas. Il y a des cas, en effet, où on observe des lésions considérables à la suite d'une action très-rapide, tandis que dans d'autres une action prolongée ne produit que des effets très-peu marqués. Il faut tenir compte surtout de la nature du poison. La strychnine et l'agaric sont, en effet, deux poisons absolument différents bien qu'ils puissent donner lieu à des syndromes analogues.

M. J. GUÉRIN pense qu'il est une question préalable dont on n'a pas assez tenu compte, c'est de l'action directe de certains poisons sur le système nerveux. On sait qu'il suffit de verser une goutte d'acide prussique sur une plaie faite à l'oreille d'un lapin, pour déterminer la mort foudroyante de cet animal. Or, il est bien évident que dans ce cas, le poison n'a pu être absorbé. Il y a donc là une action de contact dynamique qu'il faut dégager de l'action d'absorption.

M. COLIN n'admet pas, qu'introduites par les veines, les substances en question puissent déterminer des lésions intestinales, à moins que l'élimination n'en soit faite par ces organes. Il partage entièrement l'opinion de M. Guérin au sujet de l'action directe sur le système nerveux, qu'il faut distinguer de l'action par absorption.

M. GUBLER fait observer qu'il est un certain nombre de médicaments qui, introduits par les veines, donnent lieu aux mêmes effets que lorsqu'ils sont introduits directement par l'estomac, mais que ces effets se font attendre beaucoup plus longtemps et seulement à partir du moment où le médicament a agi sur l'estomac.

M. CHATIN rappelle qu'il a fait un très-grand uombre d'expériences ayant eu pour but de démontrer que des poisons absorbés par les voies respiratoires s'éliminaient par les intestins et y déterminaient les mêmes lésions qu'introduits directement dans le tube digestif.

M. COLIN réfute cette opinion émise par M. Gubler, que les substances introduites par les veines, n'agissent qu'à partir du moment où elles sont en contact avec l'estomac, en opposant l'expérience de Magendie, qui consiste à donner de l'émétique à des animaux dont on avait préalablement enlevé l'estomac.

M. GUBLER répond que dans l'expérience de Magendie l'action pouvait se produire sur les parties conservées du tube digestif. Il maintient cette opinion que les deux substances en question agissent différemment.

M. COLIN combat, d'une manière générale, cette opinion que certaines substances introduites dans les veines donnent lieu aux mêmes effets qu'introduites dans le tube digestif. Il a injecté jusqu'à 150 grammes de sulfate de soude dans les veines d'un cheval, il l'a tué, mais non purgé.

M. GUBLER, en ce qui concerne les purgatifs salins, partage entièrement l'avis de M. Colin ; il a même, dit-il, plus raison qu'il ne croit, puisque, dans ces cas, on empêche les garde-robes. Mais il y a des purgatifs de diverses sortes, et M. Colin serait dans l'erreur s'il appliquait ce qu'il vient de dire à tous les purgatifs.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

CONGRÈS DE GENÈVE

SECTION DE MÉDECINE PUBLIQUE (1).

Anémie des mineurs. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes), communique les résultats de ses recherches sur ce sujet. L'anémie des mineurs ou mieux des houilleurs résulte de l'intoxication par les vapeurs de divers dérivés de la houille, produits de distillation et de combustions lentes de la houille exposée à l'air dans l'atmosphère confinée des mines. Cette anémie revêt plusieurs formes, les formes abdominales aiguë, chronique, cachectique. Parmi les symptômes, on doit surtout signaler les suivants : peu de troubles digestifs, ictère hématique, hyperesthésie, amblyopie, hypertrophie ou atrophie du foie, urines vert pré. L'agrandissement des galeries et l'application dans les fosses d'un système ventilateur, telles sont les conditions prophylactiques les plus avantageuses.

Immigration des campagnes dans les villes. — M. DUNANT (de Genève), lit un travail ayant pour titre : *influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes.* Il conclut en ces termes :

1° L'immigration de la population des campagnes dans les villes produit, directement ou indirectement, des changements dans la vitalité et dans la santé des immigrants eux-mêmes, des populations urbaines envahies et des populations rurales abandonnées.

2° L'influence sur la santé des immigrants est complexe et dépend des conditions nouvelles, hygiéniques ou morbides, dans lesquelles ils se trouvent placés. Quelques-unes de ces conditions sont favorables, un grand nombre d'autres sont pernicieuses.

3° La vitalité et la morbidité des populations urbaines se ressentent des conditions physiques, intellectuelles et morales des immigrants. Dans beaucoup de villes le chiffre de la population s'abaisserait plus ou moins rapidement sans l'arrivée incessante de nouveaux habitants.

4° La santé des populations rurales peut être affaiblie par suite de l'émigration vers les villes.

5° Les faits relatifs à l'influence de cette migration doivent être étudiés avec soin par les médecins et les démographes, dans l'intérêt de l'hygiène publique.

6° Il est désirable pour cette étude que les statistiques médicales et hospitalières, ainsi que les registres d'état civil, fournissent des indications sur les immigrants.

Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. — M. MAGNAN (de Paris) lit, sur ce sujet, une note dont voici les conclusions :

1° L'alcoolisme présente des caractères différents selon la nature boissons dont on abuse.

2° L'alcool par lui-même ne produit pas l'épilepsie; quand celle-ci intervient, elle dépend d'une prédisposition du sujet, ou d'une substance autre que l'alcool.

Les attaques épileptiformes de l'alcoolisme chronique reconnaissent pour cause, non la boisson ingérée, mais les lésions organiques déjà produites dans les centres nerveux.

3° Des caractères particuliers permettent de distinguer trois formes de *delirium tremens*, l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre spontanée, fébrile et grave.

4° L'alcoolisme peut conduire directement à la paralysie générale, certaines lésions terminales de l'alcoolisme chronique ne différant pas des lésions de la paralysie générale.

5° La folie alcoolique est distincte de toutes les autres formes de la folie, mais elle peut les compliquer, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche, elle peut enfin être le point de départ d'un délire partiel avec tendance à la systématisation et à la chronicité.

De la tuberculose traitée sur les montagnes et sur la plage méditerranéennes.— M. THAON (dè Nice) fait une communication sur les indications et contre-indications de ces deux ordres de climats. En voici les conclusions principales :

1° Les climats méditerranéens sont prophylactiques dans tous les cas; les climats alpestres ne le sont que chez les sujets atteints d'atonie générale, de rétrécissement des diamètres thoraciques, de catarrhes torpides, de la muqueuse respiratoire.

2° Les climats méditerranéens guérissent les phthisiques ou prolongent leur vie, même lorsque la maladie est au troisième degré; ils en arrêtent quelquefois la marche aiguë. Ils conviennent à toutes les constitutions et à tous les tempéraments, à l'exception des sujets trop excitables, ils s'adaptent aux malades venus de toutes les contrées, des zones tempérées très-chaudes et très-froides.

Les climats alpestres réussissent également dans la phthisie à tous les degrés, mais il faut en éloigner les malades originaires des régions très-chaudes, telles que l'Amérique du Sud; ils ont moins d'action que l'air marin sur les sujets essentiellement scrofuleux; ils sont nuisibles aux phthisiques rhumatisants, ils sont dangereux pour les poitrinaires atteints de laryngites, de diarrhée, de maladies des reins. Les indications des climats alpestres sont donc beaucoup plus restreintes.

3° Les deux sortes de climats peuvent être appliquées avec succès à un même malade: en ayant soin d'alterner les hivers passés sur les côtes de la Riviera avec ceux passés sur la montagne.

4° La méthode la plus rationnelle consiste à envoyer en été les malades respirer l'air vivifiant des montagnes, après qu'ils ont joui pendant l'hiver de l'atmosphère tonique de la mer.

M. DAREMBERG, comparant les climats de la côte française et ceux de la côte africaine de la Méditerranée, fait observer qu'Alger est directement exposé au Nord, qu'il y souffle des vents d'ouest très-humides, que les variations de température, d'humidité, de tension atmosphérique y sont considérables, les fonctions digestives y sont ralenties; on y souffre souvent de la dyspnée. Suivant lui, le climat d'Alger ne convient pas aux malades dont l'expectoration est abondante et les organes digestifs en mauvais état.

SECTION DES SCIENCES BIOLOGIQUES

Des transplantations de tissus organiques. — M. ZAHN (de Genève) fait une communication sur le sort des tissus implantés dans l'organisme et spécialement sur le sort des tissus implantés dans d'autres organismes. Il arrive à cette conclusion qu'il ne faut opérer, dans les transplantations, qu'avec des tissus embryonnaires.

Des lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique — M. DÉJERINE a constaté, dans cinq autopsies, que les racines médullaires, la moelle épinière, présentaient des lésions évidentes de la névralgie, des atrophies des tubes nerveux et surtout des cellules des cornes antérieures. La paralysie diphthéritique peut donc être regardée comme une affection d'origine médullaire.

Des changements de volume et de débit du cœur chez l'homme et les animaux. — M. FRANCK fait une communication sur ce sujet. (Voyez dans la *Gazette des Hôpitaux* les comptes rendus de la Société de biologie, 1877.)

Des températures constantes. — M. D'ARSONVAL lit un travail sur ce sujet. (Voyez dans la *Gazette des Hôpitaux* les comptes rendus de la Société de biologie.)

De l'antagonisme en thérapeutique. — M. PREVOST (de Genève) fait une communication sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° L'antagonisme physiologique ou dynamique des substances toxiques et médicamenteuses, malgré les nombreux travaux auxquels il a donné lieu dans ces dernières années, est un point de la physiologie sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, et qui demande de nouvelles recherches.

2° L'antagonisme physiologique ou dynamique des substances toxiques ou médicamenteuses entre elles doit être rapproché de l'antagonisme que certaines substances médicamenteuses présentent

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 novembre.

avec les troubles fonctionnels dus à l'altération morbide des organes.

Cette question est, par conséquent, une base très-importante pour la thérapeutique rationnelle et pour la toxicologie.

3° L'antagonisme physiologique ou dynamique n'offre que des analogies et non une similitude avec l'antagonisme chimique. Deux substances toxiques qui possèdent des actions antagonistes ne peuvent pas être impunément introduites à dose quelconque dans l'économie et neutraliser à coup sûr leur action, comme le feraient deux substances chimiquement antagonistes l'une de l'autre.

Les causes de l'antagonisme dans ces deux cas sont très-différentes; les procédés d'observation et les déductions qu'on peut en tirer ne sont pas identiques.

4° Doit-on considérer comme antagonistes certaines substances qui, agissant sur des éléments anatomiques différents (strychnine et curare par exemple), dissimulent simplement leur action sans la combattre? Nous ne le croyons pas. L'analyse physiologique faite sur les batraciens permet, en effet, d'observer simultanément l'action des deux poisons. C'est là un faux antagonisme.

5° Certaines substances semblent jouir des propriétés antagonistes réelles en agissant en sens contraire (propriétés paralysantes et excitantes par exemple) sur un même organe ou sur un même élément anatomique et neutralisent ainsi leur action. Mais les substances qui offrent des propriétés paralysantes prédominent généralement sur celles qui possèdent des propriétés excitantes.

6° L'antagonisme physiologique peut conduire à l'antidotisme physiologique, c'est-à-dire que certaines substances, grâce à leur action physiologique, sont capables d'empêcher la mort d'être produite par l'administration d'une autre substance toxique donnée à dose mortelle.

Mais l'antidotisme physiologique est, très-souvent, si ce n'est toujours, indirect.

La substance antagoniste agit souvent en s'adressant à un organe important secondairement atteint et empêche ainsi les chances de mort.

C'est ainsi que semble agir le chloral et les anesthésiques relativement à la strychnine; ces agents empêchant les convulsions de se produire, permettent aux fonctions respiratoires de s'exécuter et s'opposent ainsi à l'asphyxie cause principale de la mort des animaux à sang chaud dans l'empoisonnement par la strychnine.

L'antagonisme ou l'antidotisme indirect groupe un grand nombre de faits d'antagonisme.

7° Il est douteux que l'antagonisme, ou direct ou indirect, soit jamais mutuel. Certaines précautions expérimentales semblent cependant prouver dans certains cas l'antagonisme mutuel, qui paraissait douteux au premier abord.

8° La fixation stricte des doses a une grande importance dans l'étude de l'antagonisme et de l'antidotisme physiologiques.

C'est très-probablement cette circonstance qui a été la cause des divergences d'opinions sur cette question.

Histologie de l'œuf. — M. FOL (de Genève) communique un travail sur l'histologie de l'œuf et le rôle du zoosperme dans la fécondation. Il conclut ainsi :

La fécondation chez les animaux consiste en une pénétration du corps du zoosperme dans l'intérieur du vitellus de l'œuf. Il se combine avec un peu de substance vitelline pour former un noyau, le pronucléus mâle.

L'œuf mûr à point possède un autre noyau constitué indépendamment de la fécondation, le pronucléus femelle. Ces deux pronucléus se soudent pour former le noyau de l'œuf fécondé et prêt à commencer son évolution embryogénique.

Dans le cas normal, chez les animaux inférieurs tout au moins, il ne pénètre qu'un zoosperme dans chaque vitellus. S'il en pénètre plus d'un, c'est un signe que l'œuf se trouve dans un état pathologique et qu'il donnera naissance à un embryon monstrueux.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Des anesthésiques dans l'accouchement. — M. PIACHAUD (de Genève), lit un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° L'emploi des anesthésiques doit être conseillé d'une manière générale dans l'accouchement naturel.

2° Les principaux d'entre ceux qui ont été employés jusqu'à présent sont : l'éther, le chloroforme, l'amylène, le laudanum, la morphine en injections sous-cutanées, le chloral par la bouche et en lavements.

3° Le chloroforme me paraît être celui qu'on doit préférer.

4° Il doit être administré suivant la méthode de Show, c'est-à-dire par petites doses au début de chaque douleur, et en le suspendant dès que la douleur est passée.

5° On ne doit jamais pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète, mais se borner à une demi-anesthésie, c'est-à-dire à une atténuation de la souffrance. (Sopor de M. Sanson).

6° On donne généralement le précepte de n'administrer le chloroforme que pendant la période d'expulsion, cependant dans certains cas de nervosité et d'agitation extrêmes, il est avantageux de ne pas attendre la complète dilalation du col pour employer les anesthésiques.

7° Les expériences ont démontré que les anesthésiques ne suspendent ni les contractions utérines, ni celles des muscles abdominaux, et qu'elles affaiblissent la résistance naturelle des muscles du périnée.

8° L'emploi des anesthésiques n'a aucun effet fâcheux sur la santé de la mère ni sur celle de l'enfant.

9° En atténuant plus ou moins la souffrance, les anesthésiques rendent un grand service aux femmes qui redoutent la douleur, ils diminuent les chances des crises nerveuses qui ont pour cause, pendant le travail, l'excès de la souffrance; enfin ils rendent plus rapide le rétablissement de l'accouchée.

10° Les anesthésiques sont spécialement utiles pour calmer l'extrême agitation et l'excitation cérébrale que le travail produit souvent chez les femmes très-nerveuses.

11° Leur emploi est indiqué dans les cas d'accouchement naturel, lorsque le travail est suspendu ou retardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail, et dans le cas où des contractions irrégulières et partielles occasionnent une souffrance interne et presque continue, sans concourir au progrès du travail.

12° Dans l'accouchement naturel, le chloroforme ne devra être employé qu'avec l'assentiment de l'accouchée et de sa famille.

Dysménorrhée membraneuse. — M. GAUTHIER (de Genève), fait une communication sur ce sujet, voici ses conclusions :

1° La dysménorrhée membraneuse n'est pas primitivement une endo-métrite.

2° Par sa nature, la dysménorrhée membraneuse se rapproche de l'ichthyose de la peau ou de la muqueuse linguale.

3° Le traitement qui paraît indiqué en premier lieu est la dilatation ou l'incision du canal cervical. Le succès des médicaments appliqués directement sur la membrane muqueuse utérine est subordonné à l'élargissement permanent des orifices du col de l'utérus. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 novembre 1877, ont été promus à la suite des concours ouverts dans les ports.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Corre, Abelin, Abblard, Fontan, Guyot, Maillard, Jacquemin, Duthoya de Kerlavarec, Ayme, Caradec, Maurin, Rémond, Barre, Siciliano, Pujo, Manceaux, Cantellauve, Guillaud, Lecorre, Alessandri, Chédan, Fouque, Moulard, Roux, L'Helgouac'h et Antoine.

Au grade de médecin de 2me classe : MM. les aides-médecins : Rochard, Reynaud, Bréjon, Cauvin, Gueit, Godet, Crisolle, Rangé, Cazes, Flagel, Boret, Nodier, Kuenemann (auxiliaire de 2e classe), Colin, Ono dit Biot, Barthe de Sandfort, Philip, Baril, Chevrier, Granjon-Rozet, Auboeuf, Delessard (aux. de 2e classe), Joseph dit Orme (aux. de 2e classe), Drago, Pfihl, Borelly, Hahn (aux. de 2e classe),

Arami, Cauvet (aux. de 2e classe), d'Hubert (aux. de 2e classe), Alix (aux. de 2e classe) et Morain.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants Hervé, Guédec, Trabaud, Le Quément, Duval, Bourdon, Fortoul, Zimmer, Petit, Bazin, Pungier, Kergrohen, Randon, Augier, Lantier, Chevalier, Le Franc, Giraud (Émile-Méderic), Machenaud, Echalier, Giraud (Ernest), Gazeau, Lahoulle, Ourse, Haueur, Rétaud, Bonnaud, André, Martin, Rabut, Arène, Retière, Chabert, Libouroux, Aubry, Couillebault, Bridot, Chassériaud, Orgeas, Bourguignon, Micholet, Vaquié, Martin, Ferré, Mestayer, Jouanne, Guilmoto, Arbaud, Deboffe, Laborde, Garnier, Dubois, Suquet, Henry, Besson, Nogues, Alliot et Rambault.

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe : Taillotte, Lapeyrère, Cazalis et Signoret.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides-pharmaciens : Durand, Cavalier et David.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants : de Beaudean, Vilazel, Launois, Réland et Cavallier.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour la place de chef de clinique obstétricale, vient de se terminer par la nomination de M. Contamin.

Le concours pour l'adjuvat d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Marangos et Gangolphe.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Sont nommés externes titulaires des hôpitaux : MM. 1. Cenas, Janez, Pollosson, Chevalier, Boyer (Benoist), Goullioud, Brébion, Rougier, Éparvier, Boyer (Jean).

11. Bourgin, Bertrand, Préaud, de Schuttelaere, Leclerc, Durand Giuganino, Audry, Parent, Gaucherand.

21. Blanchard, Reveil.

Externes suppléants : MM. Moiroud, Hyvernat, Bitschiné, Truffet, Chavériat, Bournet, Blanc, Durontet, Desportes, Augier, Duclos, Domeck, Vernay et Robin.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance, tiendra sa prochaine séance mercredi 14 novembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection d'un membre associé libre étranger ; 2° Offre des élèves de l'École des gardes malades, de concourir au traitement des indigents à domicile ; 3° M. Delasiauve : Du double caractère des phénomènes physiques en aliénation mentale ; 4° M. Commenge : Tumeur fibreuse volumineuse de l'utérus. Accidents de métro-péritonite consécutifs au toucher vaginal. Mort. 5° M. Ch. Hardy : Tumeur à myéloplaxe du maxillaire supérieur, opérée et guérie. Présentation du malade ; 6° Constitution médicale du mois d'octobre. Policlinique.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences cliniques le mercredi 14 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de cet hôpital.

— *Cours de physique générale.* — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons le mercredi 14 novembre 1877, à midi (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Brochard commencera un cours sur l'hygiène et maladies des nourrissons le mercredi 14 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

— M. le docteur de Wecker fera, à partir du jeudi 15 novembre, à sa maison de santé, 55 rue du Cherche-Midi, une série de leçons sur la thérapeutique oculaire, qui auront lieu les lundis et jeudis, de deux à trois heures.

— *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Jaccoud commencera son cours le samedi 18 novembre 1877, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Delefosse reprendra son cours d'analyse pratique des urines, dimanche 18 novembre à dix heures, 14, rue Notre-Dame-de-Lorette, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

Le cours de M. Delefosse à l'École pratique, sur la chirurgie des voies urinaires, reprendra le mardi 20 novembre à trois heures, amphithéâtre n° 3, et sera continué les jeudis, samedis et mardis suivants.

Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris, répertoire de thérapeutique chirurgicale, par M. le docteur P. GILLETTE. — Paris, 1878, 1 vol. in-8°, XVI-772 pages avec 662 figures, cart. Prix : 12 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini
(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Dethan, ph., faub. St Denis, 90, à Paris; Fayard, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT
Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

La méthode du Dr Déclat consiste
à employer l'*Acide phénique* pour la curation des maladies à ferments.

Les principales préparations sont :

GLYCO-PHÉNIQUE: plaies, pansements, brûlures, maladies de peau, granulations, assainissement, etc.

Sirops et solutions pour injections s.-cutanées de ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*) : bronches, gorge, dyspepsie, diarrhées, etc.

PHÉNATE D'AMMONIAQUE : croup, variole, pneumonie typhoïde, *maladies aiguës*, coqueluche.

SULFO-PHÉNIQUE : catarrhes, asthme, pituite, maladies de peau, rhumatisme.

IODO-PHÉNIQUE : syphilis, scrofules, tumeurs.

Paris, 6, avenue Victoria.

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.
Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

Koumys — Edward
Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward
Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.
Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy.
Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. Choussy, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Produits de l'Eucalyptus
par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Le Phosphate monocalcique
Cristallisé de BARBARIN.

C'est le *phosphate de chaux* à son *maximum* de pureté et de puissance.

Solution et sirop reconstituant, titré à 1 gr. par 30.
Vin reconstituant, titré à 1 gr. par 60.
Paris, 163, rue de Belleville et toutes les pharm.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

L'Euphorbium
ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*
AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet
(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

N° 132. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 15 NOVEMBRE 1877. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'état actuel de la science, doit-on continuer à considérer le diabète sucré comme une unité pathologique, comme un processus morbide spécial, ayant une cause unique, une évolution toujours la même et une lésion constante? Ou bien, au contraire, ne faut-il pas voir dans ce que l'on a désigné jusqu'à présent sous ce nom collectif des états pathologiques multiples et divers reliés ensemble seulement par un symptôme commun, la glycosurie? C'est cette dernière opinion, qui tend aujourd'hui à s'accréditer de plus en plus dans les esprits, que M. Lancereaux s'est attaché à faire prévaloir hier devant l'Académie, à l'occasion d'une communication dont l'objet était précisément de montrer des exemples d'une forme particulière de l'affection diabétique; il faudrait dire d'une espèce particulière de diabète, pour mieux entrer dans l'esprit de notre confrère. De même qu'on reconnaît aujourd'hui dans la maladie de Bright un ensemble d'états différents ayant pour symptôme commun l'albuminurie, de même, dit-il, on trouvera un jour dans la maladie désignée sous le nom de diabète sucré des affections de diverse nature.

La nécessité de cette distinction n'est pas pour M. Lancereaux une simple vue de l'esprit, elle ressort des faits mêmes qu'il a exposés sous les yeux de l'Académie. En effet, on voit dans les deux observations qui constituent le fond de son travail, un même début brusque des symptômes, un amaigrissement rapide et considérable, une atrophie générale de tous les tissus, un appétit et une soif insatiables, excrétion d'une grande quantité d'urine et de sucre, une durée de la maladie relativement courte, la terminaison fatale survenant dans l'espace de deux ou trois ans, puis enfin, à l'autopsie, une atrophie ou mieux une destruction presque totale du pancréas avec hypertrophie des glandes de l'estomac et du duodénum; en un mot, des symptômes et des désordres tout à fait semblables dans les deux faits et très-différents de ceux qu'on rencontre dans le plus grand nombre de cas.

En rapprochant ses deux observations de quelques faits analogues qu'il a réunis dans les annales de la science, et dans lesquels il a retrouvé les mêmes phénomènes de maigreur, de rapidité dans la marche et des lésions semblables dans le pancréas, M. Lancereaux s'est cru fondé à constituer une espèce particulière de diabète, à évolution rapide, caractérisée par de la polyphagie, de la polydipsie, une maigreur excessive, une glycosurie abondante et dépendant d'une lésion atrophique du pancréas.

Après la communication de M. Lancereaux, l'Académie a entendu une lecture de M. Riche, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, relative à la recherche du manganèse dans le sang et au dosage de petites quantités de cette substance, et une lecture de M. Decaisne, faite en son nom et au nom de M. le professeur de Pottenkofer (de Munich), sur la théorie tellurique du choléra asiatique. Dans ce travail, ces deux savants se sont attachés à réfuter les principales objections formulées contre cette doctrine. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des conclusions qui le résument.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Du diabète insipide ou polyurie anazoturique. — Traitement par les injections hypodermiques de morphine.

Diabète insipide; diabète aqueux; polyurie; polydipsie; anazoturie et polyurie anazoturique : sont les termes synonymes par lesquels on désigne la maladie de l'enfant du n° 4 de la salle Sainte-Catherine et dont je vais vous parler aujourd'hui.

Cette maladie s'observe à tous les âges, mais plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte. Je n'en ai vu chez les enfants que six exemples, compris entre six et quatorze ans.

Il y a deux espèces de polyurie : la *polyurie symptomatique* et la *polyurie essentielle*.

La polyurie symptomatique, qui vient avec les maladies cérébrales et rénales, n'est pas ici en question. C'est le symptôme d'une autre maladie, tandis que la *polyurie essentielle* n'est, dans l'état actuel de la science, que son propre symptôme à elle-même. Dans ces cas, nous ne trouvons pas autre chose que la polyurie et nous sommes bien forcés de ne nous occuper que d'elle seule en attendant que nous en ayons appris davantage sur son compte.

Une question importante se pose tout d'abord dès le début de cette étude. Bien qu'elle soit résolue par quelques médecins d'une manière très-affirmative, comme je ne partage pas cette manière de voir, je crois utile de la poser de nouveau.

La polyurie *essentielle*, je ne parle que de celle-là, est-elle

une maladie ou bien n'est-elle *qu'un effet de la polydipsie* qui l'accompagne toujours?

Pour moi, c'est une conséquence de la polydipsie. En effet, les névroses du goût sont nombreuses et admises de tous les médecins. Ce que l'on appelle le *pica*, le *malacia*, la *boulimie*, la *diplomanie*, etc., sont des perversions du goût, dans lesquelles se montrent des appétences ou des répulsions particulières pour des choses solides ou liquides qu'on ne mange pas ou que l'on ne consomme qu'en proportion raisonnable et modérée. On n'empêche pas les chlorotiques de manger du charbon, de la craie, de la terre ou du papier, car elles obéissent à un besoin impérieux. La boulimie et l'inappétence sont, en certains cas, de simples névroses du goût, indépendantes de lésions de l'estomac et quant à la passion des alcooliques, elle naît évidemment d'un plaisir du goût, dont le souvenir impérieux pousse à des besoins qui aboutissent à l'ivresse.

Il n'est donc pas déraisonnable de croire avec beaucoup de ceux qui nous ont précédé, que la sensation du besoin de boire, en d'autres termes, que la soif ne puisse être parfois une névrose du goût. Et si cette névrose existe, ses conséquences sont pour la santé en rapport avec la nature des liquides ingérés. A la passion des alcooliques correspond la cirrhose du foie ou des reins et l'encéphalopathie saturnine, au goût immodéré de l'eau ou des boissons aqueuses, une abondante sécrétion d'urine c'est-à-dire la *polydipsie*, et l'hypertrophie des reins.

Qui boit beaucoup d'eau urine beaucoup, et comme le liquide qui passe alors dans le sang et dans les reins, les organes n'en souffrent pas. C'est le contraire avec l'alcool ou avec les boissons que parfument l'huile essentielle d'absinthe.

En été, on boit beaucoup et plus on boit plus on veut boire. Si on se laisse aller, le besoin de la soif devient très-vif et l'on urine abondamment. C'est ici où l'on voit bien la sensation devenir le prétexte d'une habitude. En effet, dès l'apparition des chaleurs, si on résiste au désir de boire, on cesse d'avoir soif, mais dès que l'on a cédé à la sensation, il faut y céder de nouveau et, de ce besoin, résulte momentanément une habitude plus ou moins ennuyeuse.

La polydipsie existe dans les fièvres par suite de la sécheresse buccale due à l'augmentation de la température. Elle existe aussi dans la glycosurie lorsque la bouche est rendue pâteuse par l'état sucré de la salive. On l'observe enfin dans le choléra, par suite de l'état poisseux de la langue. Donc il y a une polydipsie engendrée par la perversion ou la dépravation du goût. Que cette polydipsie ait une cause appréciable ou n'en ait pas, peu importe. Il faut en admettre l'existence et c'est être trop absolu que de dire que la polyurie est la cause de la polydipsie, tandis qu'au contraire, on peut, avec non moins de raison, penser que la polydipsie est la cause de la polyurie.

Chez les enfants, la polydipsie et la polyurie sont plus fréquentes que la glycosurie.

Elles se révèlent par le besoin continuel de boire et par une sécrétion urinaire très-abondante.

Ce besoin de boire est très-impérieux et s'il s'exerce librement, les malades boivent de l'eau et du vin, de la tisane, du lait et toutes les boissons aqueuses qu'on leur accorde. Mais si l'on veut mettre obstacle à ce besoin de boire, les enfants se mettent en quête de tout ce qu'ils peuvent rencontrer. Ils volent toutes les boissons qui sont à leur portée, ils se lèvent la nuit pour prendre la tisane de leur voisinage, ils boivent de l'eau de savon, de l'urine et toutes les eaux les plus sales. Une fois j'ai vu, il y a vingt ans, l'enfant d'un bandagiste logé ici près, à côté de l'hôpital, auquel je faisais refuser les boissons, sortir de la boutique de son père et se coucher par terre dans la rue pour boire l'eau du ruisseau. Il a succombé.

La quantité d'urine rendue est toujours en quantité égale à celle des boissons introduites dans l'estomac. Il est rare qu'elle soit au-dessus ou au-dessous. Cela s'observe quelquefois, mais la différence en plus ou en moins n'est jamais bien considérable. Falk-Parkes, Neuffer en ont cependant cité des exemples.

Quand, malgré l'absence de boissons, les urines sont aussi abondantes, cela résulte de la deshydratation des tissus.

Le liquide est clair, transparent comme de l'eau, au moins chez l'enfant qui nous occupe en ce moment.

Chez elle, il est neutre, sans odeur ni saveur, et ne laisse déposer aucun sédiment.

Sa densité est de zéro, il renferme 4 grammes d'urée par litre et comme l'enfant urine trois litres par jour, elle ne rend que 12 grammes en vingt-quatre heures. On n'y trouve pas d'albumine ni de sucre. Enfin, il s'y trouve quelques chlorures que révèlent la teinte opaline-claire produite par la réaction du nitrate d'argent.

Avec la polyurie, l'appétit se conserve, mais les enfants maigrissent beaucoup et finissent, lorsque la maladie doit mal finir, par tomber dans un état de marasme squelettique. J'en ai vu plusieurs exemples.

La peau est sèche, terreuse, parfois plissée, et il y a une notable diminution de la perspiration pulmonaire et cutanée. Ainsi Burger a cité l'exemple d'un enfant de sept ans, qui ne perdait, en vingt-quatre heures, par ces deux émonctoires que 5 à 600 grammes d'eau, alors qu'un enfant du même âge, bien portant, en laisse échapper 900 ou 1,000.

Les forces diminuent beaucoup; le pouls est petit et faible; il y a souvent des palpitations; avec ou sans souffle vasculaire et le sang perd une bonne partie de ses globules. Lecorché a cité un cas où le chiffre des globules rouges n'était que de trois millions.

Comme vous le voyez, avec la polyurie, il se fait peu à peu de l'anémie et une anémie d'autant plus prononcée, que l'excès de sécrétion urinaire se prolonge plus longtemps. Alors les enfants sont sensibles au froid et ont les extrémités froides. Ils sont tristes, abattus et dans un état de langueur plus ou moins prononcé.

Cet état n'est pas difficile à reconnaître, et bien qu'on l'ait jadis confondu avec la glycosurie sous le nom de diabète, il est facile de l'en distinguer. Il suffit pour cela de faire l'analyse des urines et d'en prendre la densité. Dans les urines diabétiques, les réactifs y décèlent la présence du sucre et le densimètre marque 1030 à 1050. Rien de pareil n'existe dans le diabète insipide ou polyurie. Les urines ont une densité presque égale à zéro et ne renferment pas de sucre.

La polyurie a été quelquefois rapprochée de l'*azoturie* qui amène également la consomption par suite de la déperdition d'une trop grande quantité d'urée dans les vingt-quatre heures. Ici encore, l'analyse chimique permet d'éviter l'erreur. Dans la polyurie, les urines ne renferment presque pas d'urée et ce qui s'en échappe en un jour est de plus de moitié au-dessous du chiffre d'excrétion normale. Notre malade ne rendait que 4 grammes d'urée par litre d'urine et comme elle urinait trois litres, cela faisait 12 grammes d'urée par jour au

lieu de 24 ou 30. C'est cette diminution de l'urée dans l'urine des diabètes insipides qui a fait nommer ce trouble fonctionnel *azotorie* ou *polyurie anazoturique*.

La polyurie chez les enfants est une maladie grave; habituellement chronique, qui entraîne souvent la mort, par consomption et à la suite d'accidents comateux sans paralysie. J'ai vu mourir plusieurs enfants de cette façon au bout de plusieurs années, mais j'en ai vu guérir d'autres et je ne suis pas le seul.

Le *traitement* de la polyurie essentielle est assez difficile à diriger, surtout dans les cas anciens, lorsque le caractère de permanence et de chronicité est bien établi.

Dans la polyurie symptomatique aiguë des fièvres et des affections cérebrales, il n'y a que la médication astringente du *tannin*, 10 centigrammes par jour, et de l'*opium*, 2 à 4 centigrammes, qui soit utile.

Dans la polyurie essentielle, telle que vous venez de la voir, la meilleure médication à employer est celle par l'*opium* dont Boyer et Lacombe ont fait connaître les mérites il y a plus de trente ans.

Je n'ai jamais employé que ce médicament à la dose croissante de 1 à 10 centigrammes par jour à l'intérieur, et je me suis toujours bien trouvé de son usage, soit pour guérir soit pour améliorer. Cette fois, comme l'enfant faisait des difficultés pour avaler des pilules, je lui ai fait faire des *injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine*. Le procédé a très-bien réussi et la guérison a été complète. Voici l'observation recueillie à l'hôpital :

Obs. I. — *Diabète insipide. — Injections de chlorhydrate de morphine. — Guérison.* — B..., quatorze ans, entrée le 18 juin 1877, au n° 4 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Bouchut). Elle est malade depuis deux ans et souffre toujours de l'estomac, du ventre et de la tête. Les gardes-robes sont habituellement naturelles, mais depuis huit jours il y a un peu de diarrhée. Pas de vomissements. Elle mange très-peu et n'a pas d'appétit. Elle a toujours soif et se lève la nuit pour boire. Elle urine beaucoup, à peu près autant qu'elle boit.

Elle est entrée l'année dernière à l'hôpital et est sortie non guérie. Cet état-là ne cesse jamais, dit-elle. L'enfant a beaucoup maigri. Elle a des battements de cœur sans souffle valvulaire. Elle ne tousse pas. La résonnance de la poitrine est bonne et il n'y a aucun bruit anormal dans les poumons. Elle a de violentes névralgies temporales à gauche et quand l'accès est un peu fort, elle tombe à terre sans connaissance, ce qui dure, dit-elle, une demi-heure. Son ventre est un peu douloureux à gauche, mais l'on n'y sent pas de tumeur. La matité rénale est un peu plus grande que de coutume et peut-être un peu plus considérable à gauche. Langue naturelle. Pas de fièvre.

21 juin. L'enfant boit trois litres et urine trois litres de liquide clair comme de l'eau et dont la densité est zéro. Cette urine ne renferme ni *sucre* ni *albumine*, et elle contient 4 grammes d'*urée* par litre, ce qui fait 12 grammes par 24 heures.

28 juin. Des injections hypodermiques de 1 centigramme ont été faites tous les jours. La soif a peu diminué et les urines ont cessé d'être aussi abondantes.

1er juillet. L'enfant est guérie.

Exeat, le 8 juillet sans que la soif ou l'exagération de la sécrétion urinaire ait reparu.

D'autres médecins ont conseillé la *belladone* et l'*atropine*, mais les résultats ont été variables, souvent il n'y a qu'amélioration. En voici la preuve :

Obs. II. — *Diabète insipide chez un enfant de six mois; traitement par l'atropine.* — Un enfant de vingt mois, observé par le docteur Francis Delafield, de New-York (*The medical Record*, 19 mai 1877), avait, depuis l'âge de six mois, de la polyurie sans sucre et de la polydipsie; en même temps, il perdait rapidement son embonpoint et ses forces. Il rendait, en moyenne, par vingt-quatre heures, la quantité énorme de quatre litres et demi d'urine d'une densité de 1,003 à 1,005. Le diabète, insipide ou sucré, chez un enfant de cet âge, est rare. Dans le cas de polyurie insipide, le pronostic est évidemment beaucoup moins grave.

L'enfant prit, pendant quelque temps, du valérianate de zinc et de petites doses d'opium; ce traitement améliora l'état général, mais sans amener aucune modification dans la quantité d'urine excrétee. La belladone a été employée comme la valériane dans cette affection; on peut la donner sous forme d'extrait ou sous forme de teinture, dans tous les cas, ce médicament doit être employé à doses très-minimes. Delafield préfère l'employer sous forme d'atropine; il donne chaque jour cinq gouttes d'une solution de 0 gr. 05 centigrammes dans 30 grammes d'eau. S'il n'en résulte aucun trouble fonctionnel du côté du pharynx, de l'estomac ou de l'intestin, il donne cette dose deux fois par jour. Il va ainsi jusqu'à 15 ou 20 gouttes par jour, cherchant le point où la tolérance cesse d'exister. Il est très-important de donner, en même temps, à l'enfant, de l'huile de foie de morue; on en donne ainsi trois cuillerées à café par jour; si l'estomac ne peut supporter l'huile, Delafield recommande de l'employer en frictions sur la peau, pour la faire absorber de cette façon. En outre, on lave chaque jour l'enfant avec de l'eau savonneuse chaude, on lui couvre tout le corps de flanelle, et, si le temps le permet, on le mène chaque jour au grand air. Avec ce traitement, dit l'auteur américain, la guérison est probable.

On a conseillé également l'*ergot de seigle* qui, chez les enfants, peut être remplacé par la préparation soluble d'*ergotine*. Puis on a employé la *strychnine* à un milligramme; l'*essence de térébenthine* en capsules; la poudre de *noix vomique*, 10 à 30 centigrammes selon l'âge; le *sulfate de fer;* la teinture de *castoréum;* le *camphre;* l'*assa-fœtida;* l'extrait de *valériane* et le *valérianate d'ammoniaque*. Tous ces médicaments ne valent pas l'opium.

L'électricité serait-elle meilleure? Seidel, Erb, Lefort le disent. Quant à moi, je ne puis avoir d'opinion à cet égard. Je ne l'ai jamais employée, mais si j'en juge par ce qu'en dit Lécorché, qui s'en est servi sans succès, je crois que cette médication ne peut être recommandée comme devant l'emporter sur toutes les autres.

Avec le traitement pharmaceutique, il faut instituer un *traitement hygiénique spécial.* Il faut, comme Marsh, Piorry, Rayer, Fonssagrives, etc., le recommandent, diminuer la quantité de boisson quotidienne, et sans les supprimer, ce qui serait impossible, en limiter l'abondance. Il ne faut pas laisser prendre plus d'un litre de liquide dans les vingt-quatre heures.

Quant à l'alimentation, tout en suivant un peu le goût des enfants, ce qu'il est difficile de ne pas faire dans la pratique, il faut tenir compte de leur état d'anémie et de faiblesse. Il faut autant que possible les nourrir de viandes grillées, et de vin coupé avec de l'eau minérale ferrugineuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical quatre sources d'eaux minérales ferrugineuses situées dans la commune de Livry (Seine-et-Oise).

2° Une demande tendant à obtenir une autorisation régulière pour continuer l'exploitation des sources qui alimentent l'établissement d'Évian-les-Bains (Haute-Savoie). (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Reynier accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

2° Des lettres de MM. Prunier et Grassi qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

3° Une lettre de M. le docteur Maurice Raynaud qui se présente pour la section de pathologie médicale.

4° Un mémoire de M. Boudard (de Gannat), sur les services que la chèvre-nourrice blanche, sans cornes, peut rendre au point de vue de l'hygiène publique. (Comm. d'hygiène de l'enfance).

5° Une note de M. Alexandre de Lubanski accompagnant l'envoi de monographies et d'articles juridiques, et dans laquelle il appelle l'attention sur deux articles relatifs au moyen de diminuer la mortalité des enfants en punissant les parents pour l'absence de soins.

6° Une lettre de M. le docteur Pros (de La Rochelle), qui soumet à l'examen de l'Académie un petit instrument auquel il donne le nom d'insufflateur des nouveau-nés en état de mort apparente (renvoyé à M. Depaul).

7° Une lettre de M. le docteur Burq accompagnant l'envoi d'une brochure sur la métallothérapie.

8° Une lettre de M. le docteur Caron qui soumet à l'appréciation de l'Académie les résultats pratiques d'une expérience de trente années consacrées à l'étude de la puériculture et de toutes les questions qui concernent l'éducation physique de la première enfance.

Des faits énoncés dans la lettre de M. Caron, il ressort qu'en employant les précautions nécessaires, le biberon est souvent préférable à la meilleure des nourrices; en tout cas, ajoute M. Caron, ce sera un moyen de plus de conserver la santé à des enfants qui ne pourraient être alimentés par tout autre procédé.

PRÉSENTATIONS

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Masse agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un ouvrage ayant pour titre : *de l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations*.

M. CHAUFFARD présente un opuscule intitulé : *Des soins à donner aux bébés*, par M. le docteur Laurent, médecin des hôpitaux de Rouen.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. le comte Charles Angel d'Alfaro, membre correspondant étranger.

RAPPORTS

M. GOSSELIN lit le rapport sur le prix Amussat dont les conclusions sont : qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix pour cette année (adopté).

M. BROCA lit le rapport sur le prix Rufs de Lavizon. — Conclusions : il n'y a pas lieu à décerner le prix pour cette année (adopté).

M. PERSONNE, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

Lésion du pancréas dans certaines formes du diabète. — M. LANCEREAUX met sous les yeux de l'Académie des pièces pathologiques montrant des lésions profondes du pancréas, chez des sujets qui ont succombé à la suite d'une affection diabétique, et il donne lecture des observations qu'il fait suivre de considérations anatomo-pathologiques et de l'analyse des faits analogues qui existent dans la science.

M. Lancereaux, après avoir fait ressortir les points communs qu'ont entre eux les faits qu'il a recueillis, les résume en ces termes :

Les observations et les pièces anatomiques que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie, montrent que le diabète sucré est, au moins dans quelques cas, accompagné d'une altération grave du pancréas.

Une semblable altération se rencontre dans plusieurs des faits connus de diabète et dans ces faits comme dans les nôtres, la maladie dont l'évolution a été relativement rapide et la terminaison fatale, s'est révélée par de la polyphagie, de la polydipsie, une maigreur excessive, une glycosurie abondante, en un mot, par tous les caractères du diabète maigre.

D'un autre côté, les animaux chez lesquels on extirpe ou détruit le pancréas, deviennent voraces, s'amaigrissent rapidement, succombent très-vite.

Or, tenant compte des caractères spéciaux du diabète dans les cas d'altération du pancréas et prenant en considération les phénomènes observés chez les animaux par la destruction de ce même organe, nous croyons pouvoir conclure qu'il existe une relation causale entre les altérations graves du pancréas et le diabète sucré en question.

Cette forme de diabète se distinguerait par un début relativement brusque de l'amaigrissement avec polydipsie et polyphagie, des caractères particuliers des déjections alvines. Le pronostic de ce diabète serait des plus graves.

L'indication thérapeutique consisterait à supprimer les substances alimentaires qui sont digérées par le suc pancréatique et à nourrir le malade à l'aide des aliments dont la digestion s'accomplit dans l'estomac.

M. RICHE, candidat pour la section de pharmacie, lit un travail ayant pour titre : *Dosage de petites quantités de manganèse et recherche de ce métal dans le sang*. (Renvoyé à la section.)

M. DECAISNE lit, en son nom et au nom de M. le professeur de Pottenkofer (de Munich), une étude sur la théorie tellurique du choléra asiatique, dans laquelle il s'attache à réfuter les principales objections formulées contre cette doctrine. Il se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le choléra se montre sous toutes les formations géologiques, mais ce qui importe pour son développement et sa propagation, c'est l'agrégation physique du terrain, sa perméabilité pour l'eau et pour l'air, enfin, la quantité variable d'eau qu'il contient.

2° L'influence des causes locales tient aussi à l'époque de l'invasion des épidémies.

3° Le choléra préfère non-seulement certains quartiers dans une localité, mais encore certaines régions dans une contrée, tandis qu'il paraît en éviter d'autres.

4° Quelque fréquents que soient les cas de choléra qui éclatent dans les vaisseaux et quelque favorables qu'y soient les conditions de développement de la maladie, la règle est que le choléra ne s'y propage pas.

5° On ne peut méconnaître l'influence de la saison sur les épidémies de choléra, ni celle qu'exerce sur leur fréquence l'époque des pluies aux Indes et en Europe.

6° Contrairement à la doctrine qu'on leur prête généralement en France, les partisans de la théorie tellurique ont toujours admis une substance infectieuse, spécifique, un germe du choléra qui se propage de loin en loin par les communications humaines et non point par l'atmosphère libre à de grandes distances..

7° Les partisans de la théorie tellurique, n'ont jamais prétendu, comme on le leur fait dire, que les tourbières et les marais dussent être les lieux les plus favorables au choléra. Au contraire, ils ont souvent relevé le fait que, dans nos climats tempérés, les régions marécageuses sont souvent épargnées d'une manière frappante.

8° En discutant les opinions de M. de Pottenkofer sur l'influence de l'eau du sol ou eau souterraine, les partisans de la contagion passent ordinairement sous silence la coïncidence des oscillations de l'eau souterraine et de la fièvre typhoïde. Ils objectent, par exemple, que Lyon a eu, en 1874, un niveau très-bas des eaux du sol et qu'à cette époque, il y a bien eu à Lyon une épidémie de fièvre typhoïde, mais pas de choléra. Les partisans de l'influence locale répondent qu'il n'y avait, à cette époque, d'épidémie de choléra asiatique ni à Paris ni à Marseille, et que si le germe avait été transporté à Lyon, il est probable que cette ville aurait eu d'un certain quartier reposant sur un terrain d'alluvion une épidémie de choléra comme en 1854 sur une partie de Perrache et de la Guillo-

tière. Il suffit de consulter les excellentes recherches de Delesse sur les conditions géologiques et hydrologiques de Paris et celles de MM. de Pottenkofer et Decaisne sur Lyon, pour voir que les conditions du sol et de l'eau sont très-différentes à Paris et à Lyon.

« Nous pensons, disent les auteurs en terminant, que la science géologique n'est pas encore en mesure de fournir, dans tous les cas, la solution du problème, mais nous croyons qu'il faut attirer l'attention sur une doctrine beaucoup trop négligée selon nous.

Il est bon, comme l'a dit M. Fonssagrives, de ramener les yeux des chercheurs, trop obstinément tournés vers l'atmosphère, à ce sol auquel nous sommes fixés, et qui est pour nous un laboratoire mystérieux dans lequel la vie et la mort s'élaborent côte à côte. L'atmosphère ne nous tue souvent qu'en distillant les poisons que le sol a créés ou concentrés et qu'il lui a envoyés ensuite. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1877. — Présidence de M. Panas

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Faye (de Christiania) sur les résultats de sa pratique hospitalière.

2° Un traité sur les *plaies par armes à feu, leur historique et leur traitement*, par M. Longmoor.

3° Une observation de *chondrome naso-pharyngien* et un mémoire sur les *phlegmons sous ombilicaux*, travaux adressés par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

4° Trois observations de *septicémie* adressées par M. Lemonnier, chirurgien de l'hôpital de la Nouvelle-Orléans, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose, de la part de M. Védrennes, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes, trois observations de plaie pénétrante de la poitrine par armes blanches. (Commission : MM. Tillaux, Verneuil, Lucas-Championnière).

COMMUNICATION ET PRÉSENTATION DE PIÈCE

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. — M. NICAISE présente une tumeur fibreuse dont il a fait l'ablation. La malade, âgée de quarante-trois ans, a toujours joui d'une bonne santé et même aujourd'hui son état général est très-bon. Elle a eu six enfants : le premier a maintenant vingt-cinq ans, le dernier quelques mois seulement. Elle est encore réglée. Il y a quatre ans qu'elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, située au-dessus de la crète iliaque droite. Les progrès de cette tumeur furent d'abord lents, mais depuis un an, surtout pendant les deux derniers mois, elle a pris un accroissement considérable; elle avait à cette époque le volume du poing, et aujourd'hui elle pèse 2,500 grammes. La peau n'était altérée qu'en un point et depuis quelques jours seulement. La tumeur était un peu mobile; elle semblait située dans l'épaisseur des parois abdominales, envoyant un prolongement vers le flanc gauche, et faisait saillie vers l'abdomen. Sa consistance était élastique, mais pas égale dans tous les points; au niveau de l'ulcération la peau, elle était un peu ramollie. L'opération a été faite ce matin, et M. Nicaise n'a pas rencontré les difficultés qu'il redoutait. Une disjection attentive lui a fait reconnaître qu'elle n'avait aucune adhérence ni avec le péritoine ni avec les os, mais elle adhérait intimement avec les névroses de l'abdomen.

Ce fait vient à l'appui du mémoire présenté par M. Guyon à l'Académie de médecine, dans lequel le professeur a démontré que ces tumeurs auraient pour point de départ non pas les os, comme le voulaient Nélaton et M. Gosselin, mais les aponévroses. L'épaisseur de la tumeur était plus grande vers la crète iliaque; elle était traversée dans toute sa longueur par un large faisceau fibreux, qui allait se perdre dans les aponévroses du petit oblique et du transverse. Elle n'avait pas de rapports avec celle du grand oblique, et, en s'étendant en arrière, elle respectait le grand dorsal et s'insinuait entre la peau et le prolongement postérieur des aponévroses lombaires. M. Nicaise borne aujourd'hui sa communication à ces points de grosse anatomie. Un examen minutieux sera fait de la structure de cette tumeur, et le chirurgien en communiquera les résultats à la Société.

DISCUSSION

M. GILLETTE pense que cette tumeur est un lipome fibro-graisseux. Ces tumeurs naissent dans l'intérieur des parois abdominales, entre les fibres musculaires, et refoulent le péritoine. Il faut toujours prendre les plus grandes précautions pour les enlever à cause de ce rapport. M. Gillette a vu il y a quatre ans, à la Pitié, dans le service de M. Labbé, une tumeur de ce genre, développée dans la paroi abdominale gauche, elle était située entre les muscles et le péritoine, et malgré toute l'attention du chirurgien, le péritoine fut involontairement ouvert dans une très-petite étendue, et l'opérée mourut de péritonite.

M. DESPRÈS. Il n'y a aucune comparaison à établir entre les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale et les tumeurs fibreuses du petit bassin. Celles-ci sont situées sur le péritoine, tandis que les autres sont sous la peau ou dans l'épaisseur des muscles. M. Desprès a vu Denonvilliers opérer une de ces dernières, du volume du poing; elle était mobile sous la peau et n'avait aucune connexion profonde.

M. LANNELONGUE, alors interne de Denonvilliers, a assisté à cette opération, qui a été faite en présence de Velpeau. Le malade était un douanier âgé de cinquante-trois ans. La tumeur fibreuse était située dans l'intérieur du canal inguinal, où elle était un peu mobile et faisait saillie par l'orifice interne; elle était implantée sur l'aponévrose du grand oblique. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

M. TERRIER a vu une tumeur semblable dans le service de Chassaignac. Même lorsqu'elles n'intéressent pas le péritoine, leur ablation fait courir de grands dangers aux malades à cause de son voisinage.

M. TILLAUX. Les tumeurs fibro-graisseuses de la paroi abdominale doivent se diviser en tumeurs sous-cutanées et tumeurs sous-péritonéales, et ces tumeurs sont bien différentes au point de vue de leur opération. Celle que M. Nicaise a présentée s'est développée à la face externe du péritoine. M. Tillaux a présenté l'année dernière à la Société une tumeur à peu près semblable comme structure et comme développement, qui avait pris naissance derrière le rectum dans la concavité du sacrum, chez un malade de son service. C'est le seul cas connu de fibrome du bassin chez un homme.

M. LE DENTU ne trouve pas suffisante la division établie par M. Tillaux pour les tumeurs des parois abdominales, entre celles qui sont situées à la face externe du péritoine et celles qui sont sous-cutanées. Toutes les variétés existent, car ces tumeurs peuvent se développer dans tous les points de la paroi.

M. POLAILLON rappelle que M. Bodin a réuni dans sa thèse un grand nombre d'observations de ces tumeurs.

M. NICAISE répond que le simple examen microscopique de cette tumeur semble démontrer qu'il ne s'agit pas d'un lipôme, quoiqu'il existe en certains points très-limités des granulations graisseuses, mais bien d'une tumeur fibreuse. Elle était située dans l'épaisseur des aponévroses des muscles. C'est une tumeur intra-pariétale.

NOMINATION DE LA COMMISSION DU PRIX LABORIE

Sont élus : MM. Duplay, Tillaux, Blot, Horteloup et Polaillon.

LECTURE

M. MARCHAND donne lecture d'une observation intitulée : *Polype naso-pharyngien; extirpation par la voie nasale; guérison.* (Commission : MM. Périer, Horteloup, Cruveilhier.)

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN, secrétaire général, donne lecture d'un des travaux adressés par M. Heurtaux (de Nantes), membre corres-

pondant. Ces deux mémoires seront analysés dans un de nos prochains numéros.

La séance est levée.

CONGRÈS DE GENÈVE

SECTION D'OPHTHALMOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOSCOPIE.

Cataracte de Morgagni, causes d'insuccès.— M. GEORGES MARTIN (de Cognac) lit un mémoire dont voici les conclusions :

1° Les méthodes d'extraction propres aux cataractes simples ordinaires (kératotomie à lambeau, kératotomie linéaire simple ou combinée à l'iridectomie), ne conviennent nullement aux cataractes de *Morgagni*. En les employant, de deux choses l'une : ou la sortie du noyau est facile et suivie d'une guérison rapide, ou (et sans qu'on puisse le prévoir à l'avance) cette sortie est impossible, le noyau reste dans l'œil, agit à la manière d'un corps étranger et provoque une violente inflammation conduisant à la perte de l'organe.

2° La cataracte de *Morgagni* est une cataracte à part qui nécessite une opération spéciale.

3° Si l'on ne peut, dans certains cas, faire sortir le cristallin de l'œil, c'est qu'il se trouve, malgré la kystitomie, emprisonné dans le sac capsulaire.

4° L'enchâtonnement de la lentille tient à deux causes :

a. A une ouverture insuffisante de la cristalloïde ;

b. A ce que la pression expulsive exercée sur le segment inférieur de la cornée ne peut engager le cristallin entre les lèvres de la plaie capsulaire.

5° Ces causes agissent ou de concert ou bien isolément.

6° La kystitomie est incomplète parce que le contenu liquide de la cristalloïde sort après la moindre piqûre, et qu'il est impossible d'agrandir l'ouverture première d'une membrane qui s'affaisse et fuit devant l'instrument.

7° Pour que le noyau cristallinien puisse s'engager dans la plaie faite par le kystitome, — nous supposons l'incision assez grande, — il faut que lors des manœuvres expulsives, cette ouverture soit béante. Les pressions exercées sur le segment inférieur de la cornée sont incapables d'entrebailler les lèvres de la plaie cristalloïdienne ; elles ne peuvent que produire l'ascension du noyau qui va se loger dans le cul-de-sac supérieur.

Traitement. — Premier procédé. — Pour s'assurer d'une incision capsulaire d'un diamètre supérieur à celui du noyau, il faut promener rapidement le kystitome de *de Graefe* sur la convexité du sac, ou encore agir par transfixion, en attaquant la cristalloïde à la manière de la cornée par ponction et contre-ponction. L'incision sera horizontale.

La section kératique intéressera la partie moyenne du segment supérieur de la cornée (section à petit lambeau médian de *Lebrun* et de *Warlomont*).

Au moyen d'un instrument spécial (petit couteau linéaire terminé par une pointe courbe), nous avons l'espérance de voir réunies en un seul temps la kystitomie par transfixion et la kératotomie.

Pour rendre béante l'ouverture capsulaire, la pression devra porter sur la lèvre supérieure de l'incision cornéenne, de manière à la déprimer et à déprimer en même temps le segment supérieur de la cristalloïde. On établira ainsi une barrière qui empêchera le noyau de gagner le cul-de-sac supérieur.

Second procédé. Au lieu de s'efforcer à lutter contre les difficultés cristalloïdiennes, on pourra chercher à les éviter en ayant recours au procédé d'extraction de la cataracte avec sa capsule.

D'une part, la forte résistance de la cristalloïde, et, d'autre part, la faible adhérence de cette dernière à l'hyaloïde, sont des circonstances favorables à ce mode d'extraction.

On peut même espérer, sans introduire de curette dans l'intérieur de l'œil, faire venir au dehors tout le système cristallinien, en exerçant de douces pressions.

Tels sont les moyens rationnels à employer et sur la valeur réciproque desquels l'avenir décidera.

Étiologie et prophylaxie de la myopie. — M. HALTENHOFF (de Genève), communique un travail dont voici les conclusions :

1° Les causes ordinaires de la myopie sont le travail oculaire et l'hérédité, dont l'action peut être isolée ou combinée. La première de ces causes est prédominante.

2° L'hypermétropie, état normal d'une grande partie, sinon de la plupart des yeux sains et au repos, peut se transformer en myopie axile sous l'influence du travail oculaire, en passant par l'emmétropie et la myopie de courbure.

3° Les progrès de la civilisation et surtout de l'instruction tendent à augmenter l'extension de la myopie.

4° La prédisposition à la myopie acquise est souvent, mais non toujours, héréditaire. L'influence de la race sur cette prédisposition est une question encore ouverte.

5° Dans le travail oculaire, trois facteurs principaux concourent chez les individus prédisposés, à produire les lésions anatomiques de la myopie progressive ; ce sont, dans l'ordre de leur importance, l'accommodation, la convergence des axes visuels et la congestion oculo-céphalique.

6° Les conditions d'âge, de tenue, d'éclairage, de durée, dans lesquelles s'effectue le travail oculaire, ainsi que la nature des objets fixés et l'état de l'appareil visuel lui-même, influent puissamment sur le développement de la myopie.

7° La prophylaxie de la myopie comporte un ensemble de mesures d'hygiène individuelle, scolaire et domestique, en grande partie réalisables par le concours des médecins, du corps enseignant et des autorités. Il faut compter aussi parmi ces mesures l'usage de verres convexes pour le travail chez les presbytes et les hypermétropes.

Ophthalmie sympathique, énucléation du globe de l'œil. — M. WARLOMONT (de Bruxelles) communique un mémoire sur les indications de cette opération, dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique.

Il conclut en ces termes :

1° Les accidents sympathiques, suite de traumatisme de l'œil, sont primitifs ou secondaires. Les premiers se présentent peu de jours après l'accident ; les autres un temps plus ou moins long, — des mois ou des années — après que le blessé a doublé le cap des premiers accidents de l'action traumatique.

2° Quand un œil vient d'être détruit par une cause traumatique, et que tout espoir d'y voir subsister ou revenir un degré de vision utile est perdu, c'est rendre un immense service au blessé que de l'en débarrasser séance tenante par l'énucléation avec anesthésie.

On lui épargne ainsi les suites immédiates du traumatisme, ophthalmitis, etc. ; on le rend pour ainsi dire du jour au lendemain à ses travaux, dans d'excellentes conditions à recevoir bientôt une coque artificielle, dont le port sera inoffensif ; on le préserve à coup sûr des accidents consécutifs. Quand il y a des raisons de croire que le globe blessé recèle quelque corps étranger, l'indication de l'énucléation est plus impérieuse encore.

3° Quand un œil, perdu pour une cause quelconque, traumatique ou autre, ou le moignon qui le représente, est le siége d'une sensibilité continue ou intermittente, ou d'un état inflammatoire aigu ou chronique, ou l'asile d'un corps étranger ou d'un cristallin crétacé en faisant office, l'énucléation en est indiquée comme moyen préventif, même en l'absence de toute manifestation sympathique.

4° L'énucléation d'un œil perdu, fût-il complétement indolore, est encore indiquée si — ce qui est possible même dans ces conditions — le second œil devient le siége de symptômes attribuables à la sympathie.

Du tensor tympani. — M. COLLADON (de Genève), lit un travail sur le tensor tympani et sa ténotomie.

En voici les conclusions :

1° La ténotomie du muscle tenseur du tympan, entrevue théoriquement par Hyrtl, n'a été expérimentée que dans ces dix dernières années. Elle a été employée principalement dans les cas de catarrhe

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 novembre.

chronique de la caisse, avec surdité progressive, désordres labyrinthiques, vertiges, bourdonnements d'oreilles, tous accidents dépendant, en partie du moins, d'un racourcissement, d'une rétraction secondaire du muscle tenseur du tympan.

2° Le procédé opératoire est assez simple ; cependant il est nécessaire d'y apporter assez de dextérité pour éviter des lésions du promontoire ou de l'articulation du marteau avec l'enclume.

3° Il est maintenant assez généralement admis qu'aucun succès durable ne peut être attendu de la ténotomie ; la raison en est qu'avec le raccourcissement du tendon il existe presque toujours dans l'oreille moyenne des altérations pathologique sur lesquelles la section n'a aucune prise. Dans quelques cas, le résultat favorable de l'opération a paru tenir surtout à la paracentèse de la membrane du tympan.

4° Les suites peuvent en être fâcheuses, car l'on cite un cas d'inflammation violente, consécutive à la ténotomie, qui s'étendit de l'oreille moyenne au labyrinthe, en s'accompagnant d'aggravation très-marquée de la surdité et des bourdonnements.

5° Un sort probablement plus favorable est réservé à un mode opératoire proposé dernièrement par le professeur de Trœltsch ; il consiste dans la section partielle du tendon à son insertion au manche du marteau dans certains cas pathologiques où il est constaté que cette insertion descend très-bas.

SÉANCES EXTRAORDINAIRES

Il y a eu, en outre, trois séances extraordinaires.

Du thermocautère. — M. PAQUELIN a fait une communication sur le thermocautère et ses applications.

Numération des globules du sang. — M. HAYEM a fait connaître la modification qu'il a fait subir à la méthode de Cramer et de Malassez pour la numération des globules du sang dans les anémies. Il a montré son appareil d'instrumentation.

A l'aide de microscopes, il a montré comment on recueillait le sang, de quelle façon il fallait le diluer, la nature du liquide à mettre en usage, et les calculs à faire pour arriver à des résultats concluants. Ces faits ont vivement intéressé.

Diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope. — M. BOUCHUT a fait une communication sur ce sujet.

Cette démonstration a été faite à l'aide de projections lumineuses faites sur la muraille au moyen de la lumière oxhydrique.

M. Bouchut a exposé les lois de la coïncidence des lésions intraoculaires et des maladies aiguës cérébrales. Il a montré des pièces histologiques, des altérations du nerf optique produites par ces maladies. Il a montré des tubercules de la choroïde apportés de Paris et fraîchement recueillis. Il a fait passer sous les yeux de l'auditoire une centaine de figures du fond de l'œil, représentant les types les plus variés de la névro-rétinite simple et tuberculeuse dans la méningite rhumatismale typhoïde, cérébro-spinale et tuberculeuse.

Pour lui, ses recherches ouvrent la cavité cérébrale à l'exploration clinique, comme celles de Laennec ont ouvert à l'étude les cavités du cœur et des poumons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Galezowski commencera son cours sur les maladies des yeux, le vendredi 16 novembre 1877, à huit heures du soir à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

Ce cours comprendra : 1° les névroses oculaires ; — 2° les amblyopies toxiques ; — 3° les amblyopies simulées ; — 4° les lésions oculaires dans les maladies cérébro-spinales ; — 5° les troubles visuels dans les affections constitutionnelles.

Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

— M. le docteur Straus a commencé un cours de pathologie interne, le lundi 12 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies du système nerveux.

— M. le docteur Labadie-Lagrave ouvrira son cours de pathologie interne le lundi 19 novembre prochain, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il le continuera les vendredis suivants à la même heure. Il traitera des maladies du cœur.

— M. le docteur Latteux commencera son cours pratique de technique microscopique dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, le mardi 20 novembre à huit heures et le continuera les mardis et samedis suivants.

Après chaque leçon, examen de pièces au microscope et projections de la lumière oxhydrique.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale dans cet hôpital, le samedi 24 novembre à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

Les mardis et samedis. — Leçons à l'amphithéâtre. — Les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder. — Le jeudi. — Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. — Tous les matins. — Visite et interrogatoire des malades par les élèves. (Salle Saint-Athanase ou salle du Rosaire).

Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales, par le docteur PITRES. — 1 vol. in-8° avec 2 planches. Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Dystocie spéciale dans les accouchements, par le docteur BESSON. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des complications de l'iritis syphilitique, par le docteur SERRIGNY. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 133. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1877. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cas d'anencéphalie et d'hydrencéphalie.

Plusieurs cas intéressants se sont présentés à la clinique d'accouchement, lors de la reprise du service et du cours par M. Depaul. Nous allons en passer quelques-uns en revue. Le premier est un cas d'anencéphalie qui a suscité quelques hésitations et quelques embarras pour le diagnostic de la présentation. On comprend, en effet, l'embarras où doit se trouver l'accoucheur lorsqu'au lieu de la sensation produite au doigt par la présence du sommet, il sent une surface inégale, bosselée, dure, qui ne répond à aucune des parties normales du fœtus. Les cas d'anencéphalie ne sont pas assez communs pour que l'idée en vienne de suite à l'esprit. Si toutefois on a quelque raison de soupçonner la monstruosité, on acquiert la certitude de son existence en poussant l'exploration plus loin, de manière à sentir l'existence du cou de l'enfant derrière cette surface osseuse irrégulière. Il suffit souvent aussi, dans ce cas, d'exercer une pression un peu forte et prolongée sur cette surface pour voir se produire des mouvements de l'enfant, comme si, instinctivement, il cherchait à se soustraire à cette pression.

On a questionné la mère sur les circonstances de sa grossesse, si elle avait été exposée à quelque violence extérieure ou à quelque grande émotion morale. Ses réponses ont été négatives sur ce point. L'accouchement s'est bien passé d'ailleurs, sans qu'aucun obstacle ni aucune irrégularité soient résultés de ce vice de conformation. L'enfant, dont le crâne est tout à fait rudimentaire (l'examen en sera fait ultérieurement et le résultat publié probablement), était d'ailleurs très-bien développé, même assez gros et fort, comme on l'a d'ailleurs observé dans ces cas-là. Il est mort quelques instants avant de naître. C'est, comme on le sait aussi, le sort commun de tous les anencéphales.

Mais si ce genre de malformation fœtale n'entraîne que rarement des conséquences fâcheuses pour l'accouchement, il n'en est pas de même, — et cela se comprend de soi, — de l'hydrencéphalie.

Nous avons vu dans le même service, au commencement de cette année, un exemple de dystocie produite par un cas de cette nature. M. Depaul l'ayant reconnu à temps par l'exploration et par la palpation du ventre, qui faisait constater dans le point occupé par la tête une tumeur beaucoup plus volumineuse qu'une tête ordinaire, a pu obvier aux difficultés de l'accouchement en ponctionnant la poche hydrencéphalique à travers l'orifice et en évacuant une grande partie du liquide.

Un cas de ce genre s'est présenté quelque temps après, dans le mois d'avril dernier, à l'hôpital Beaujon, et a fait le sujet d'une présentation à la Société de chirurgie. Ici le résultat a été moins heureux, la ponction n'ayant été faite qu'après des tentatives réitérées d'application de forceps, qui ont entraîné la mort de la mère. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 21 avril 1877.)

Accidents puerpéraux. — Abcès critique.

Une femme couchée au n° 33, accouchée depuis le 4 octobre et qui avait éprouvé quelques accidents de métro-péritonite quelques jours après ses couches, fut trouvée un jour, dans son lit, avec la fièvre et dans une attitude qui frappa l'attention de M. Depaul. Elle était couchée comme les malades qui sont affectés de coxalgie, sur le côté, le membre fléchi. En examinant cette malade, M. Depaul constata que la fesse droite était volumineuse, un peu œdématiée, très-douloureuse; la palpation fit reconnaître une fluctuation manifeste dans une grande étendue. Après avoir touché pour s'assurer si ce vaste phlegmon ne communiquait pas avec la cavité pelvienne, si ce n'était pas un de ces phlegmons internes, biloculaires, qui se propagent et viennent faire saillie à l'extérieur, au lieu de s'ouvrir dans l'un des organes du bassin, ayant acquis la certitude qu'il n'en était rien, M. Depaul pratiqua une large incision, qui donna issue à un litre de pus environ. Depuis cette évacuation, tous les phénomènes morbides, fièvre, douleur, malaise et attitude insolite cessèrent; la malade, dès le lendemain, fut trouvée dans un état très-satisfaisant, plus le moindre symptôme de métro-péritonite; elle était en voie de complet rétablissement.

Le développement de ce phlegmon ne paraissait dû à aucune cause extérieure, il n'y avait eu ni coup, ni contusion. Ce n'était ni un abcès métastatique ni un de ces abcès migrateurs, comme on en voit quelquefois dans cette région. C'était, aux yeux de M. Depaul, ce que les anciens auraient appelé et ce que l'on peut appeler encore aujourd'hui avec raison un abcès critique. Ce n'est pas, en effet, la première

fois qu'on voit des accidents de métro-péritonite graves et d'un caractère menaçant tomber et s'arrêter par le fait de la formation d'un abcès sur l'un des points de la surface extérieure du corps.

Grossesse à terme. — Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus empêchant l'engagement de la tête. — Application de forceps.

Une femme de trente et un ans, ayant eu déjà trois enfants à terme, était en travail. En l'examinant, on fut surpris de voir que le col de l'utérus n'était pas à sa place, il était comme accolé derrière la symphise pubienne, il commençait à s'effacer et bientôt le travail de dilatation s'effectuant, il se rapprocha peu à peu du centre. On sentit très-bien alors que la tête était mal engagée et qu'en arrière existait un corps ferme, d'un certain volume,qui avait dû gêner son évolution. On avait affaire, évidemment, à une tumeur qui repoussait la tête en avant. M. Depaul, une fois cette constatation faite, n'eut rien de plus empressé que d'ausculter pour s'assurer de l'état de la circulation de l'enfant. Les battements du cœur étaient forts et réguliers. Il n'y avait donc pas d'urgence à agir. On attendit. Mais au bout de quelque temps, le travail n'avançant pas et l'auscultation ayant révélé des modifications considérables survenues dans la circulation de l'enfant notablement troublée, on dut se déterminer à agir.

La tête était placée transversalement, ainsi que cela a presque toujours lieu dans ces cas-là; la position, primitivement occipito-iliaque postérieure, était devenue transversale. M. Depaul a fait une application de forceps qui, ayant pour double effet de réduire les diamètres de la tête de l'enfant en la comprimant légèrement, en même temps qu'il la ramenait dans ses rapports normaux avec l'axe du bassin, et de refouler en arrière la tumeur en l'aplatissant, a eu tous les résultats désirés, la délivrance de la mère et l'issue d'un enfant vivant. On a pu s'assurer, après la délivrance, que l'on avait affaire, en effet, à une tumeur fibreuse du volume d'un gros œuf de dinde environ, développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, en partie interstitielle, en partie sous-péritonéale, siégeant sur la partie postérieure et inférieure de l'utérus, presque au niveau de l'orifice interne.

On sait que ces sortes de tumeurs fibreuses utérines compliquant la grossesse, acquérant, par le fait même de la grossesse, une augmentation de volume, qu'elles perdent ensuite plus ou moins notablement après la parturition, sont loin d'être rares. Nous ne les rappellerons pas ici; il suffira de renvoyer nos lecteurs aux comptes rendus de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie en 1868, où ils trouveront réunis tous les faits de ce genre connus à cette époque.

Chancre induré chez des sujets précédemment atteints de syphilis.

M. le docteur Lemaire (du Tréport), nous adresse à l'occasion de la communication de M. le docteur Antony sur un cas de chancre induré sur un sujet ayant eu précédemment la syphilis (voir le n° du 20 octobre dernier), les deux observations suivantes qui ont avec celle de M. Antony la plus grande analogie.

Ces deux faits ont été observés pendant que M. Lemaire était médecin-major de l'un des bâtiments attachés à la station de l'océan Pacifique (campagne 1871-74). Ils sont relevés sur le rapport médical de la fin de cette campagne.

« OBS. I. — *Syphilis contractée dans une campagne de Chine en 1862, chancre induré, syphilides, onyxis et iritis ayant laissé deux adhérences à l'un des yeux. A cette époque traitement au protoiodure de mercure, puis au biiodure, enfin traitement prescrit par Ricord, depuis lors pas d'accidents.*

« Le 2 mars 1872, chancre sur le prépuce. Le 13 mars, second chancre. Le 11 avril, je les vois pour la première fois; ils ont été fortement cautérisés chaque jour au nitrate d'argent et aujourd'hui ils sont assez profondément creusés, et je sens une induration large et épaisse. Rien à la gorge, pas d'engorgement des ganglions inguinaux qui, paraît-il, n'ont pas été engorgés la première fois. Ce malade a commencé de lui-même la liqueur de Van Swieten, le 24 mars. Les chancres, abandonnés à eux-mêmes se cicatrisent, et, au bout de six semaines, ils sont guéris et l'on ne constate plus que de l'induration.

Le 20 juin, il a pris 1,500 grammes de liqueur; je suspens le traitement.

Le 26 juin 1873, je constate des papules existant depuis quelque temps: il y en a sur les doigts, au coude, à la cuisse, mais très-rares, une dizaine en tout. Le liséré de Biett est très-manifeste. Je prescris :

Protoiodure de mercure. . . 3 grammes.
Eau d'opium. . . . . 1 —

pour 60 pilules.

Le 14 août, je lui en donne 20 autres, et le 13 septembre je cesse le traitement.

14 octobre. — Iodure de potassium. 30 grammes.
Eau. . . . . 1000 —

2 cuillerées à bouche par jour.

4 janvier 1874. Il n'y a rien eu de nouveau depuis les papules. Je donne de nouveau du mercure avant d'effectuer la rentrée en France.

Protoiodure de mercure. . . 3 grammes.
Eau d'opium. . . . . 1 —

pour 60 pilules, 1 par jour.

Dans ce cas, la première atteinte de la syphilis est certaine. En est-il de même de la seconde? Oui, à mon avis, car les papules observées le 26 juin 1873 ne peuvent s'expliquer d'une autre manière, la première vérole a été forte, celle-ci a été bénigne comme dans les observations de mes confrères.

OBS. II. — *A la fin de 1862, chancres contractés dans les mers de Chine, bubon suppuré, angine, papules aux mains et aux pieds à plusieurs reprises; traitement par la liqueur de Van Swieten, des pilules et de l'iodure de potassium, pendant dix-huit mois ou deux ans, ou même plus longtemps. On touchait tous les jours la gorge tant que l'angine dura. Depuis lors, il n'a plus pris d'anti-syphilitiques et n'a pas eu la moindre chose.*

26 mars 1873. — Chancre à bords lisses, fond rouge brun, contracté à Tahiti.

12 avril. — Induration depuis quelques jours, roséole. — Liqueur de Van Swieten.

28 avril. — La liqueur est mal supportée; pilules de Dupuytren.

25 mai. — Papules sur les articulations des doigts.

20 juillet. — Les papules ont disparu.

29 août. — On cesse le traitement.

20 septembre. — Desquamation légère des doigts, deux papules à la main droite.

30 septembre. — Angine, plaques muqueuses sur la luette et le pilier antérieur droit.

Pilules de protoiodure de 5 centigrammes, qui sont mal supportées, amènent de la gingivite et de la diarrhée; le traitement est interrompu et repris plusieurs fois, bref, ne produit guère d'effet (je ferai observer que ce malade avait en ce moment six années de campagne hors d'Europe et était très-anémié).

29 décembre. — L'état de la gorge est à peu près le même; cependant le pilier antérieur droit est guéri, mais la luette conserve sa plaque de 10 à 12 millimètres de long; on la touche à l'aide d'un collutoire chlorhydrique à 1/10. — Reprise des pilules de Dupuytren.

23 janvier 1874. — 1 gramme d'iodure de potassium par jour et continuation des pilules.

2 février. — La gorge est guérie; cessation de tout traitement, car l'estomac est de nouveau fatigué.

Un mois après nous arrivions en France; ce malade fut envoyé en congé; l'état général s'améliora et permit d'instituer un traitement sérieux qui le débarrassa de ses accidents.

Cette récidive a été à peu près aussi grave que la première atteinte, au dire du malade, mais il ne faut pas oublier que nous avions affaire à un sujet épuisé par un séjour trop prolongé à la mer, et que nous faisions à ce moment des traversées de six semaines et deux mois, pendant lesquelles il perdait ce qu'il avait pu gagner dans les relâches.»

Rage.

M. le docteur L. Roger, de Plouigneau, qui nous a communiqué la relation des treize personnes mordues par un chien enragé, que nous avons rapportée dans notre revue du 28 septembre, a bien voulu répondre à l'appel que nous lui avons fait relativement au complément nécessaire de cette histoire. Voici les nouveaux renseignements que notre confrère nous transmet. « Je m'empresse, nous écrit-il, de vous rassurer sur le compte des onze personnes mordues survivantes. Je les vois souvent, elles jouissent toutes d'une santé qui ne laisse rien à désirer. L'enfant né, quelques jours après l'accident, de la femme qui avait été si violemment déchirée est aussi dans l'état de santé le plus prospère. »

Ainsi, sur treize personnes mordues au sang et plus ou moins profondément, deux sont mortes enragées, onze n'ont éprouvé aucune atteinte et sont aujourd'hui (après plus de deux ans), parfaitement bien portantes. On se rappelle qu'elles avaient été toutes cautérisées immédiatement ou peu après les morsures. Mais l'une des victimes avait été cautérisée aussi. A quoi faut-il attribuer l'heureuse immunité des onze autres personnes mordues? Est-ce à ce que l'animal, ayant épuisé sa bave venimeuse sur les premiers mordus, n'a rien inoculé aux autres? C'est la solution la plus probable de la question.

Dr Brochin.

SUR LA THÉORIE PHYSIQUE DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE.

Par M. le docteur Romain Vigouroux.

M. Burq a observé depuis longtemps que lorsqu'on double d'un autre métal une plaque métallique qui, appliquée seule, produit les phénomènes habituels de sensibilité, cette plaque cesse d'agir. Ce fait était resté inexpliqué. Je l'ai pris pour point de départ de recherches, que je dois à la bienveillance de M. le professeur Charcot, d'avoir pu exécuter récemment, à la Salpêtrière, et qui me paraissent avoir, dès à présent, pour résultat non-seulement l'explication du fait, mais aussi une interprétation rationnelle de la métalloscopie.

Voici d'abord une expérience type : On s'est assuré à l'avance que, sur une malade anesthésique, l'application d'une pièce d'or ramène la sensibilité. J'applique la pièce d'or et je la recouvre d'une pièce d'argent; il n'y a aucun effet produit. On peut alors faire deux choses : enlever la pièce d'argent ou bien lui superposer une seconde pièce d'or. Dans les deux cas on voit revenir la sensibilité.

On ne peut absolument, dans cette expérience, invoquer l'action chimique de la peau sur le métal, car cette action n'a pas pu être modifiée par l'adjonction, à la surface libre de la pièce en contact avec la peau, d'une ou de plusieurs autres pièces. La théorie de Volta, sur l'électricité de contact, rend au contraire très-bien compte de ce qui se passe ici.

L'expérience fondamentale de Volta est connue : un disque de zinc et un disque de cuivre sont appliqués l'un sur l'autre; on les sépare et l'on constate, au moyen de l'électroscope, qu'ils se sont chargés d'électricité différente et cela par le seul fait de leur contact, sans l'intervention d'aucune force chimique. Si, au lieu de deux métaux, on en juxtapose plusieurs, la distribution de l'électricité entre eux est déterminée par la *loi des tensions*. D'après cette loi, la différence d'électricité des deux métaux qui forment les extrémités de la colonne est la même que s'ils étaient directement en contact; elle est nulle si ces deux extrémités sont du même métal. C'est de cette théorie qu'est sortie la pile.

Il est facile d'appliquer ces simples données à l'expérience citée : la pièce et la peau mis en contact se comportent comme les deux disques de Volta. Si, sur la pièce d'or, je pose une pièce d'argent, c'est, en vertu de la loi des tensions, comme si les deux extrêmes de la colonne, c'est-à-dire, l'argent et la peau étaient en contact direct; et, comme chez cette malade, l'argent n'agit pas sur la sensibilité, l'effet est nul. Si enfin, sur les deux pièces, j'ajoute une deuxième pièce d'or, c'est de nouveau comme si la peau était en contact avec elle et la sensibilité reparaît. L'espace me manque pour une discussion plus détaillée de cet exemple; je passe à un autre ordre de faits.

J'ai constaté que des lames de platine qui ont été traversées, pendant quelques minutes par un courant très-faible, deviennent semblables aux métaux actifs au point de vue de l'action sur la sensibilité. Elles se chargent, par la polarisation, d'une certaine quantité d'électricité, et la conservent assez longtemps pour produire des effets physiologiques après vingt-quatre heures. J'ai préparé ainsi des plaques, en les soumettant au courant d'un élément Trouvé, atténué par l'interposition d'une grande résistance. L'application d'*une* de ces plaques a donné constamment les effets de l'or ou du cuivre. Ces effets consistaient dans la production de l'*anesthésie de retour*. Je regrette de ne pouvoir décrire en détail le phénomène. L'action de ces lames de platine polarisées était différente, suivant qu'elles étaient positives ou négatives. On voudra bien remarquer que je n'appliquais qu'une plaque, chargée d'une seule espèce d'électricité, ce qui exclut toute supposition de courant.

J'ai simplifié le procédé de la manière suivante : on sait que les deux pôles d'une pile au repos, c'est-à-dire dont les extrémités ne sont pas réunies par un arc conducteur, ont des tensions électriques égales et de signe contraire. C'est cette différence de tension des pôles qui fait, qu'en les réunissant, on obtient un courant exactement de même qu'en réunissant, par un tube, deux vases dont le niveau est différent on détermine l'écoulement du liquide. Lorsque l'on fixe une lame métallique à l'un des pôles de la pile, l'autre pôle restant isolé, cette lame devient un simple prolongement du pôle et se trouve chargée de la même électricité. Elle a ce qu'on appelle une charge statique. Avec une seule lame, ainsi reliée à la pile, j'ai obtenu les mêmes effets qu'avec les métaux et les plaques polarisées. Il n'est pas nécessaire que la lame soit de platine.

Cette électrisation avec un seul électrode, outre qu'elle est nouvelle, car c'est, je crois, la première fois qu'on obtient des effets physiologiques avec un seul pôle, me paraît mériter qu'on l'étudie pour un autre motif : elle pourrait être un moyen d'administrer l'électricité statique dans des conditions de constance que ne peuvent donner les machines connues.

Il reste un point à éclaircir. Dans tout ce qui précède, on voit que l'action des métaux est ramenée à un fait d'électricité statique, et que c'est l'électricité statique encore qui fournit les moyens d'imiter cette action. Cependant on sait que les courants galvaniques produisent, avec la même efficacité que les métaux, les phénomènes de sensibilité qui nous occupent. Or nous savons aussi que, à moins de précautions spéciales, tout courant détermine la polarisation des électrodes. D'un autre côté, nous venons de voir les propriétés des lames polarisées; il y a donc lieu de se demander si le courant agit à la fois comme courant et par la polarisation qu'il détermine (ce qui serait étonnant, car les deux phénomènes se font en sens inverse), ou bien par la polarisation seulement.

L'emploi des électrodes impolarisables de Jules Regnauld tranche la question. Avec ces électrodes on ne peut ramener la sensibilité dans une partie anesthésiée, tandis qu'on y parvient rapidement avec des électrodes ordinaires, en se servant de courants de force égale. Je n'insiste pas sur la signification de ce fait pour l'électrothérapie et j'arrive aux conclusions. Elles peuvent, je crois, être formulées ainsi :

L'action des métaux appliqués extérieurement est un fait d'électricité statique.

Les extrémités périphériques des organes de la sensibilité générale et spéciale doivent être dans un état électrique déterminé pour que ces fonctions s'exécutent.

Les métaux et autres moyens indiqués plus haut agissent par la sensibilité en déterminant, par leur contact avec la peau, une tension qui modifie cet état électrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Masse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un mémoire intitulé : *Influence de l'attitude des membres sur les articulations au point de vue clinique et thérapeutique.*

COMMUNICATIONS

Note sur un cas de polype naso-pharyngien. — M. HEURTAUX communique l'observation suivante : Une femme de vingt et un ans entre dans son service le 30 janvier 1877, pour une tumeur naso-pharyngienne. Elle est d'une bonne santé habituelle ainsi que sa famille. La malade est intelligente et rend bien compte du début des accidents. Il y a cinq ans qu'elle s'est aperçue d'un gonflement de l'apophyse montante du maxillaire, puis, peu à peu, de l'obstruction de la narine gauche et de la narine droite. Depuis trois ans l'œil gauche a commencé à faire saillie en avant, et la vue, de ce côté, s'est affaiblie. La voûte palatine s'est perforée. Pendant tout ce temps, la santé générale est restée intacte ; les accidents se sont développés presque sans douleur ; deux fois seulement, il y a trois ans et il y a quelques mois, la malade a souffert pendant quelques jours. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie. La face offre la déformation caractéristique. Depuis quelque temps, la vue de l'œil droit a faibli un peu. L'arcade zygomatique et les fosses zygomatique et temporale ne présentent rien à noter. En examinant l'intérieur des narines, on découvre, à trois centimètres de profondeur, dans la cavité nasale gauche, une masse rouge qui déprime la cloison. Les deux fosses nasales sont imperméables à l'inspiration et à l'expiration. La voûte palatine présente, depuis septembre 1876, une perforation de trois à quatre millimètres, à bords rosés, non ulcérés, et qui laisse suinter un peu de muco-pus. Les os de la voûte sont amincis. Les dents ne sont pas ébranlées ; l'antre d'Highmore n'est pas dilaté. La tumeur remplit la partie supérieure du pharynx et déprime le voile du palais. Elle est immobile, dure, et présente des adhérences étendues avec les parties voisines. L'exploration n'est pas douloureuse et ne cause aucun écoulement de sang. Les glandes lymphatiques du voisinage ne présentent rien de particulier.

Opération. — Une incision curviligne faite dans le sillon naso-génien gauche, permit de déjeter le nez à droite, puis deux fils furent placés, contournant la base d'implantation de la tumeur, et serrés avec l'écraseur. La tumeur se laissa facilement diviser, ce qui contrastait avec la dureté qu'on sentait au toucher, mais M. Heurtaux dut cependant la fragmenter en gros morceaux. En haut de la cavité nasale, la tumeur envahissait les os et l'emploi de la gouge fut nécessaire. En arrière elle adhérait intimement à la muqueuse pharyngienne. Son poids total était de 135 grammes. Après l'opération, le nez fut suturé avec des fils d'argent. Dans l'après-midi, la malade eut beaucoup d'angoisse, le pouls se déprima, mais le calme se rétablit après un vomissement de sang noir qui avait été avalé pendant l'opération. Il n'y eut pas d'accidents inflammatoires ; les fils d'argent furent retirés le dixième jour et la malade sortit guérie le 1er mars.

Examen de la tumeur. — La tumeur présentait les caractères typiques du chondrome pur, comme M. Heurtaux l'avait diagnostiqué à cause de l'absence d'hémorrhagie. Elle était très-peu vasculaire. M. Malherbe fils (de Nantes), en fit l'examen histologique. Dans la fosse nasale, elle était recouverte de la muqueuse épaissie, mais il n'y avait pas de cils vibratiles. A l'intérieur, elle était constituée par du cartilage hyalin, à grandes cellules irrégulières, à prolongements anastomosés ou ronds renfermant du sang extravasé.

Résultats de l'opération. — Au mois d'octobre suivant, la cicatrice n'offrait rien de difforme. La vue de l'œil droit se faisait comme à travers un brouillard ; celui-ci étant fermé, l'œil gauche permettait à la malade de se conduire. La fistule palatine a persisté.

Remarque. — Les chondromes du maxillaire supérieur sont rares. Dans une statistique comprenant 306 cas de tumeurs des os maxillaires, Waber n'en a trouvé que 8 ; sur 267 tumeurs cartilagineuses, il n'y en avait que 8 à la mâchoire supérieure, tandis qu'on en comptait 15 à la mâchoire inférieure. L'opération par la voie nasale est une opération conservatrice. Elle donne un espace suffisant pour le passage des tumeurs naso-pharyngiennes les plus volumineuses. Celle qui fait le sujet de cette communication était implantée sur la paroi interne du sinus maxillaire, et développée dans le périoste. Elle n'avait pas de coque osseuse. Il y a lieu d'espérer que la malade est bien guérie, puisqu'il n'y a pas encore eu de récidive depuis huit mois que l'opération est faite.

Du phlegmon sous-ombilical. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente l'analyse de l'important mémoire sur le *phlegmon sous-ombilical*, adressé par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant. Six observations sont jointes à ce travail, qui tend à démontrer qu'il existe une variété de phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure qui n'a pas encore été décrite. M. Heurtaux appelle sur ce point l'attention des cliniciens. Le phlegmon sous-ombilical se rencontre ordinairement au cours ou au déclin d'une autre maladie ; il siége sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et est limité par une ligne courbe à sommet inférieur. Ses dimensions sont constantes proportionnellement à la taille du sujet.

DISCUSSION

M. DESPRÈS fait observer que les cas dont parle M. Heurtaux ne sont pas très-rares, surtout dans les conditions où ils ont été observés. Ainsi, dans deux cas, le phlegmon a succédé à la rougeole ; dans un troisième à un accouchement récent, où il y avait peut-être un relâchement des symphyses. Aucune autopsie n'a permis de vérifier exactement le siége de ces phlegmons. M. Desprès a vu, dans le service de M. Bucquoy, un abcès froid développé au-dessus des pubis quinze jours après l'accouchement. Il avait le même siége que ceux décrits par M. Heurtaux.

M. HORTELOUP a observé, il y a huit ans, un cas de phlegmon sous-ombilical dans le service de M. Désormeaux qu'il remplaçait. Le malade était un homme âgé qui présentait des accidents de rétention d'urine et de matières fécales. La question du phlegmon sous-ombilical n'est pas encore très-connue.

M. VERNEUIL demande que la discussion de cet intéressant sujet soit renvoyée à une séance ultérieure, après que la Société aura pu prendre connaissance du mémoire qui sera imprimé.

Cette proposition est adoptée.

RAPPORT

Thermo-trachéotomie. — M. DE SAINT-GERMAIN donne lecture d'un rapport sur une observation déjà ancienne adressée par M. Krishaber. Le malade était un homme de cinquante-huit ans qui éprouvait depuis quatre ans une certaine gêne de la respiration. Depuis dix mois la dyspnée était devenue plus considérable, parfois même le malade avait de la suffocation. M. Isambert avait reconnu la présence d'un polype qu'il ne put extraire. Lorsque le malade vint consulter M. Krishaber, il présentait une végétation énorme qui remplissait presque la cavité laryngienne. La tumeur fut lardée avec le couteau galvano-caustique et fut extraite par lambeaux. Mais le cinquième jour, la dyspnée reparut, causée alors par de l'œdème, et, le douzième jour, l'état ne s'améliorant pas, la trachéotomie fut pratiquée. M. le rapporteur fait observer que cet homme étant excessivement maigre, on n'a pu observer sur lui cette fusion du tissu adipeux à laquelle il faut attribuer l'étendue des brûlures faites par le thermo-cautère. D'ailleurs, M. Krishaber n'a pas procédé, comme d'habitude, par section rapide et successive des couches de la région cervicale, mais par des ponctions de courte durée qui ne l'ont pas mis cependant à l'abri de l'hémorrhagie, car, deux jets de sang ont dû être arrêtés avec des pinces hémostatiques. Les suites de l'opération ont été des plus simples: le malade a guéri sans aucun accident consécutif. Mais M. de Saint-Germain ne pense pas que ce fait doive être compté absolument à l'actif de la thermo-trachéotomie.

COMMUNICATION

Tumeur fibreuse de la paume de la main; difficultés du diagnostic; guérison, par M. NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant.

Le diagnostic des tumeurs de la main présente souvent de grandes difficultés. C'est ce qui a engagé M. Notta a faire connaître le fait suivant : un homme de trente-huit ans, tanneur, portait depuis dix ans, à la base de l'éminence thénar, une petite tumeur qui, d'abord peu gênante, avait fini par empêcher l'usage de la main. Au commencement du mois dernier, M. Notta constata que la tumeur présentait sa plus grande saillie dans le premier espace intermétacarpien, et qu'elle se prolongeait dans la paume de la main en soulevant légèrement les tendons fléchisseurs. En imprimant à la tumeur des mouvements de latéralité, elle semblait adhérer aux deux métacarpiens. La peau était amincie, distendue, non adhérente. Il y avait une fluctuation manifeste. La douleur, à la pression, était à peu près nulle, mais elle était vive lorsqu'on heurtait la tumeur. Depuis quelque temps, il y avait même des élancements spontanés. La fluctuation très-évidente fit d'abord penser à un kyste, mais M. Notta hésitait, se souvenant que le père de ce malade était mort d'un cancer, d'abord localisé au bras qui fut amputé, puis récidivé et généralisé rapidement. Une ponction exploratrice donna issue à une cuillerée à bouche de sang rouge, et l'opération fut décidée. La tumeur put être disséquée et enlevée facilement, en écartant les tendons fléchisseurs derrière lesquels elle était placée, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la main. Les suites furent très-simples. Deux vaisseaux avaient été saisis dans des pinces hémostatiques qui tombèrent trois ou quatre jours après. La cicatrisation fut rapide. Aujourd'hui l'opéré se sert bien de sa main, mais l'indicateur est un peu fléchi. La tumeur paraît composée de tissus fibreux.

DISCUSSION

M. DESPRÈS demande que l'examen histologique de la pièce soit fait. On ne peut, avant d'en connaître le résultat, discuter sur la nature. Cependant elle semble avoir du rapport avec les tumeurs érectiles des muscles, décrites par Campbell de Mordan.

M. VERNEUIL appuie la proposition de M. Desprès. Une erreur de diagnostic lui a fait une fois enlever une tumeur constituée par un anévrysme guéri. Il serait intéressant de savoir si le cas de M. Notta n'est pas analogue.

M. NOTTA a suivi ce malade depuis dix ans, dès l'apparition de sa tumeur, et n'a jamais constaté de battements.

M. TILLAUX a vu Ad. Richard opérer une tumeur de l'avant-bras qu'il considérait comme fibreuse et qui n'était autre qu'un anévrysme ancien. Cette tumeur ne ressemblait pas à celle-ci.

L'examen histologique de la tumeur est confié à une commission composée de MM. Tillaux, Desprès et Houël, rapporteur.

COMMUNICATIONS

Myxome chondromateux du fémur. — M. LE DENTU a présenté, il y a quelque temps, à la Société, une tumeur du fémur pour laquelle il avait fait la désarticulation de la hanche. L'examen histologique en a été fait au laboratoire du Collége de France, par M. Chambard, aide de M. Ranvier. De cet examen il résulte que la tumeur présentée était bien un myxome chondromateux, avec commencement d'ossification. Les deux sortes d'éléments qui prédominent sont les éléments myxomateux, très-abondants, les éléments chondromateux qui le sont un peu moins, et enfin quelques éléments de calcification. Il n'y avait aucune trace de chondrome ostéoïde, ce qui est important pour le pronostic de ces tumeurs, la présence de ce dernier élément ne laissant jamais d'espoir de guérison.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. M. BACCHI présente, de la part de M. le docteur H. Bottini (de Novare): 1° Un hystérotome vaginal thermo-galvanique ; 2° Un appareil pour la diérèse thermo-galvanique de la prostate.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de zoologie

de C. CLAUS, traduction de G. MOQUIN-TANDON (1).

Nous rendions compte, — il y a quelques mois, — des quatre premiers fascicules du *Traité de zoologie* de C. Claus, aujourd'hui nous avons devant nous les trois fascicules qui complètent cet important ouvrage.

Le cinquième fascicule nous offre la continuation du cinquième type, les Arthropodes, et plus particulièrement l'histoire des Hyménoptères. Cet ordre est caractérisé de la manière suivante : insectes à pièces buccales disposées pour broyer et lécher, à prothorax soudé, munis de quatre ailes membraneuses présentant peu de nervures, à métamorphose complète.

Le sixième type renferme, sous le nom de *mollusques,* des animaux symétriques, inarticulés, à téguments mous, dépourvus de squelette locomoteur, présentant un pied ventral, en général recouvert par une coquille calcaire univalve ou bivalve, sécrétée par un repli cutané (manteau) dorsal (postérieur) et des ganglions cérébraux, pédieux et viscéraux. — La première classe (Lamellibranches) comprend les mollusques pourvus d'un manteau très-développé, divisé en deux lobes latéraux, d'une coquille composée de deux valves, droite et gauche, généralement réunies par un ligament dorsal, de lamelles branchiales séparées, d'ordinaire dioïques. — La deuxième classe (Scaphopodes) comprend les mollusques dioïques, dépourvus de tête, d'yeux et de cœur, à pied trilobé et à coquille calcaire, tubuleuse, ouverte aux deux extrémités. — Dans la troisième classe (Gastéropodes) on trouve les mollusques à tête plus ou moins distincte, à pied ventral musculeux et à manteau non divisé, qui sécrète une coquille simple clypéiforme ou contournée en spirale. — A la quatrième classe (Céphalopodes) appartiennent les mollusques dioïques, à tête distincte, pourvus de deux grands yeux présentant une structure très-élevée, d'une couronne de bras autour de la bouche et d'un pied formant entonnoir. Enfin

(1) Gr. in-8° de 1120 pages. Prix 20 francs. — Paris, 1877, F. Savy.

aux mollusques, C. Claus ajoute en appendice les *Brachiopodes :* bivalves sessiles munis d'un lobe palléal antérieur et d'un lobe postérieur portant chacun une valve, de voiles buccaux enroulés en spirale (bras), dépourvus de ligament articulaire, de pieds et de lamelles branchiales.

Le septième type est celui des *Tuniciers* qui comprend des animaux à symétrie latérale, en forme de sac ou de tonneau, pourvus d'une large cavité palléale présentant deux orifices, d'un ganglion nerveux simple, d'un cœur et de branchies.

Le huitième type est celui des vertébrés : animaux à symétrie bilatérale, pourvus d'un squelette interne cartilagineux ou osseux, et alors articulé (colonne vertébrale) présentant des appendices dorsaux (arcs vertébraux supérieurs), qui limitent une cavité pour la moelle épinière et l'encéphale et ses appendices ventraux (côtes), qui constituent une cavité pour les organes végétatifs et tout au plus deux paires de membres. — La première classe (poissons) renferme les animaux à sang froid, en général écailleux, vivant dans l'eau, munis de nageoires impaires, de nageoires pectorales et abdominales paires, d'un cœur simple formé d'un ventricule et d'une oreillette, à respiration exclusivement branchiale et ne présentant pas de vessie urinaire antérieure. — La deuxième classe (amphibies, reptiles nus, batraciens) comprend les animaux à sang froid, à peau généralement nue, à respiration pulmonaire et respiration branchiale transitoire ou persistante, à circulation double, incomplète, présentant deux condyles occipitaux. Des métamorphoses. Embryons dépourvus d'amnios et d'allantoïde. — La troisième classe (reptiles) est constituée par les vertébrés à sang froid, écailleux ou cuirassés, à respiration exclusivement pulmonaire, munis de deux ventricules incomplètement séparés, d'un condyle occipital, d'un amnios et d'une allantoïde. — La quatrième classe (oiseaux) renferme les vertébrés à sang chaud, ovipares, couverts de plumes, à ventricules entièrement séparés, munis d'une crosse aortique droite, d'un seul condyle occipital et de membres antérieurs transformés en ailes. — La cinquième classe (mammifères) comprend les vertébrés à sang chaud, pilifères, vivipares et munis de mamelles.

Enfin l'homme, — mammifère doué de raison et du langage articulé, à station verticale, présentant des mains et des pieds à plante large et orteils courts — est étudié dans un chapitre à part, non pas que l'homme constitue un règne spécial aux yeux de l'auteur, mais parce qu'on n'est pas d'accord sur la place qu'il convient de lui assigner.

Si le lecteur veut maintenant se rendre compte de la classification acceptée par Claus, il lui suffira de parcourir le tableau suivant dans lequel nous nous servirons des abréviations suivantes :

Cl.: Classe. — S.-Cl.: Sous-Classe. — O.: Ordre.

I. Type. Protozoaires. (Schizomycètes, Myxomycètes, Flagellates, Catallactes, Labyrinthulées, Grégarines).

1. Cl. Rhizopodes. — O. — 1. Foraminifères, — Radiolaires.

2. Cl. Infusoires. — O. 1. Suceurs; 2. Holotriches; 3. Hétérotriches; 4. Hypotriches; 5. Péritriches.

II. Type. Coelentérés. — 1. Cl. Porifères. — O. 1. Éponges fibreuses; 2. Éponges calcaires. — 2 Cl. Anthozoaires. — O. 1. Alcyonaires; 2. Zoanthaires. — 3 Cl. Hydroméduses. — O. 1. Hydroïdes; 2. Siphonophores; 3. Acalèphes. — 4. Cl. Cténophores. O. 1. Eurystomes; 2. Globulaires; 3. Rubanés; 4. Lobaires.

III. Type. Échinodermes. — 1. Cl. Crinoïdes. — O. 1 Brachiaires; 2. Blastoïdes; 3. Cystides. — 2. Cl. Stellérides. — O. 1. Astérides; 2. Ophiurides. — 3. Cl. Échinides. — O. 1. Réguliers; 2. Clypéastroïdes; 3. Spatangoïdes. — 4 Cl. Holothurides. — O. 1. Pédiculés; 2. Apodes.

IV. Type. Vers. 1 Cl. Plathelminthes. — O. 1. Cestodes; 2. Trématodes; 3, Turbellariés. — 2 Cl. Némathelminthes. — O. 1 Acanthocéphales. — 2. Nématodes, Chétognathes. — 3 Cl. Bryozoaires. — O. 1. Lophopodes; 2. Stelmatopodes. — 4 Cl. Rotateurs. — O. Échinoderes. — 5 Cl. Géphyriens. — O. 1. Géphyriens inermes, tubicoles; 2. Géphyriens armés. — 6 Cl. Annélides; S.-Cl. 1 Hirudinées; 2. Chétopodes. — O. 1. Oligochètes; 2. Polychètes. — 7 Cl. Onychophores; Entéropneustes.

V. Type. Arthropodes. — 1 Cl. Crustacés. — O. 1. Cirripèdes; 2. Copépodes; 3. Ostracodes; 4. Phyllopodes; 5. Arthrostracés; 6. Thoracostracés. — 2 Cl. Arachnides. — O. 1. Linguatulides; 2. Acariens, Pantopodes; 3. Tardigrades; 4. Phalangides; 5. Aranéides; 6. Pépipalpes; 7. Scorpionides, Pseudoscorpionides; 8. Solifuges. — 3 Cl. Myriapodes. — O. 1. Chilognates; 2. Chilopodes. — 4 Cl. Hexapodes. — O. 1. Orthoptères; 2. Névroptères, Strepsipères; 3. Rhynchotes; 4. Diptères; 5, Lépidoptères; 6. Coléoptères; 7. Hyménoptères.

VI. Type. Mollusques. — 1. Cl. Lamellibranches (Asiphoniens, Siphoniens). — 2 Cl. Scaphopodes. — O. Solénoconques. — 3 Cl. Gastéropodes. — 1. S.-Cl. Ptéropodes. — O. 1. Thécosomes; 2. Gymnosomes. — 2. S.-Cl. Platypodes. O. 1. Opisthobranches; 2. Prosobranches; 3 Pulmonés. — 3. S.-Cl. Hétéropodes. — 4 Cl. Céphalopodes. — O. 1. Tétrabranchiaux; 2. Dibranchiaux, Brachiopodes.

VII. Type. Tuniciers. — 1 Cl. Ascidiacés. — O. 1. Appendiculaires; 2. Ascidies composées; 3 Ascidies simples et agrégées; 4. Ascidies salpiformes. 2. Cl. Thaliacés.

VIII. Type. Vertébrés. — 1 Cl. Poissons. — S.-Cl. 1. Leptocardiens; 2. Cyclostomes; 3. Euichthyes. — O. 1. Chondroptérygiens; 2. Ganoïdes; 3 Téléostéens; 4. Dipnoïques. — 2 Cl. Amphibies. — O. 1. Apodes; 2. Urodèles; 3. Batraciens. — 3 Cl. Reptiles. — S.-Cl. 1. Plagiotrèmes. — O. 1. Ophidiens; 2. Sauriens. — S.-Cl. 2. Hydrosauriens. — O. 1. Énaliosauriens; 2. Crocodiliens. — S.-Cl. 3. Chéloniens. — 4 Cl. Oiseaux. — O. 1. Palmipèdes; 2. Échassiers; 3. Gallinacés: 4. Pigeons; 5. Grimpeurs; 6. Passereaux; 7. Rapaces; 8. Coureurs. — 5 Cl. Mammifères. — O. 1. Monotrèmes; 2. Marsupiaux; 3. Édentés; 4. Cétacés; 5. Périssodactyles; 6. Artiodactyles; 7. Proboscidiens; 8. Rongeurs; 9. Insectivores; 10. Pinnipèdes; 11. Carnivores; 12. Chiroptères; 13. Prosimiens; 14. Primates.

Homme.

Telle est la série adoptée par Claus.

L'ouvrage se termine par un appendice qui comprend : 1° Une note sur l'individualité humaine; 2° les principaux systèmes de classification qui ont été proposés depuis Aristote jusqu'à nos jours. (Aristote, Linné, Cuvier, Lamarck, de Blainville, Oken, Ehrenberg, Owen, Milne-Edwards, de Siebold et Stannius, R. Leuckart, C. Vogt, Van Beneden, Agassiz, A. Moquin-Tandon, Van der Hoeven, C. Gegenbaur, C. Semper, T. Huxley, A. Giard); 3° bactéries et fermentations.

Nous voici donc en possession d'une œuvre considérable et tout à fait au niveau des connaissances actuelles. Chose singulière, la patrie des Lamarck, des Cuvier et des Geoffroy Saint Hilaire ne possédait pas de traité de zoologie où les découvertes les plus récentes fussent réunies. Les élèves et les amis de la zoologie seront donc reconnaissants à M. Moquin-Tandon, de l'excellente traduction qu'il vient de nous donner.

Nous adresserons aussi nos félicitations à l'éditeur, M. F. Savy, qui, depuis quelques années, poursuit avec persévérance la tache qu'il s'est imposée, de faire jouir les savants français des grandes productions scientifiques de l'étranger. Le *Traité de zoologie* de Claus a sa place marquée auprès de l'excellent *Traité de botanique* de Sachs, que la savante traduction de M. Van Tieghem (de l'Institut) nous a fait connaître. M. F. Savy nous promet de compléter sa trilogie, par la traduction du *Traité de géologie* de Credner. Nous présenterons cet ouvrage à nos lecteurs, quand le moment sera venu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants sont informés que le registre des inscriptions ne sera clos que le 22 de ce mois.

— Le cours de M. le professeur Chauffard aura lieu dans le petit amphithéâtre. Les élèves de quatrième année y seront seuls admis sur la présentation de leur carte d'étudiant.

— *Cours d'histologie.* — M. Cadiat, agrégé suppléant M. le professeur Robin, commencera son cours le samedi 17 novembre, à cinq heures (petit amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *École pratique des hautes études.* — Les laboratoires de zoologie expérimentale, sous la direction de M. de Lacaze-Duthiers s'ouvriront le samedi 17 novembre. Ils auront lieu tous les jours de onze heures à quatre heures pendant le semestre d'hiver ; ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Les laboratoires de recherches à la station maritime de Roscoff (Finistère), seront ouverts pour les élèves inscrits pendant toute la belle saison. Les personnes qui voudront prendre part à ces travaux devront s'inscrire de midi à quatre heures, au secrétariat de la Faculté des sciences.

— *Laboratoire de zoologie anatomique.* — Les travaux commenceront sous la direction de MM. Milne Edwards, le samedi 17 novembre et auront lieu tous les jours de onze heures à quatre heures, pendant le semestre d'hiver. Ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Les laboratoires de recherches resteront ouverts pendant la durée de l'année scolaire. Les étudiants qui voudraient prendre part à ces travaux, devront s'inscrire de midi à quatre heures au laboratoire de la rue de Buffon, 55.

— *Laboratoire de chimie biologique.* — Les travaux pratiques commenceront sous la direction de M. Armand Gauthier, le lundi 19 novembre 1877, à midi, et seront continués tous les jours (de midi à cinq heures.

MM. les étudiants qui désirent prendre part aux travaux et recherches du laboratoire sont priés de s'adresser à M. le directeur, tous les jours, de une heure à quatre heures.

— Le docteur Verrier, préparateur à la Faculté, commencera un cours public sur les maladies inflammatoires de l'utérus et leurs complications, le lundi 19 novembre à huit heures du soir à l'amphithéâtre n° 2.

Ce cours aura lieu tous les lundis et vendredis à la même heure, sauf le premier vendredi de chaque mois.

— La commune d'Andeville (1270 habitants), canton de Méru (Oise), demande un médecin. Logement gratuit pendant quatre ans. S'adresser au maire.

Application de l'électricité au traitement du varicocèle par le docteur Percepied. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 134. — MARDI 20 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1877. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La peur des espaces (agoraphobie, des allemands) (1).

Névrose émotive.

V

L'abus du café — qu'on me permette ici une digression — est un peu devenu la passion du jour. La femme de l'ouvrier, à Paris, est notamment portée à prendre avec excès de ce breuvage stimulant. J'ai occasion de voir chaque jour, au Dépôt de la préfecture, des femmes exaltées au premier chef, qui ne délirent point à proprement parler, mais qui sont loquaces, irascibles, insolentes et menaçantes. Elles ont une activité pathologique, sont susceptibles, acariâtres, importunes et mécontentes de tout; elles ont le ton élevé et criard, l'œil brillant et énergique, le teint coloré et chaud, l'attitude générale décidée et arrogante, la langue assez nette et le sommeil court. Il n'y a là ni la mise en scène de l'irritabilité hystérique ni celle de la turbulence alcoolique. Il y a simplement l'excitation produite par le café pris en excès.

Jusqu'au jour de notre deuil national, jusqu'à l'heure de l'invasion du territoire français par le soldat prussien, la femme, à Paris, était restée sobre. Elle n'avait point eu besoin encore de tromper son estomac et de recourir, pour le satisfaire, aux succédanés de l'aliment. Très-modérée dans ses appétits gastriques, elle avait vécu avec insouciance et réserve au milieu des mets abondants de la ville ouverte. Mais la ville se ferma, les provisions s'épuisèrent et l'on en vint aux expédients. Le vin, l'eau-de-vie et le café figurèrent en tête des préparations destinées à masquer la faim. La population s'alcoolisa largement. Plus l'alimentation devint difficile, plus le rationnement fut exigu, plus le pain noir manqua, et plus on s'ingénia, de bonne grâce, à perdre l'habitude de dîner. On abusa des stimulants liquides : la nécessité faisait loi.

Les portes se rouvrirent... presque à regret pour nous, puisque notre énergique résistance n'avait point abouti, et puisque la France se trouvait amputée de deux chères provinces, et beaucoup d'anciens assiégés ne se déshabituèrent ni du vin, ni de l'eau-de-vie, ni du café. Depuis 1871, l'alcoolisme notamment a quintuplé chez la femme! Un jour ou l'autre, je le démontrerai. Mais je tiens seulement à dire aujourd'hui, que le café noir, en excès, n'est presque plus sorti de l'hygiène alimentaire de la femme, et que, même dans les rangs les plus humbles et les plus pauvres de la population parisienne, on préfère maintenant une tasse de café à 1 kilogramme de pain. Avec ses tendances instinctives à l'exagération, avec l'élévation toujours croissante du prix des denrées et avec la stagnation inquiète des affaires commerciales, la femme qui ne trafique pas de ses charmes, a la vie difficile et est tenue à travailler considérablement. Afin de pouvoir consacrer quatorze heures sur vingt-quatre à sa machine à coudre, afin d'entretenir ses forces générales et de stimuler son courage, elle fait revivre, pour ses besoins personnels, les expédients en honneur pendant le siége et elle fait abus de café. L'exaltation intellectuelle finit par se produire, et voilà comment j'ai été conduit, par voie de comparaison, à établir que, dans un assez grand nombre de cas, l'état mental de la femme, à Paris, n'est plus semblable en ce moment à ce qu'il était avant notre désastreuse campagne de 1870.

Ainsi que le démontre l'exemple de ce jeune homme de vingt ans, que je rapportais tout à l'heure, l'usage immodéré du café, joint à d'autres causes stimulantes ou déprimantes, doit être noté désormais comme circonstance étiologique possible de la peur des espaces.

Ainsi qu'on l'a vu déja, je crois, dans l'espèce, à l'influence de l'hérédité. La plupart de nos malades étaient des prédisposés aux névroses, mais l'observation-type, sous ce rapport, est celle qui figure dans le mémoire de M. Perroud, et que voici :

Obs. IX. — Mme D..., âgée de trente ans, est d'une forte complexion et compte quatre ou cinq aliénés dans ses ancêtres maternels. Elle a un frère paraplégique, et un autre frère hémiplégique, mort avec des accès éclamptiques; elle-même a été sujette, dans sa jeunesse, à de fréquentes céphalalgies, et, depuis vingt mois, à la suite d'un accouchement très-laborieux, elle éprouva des accidents nerveux variés et mobiles.

Les céphalalgies ont disparu, mais sont survenues des idées tristes et noires, une crainte continuelle de devenir aliénée comme ses parents, un peu de perte de la mémoire, une douleur plus ou moins vive, mais persistante, le long du rachis, au niveau des premières dorsales, une certaine facilité à se lasser sous l'influence de

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 novembre.

la marche, et de plus une sensation de vide dans la tête, quand elle se trouve seule au milieu d'une place ou d'une rue. Il semble alors à la malade qu'elle est perdue dans le vide; elle se sent mal assurée sur ses jambes et il lui paraît qu'elle est constamment sur le point de tomber soit en avant, soit en arrière. Cette sensation pénible a fini par lui inspirer une certaine peur des espaces étendus; elle ne peut bientôt plus traverser une rue et surtout une place sans appréhension, et elle est arrivée ainsi à éprouver une véritable angoise quand elle est obligée de s'aventurer de la sorte. Quand elle est accompagnée, elle se sent moins isolée, et ces peurs bizarres ne se produisent pas ou disparaissent en même temps que disparaît la sensation du vide qui l'entoure.

Cette agoraphobie a bien diminué maintenant, mais la malade est toujours très-névropathique. Elle ne présente, du reste, les signes d'aucune lésion organique apparente.

S'il est difficile, dans quelques cas, d'assigner une cause très-nette à la peur des espaces, envisagée comme névrose idiopathique, il n'en est plus de même pour la recherche de l'étiologie de l'agoraphobie deutéropathique. Le mode de formation de cet état secondaire a été exposé, par M. Perroud, dans les termes suivants :

« Un malade est sujet à des vertiges ou à des défaillances dans les membres inférieurs; il hésite alors à s'aventurer loin des objets qui pourraient lui servir de point d'appui; en cas d'accident, dans les rues, il se tient à la portée des maisons, c'est avec une certaine appréhension qu'il traverse la chaussée, et son appréhension est plus grande encore quand c'est une place qu'il lui faut franchir; peu à peu l'état névropathique aidant, cette appréhension devient maladive et c'est bientôt de la terreur et une véritable angoisse que le sujet éprouve quand il se sent seul et isolé, au milieu d'un espace étendu; c'est une sorte de terreur du vide qu'il ressent, il est comme cloué en place, et ne peut plus avancer ni reculer, persuadé qu'il ne pourrait le faire sans danger. » L'agoraphobe est ainsi créé.

Lorsque la peur des espaces est primitive, elle s'observe, la plupart du temps, chez des hommes, et chez des hommes intelligents, lettrés, exerçant des professions libérales, dont l'âge varie le plus souvent entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Sur vingt-neuf cas observés par Cordes (vingt-huit hommes et une femme), deux malades étaient atteints de la maladie de Basedow. Les cas de Westphal et de Brown-Sequard se rapportent à des hommes, ceux de M. Perroud à des hommes et à des femmes en égale proportion. Mes observations personnelles concernent des hommes quatre fois sur cinq. La peur des espaces secondaire est, au contraire, beaucoup plus fréquente chez la femme et se retrouve confondue au milieu d'une foule de manifestations névropathiques. Le sexe du malade, sauf de rares exceptions, révèle donc d'avance, en quelque sorte, l'espèce de la névrose. L'homme est, en général, agoraphobe primitif et la femme agoraphobe secondaire.

D'après tout ce qui précède, le diagnostic de la peur des espaces ne semble pas, au premier abord, très-difficile à établir. Il importe cependant de différencier très-nettement cet état du vertige simple, du vertige épileptique, du vertige goutteux, du vertige stomacal, de l'hypochondrie, du délire émotif et de la névropathie cérébro-cardiaque.

A. — Le vertige, ainsi que l'indique son origine étymologique (*vertere*), consiste dans un tournoiement illusoire, pénible, subit, qui semble entraîner l'individu lui-même et les objets extérieurs, et qui détermine une titubation chancelante, presque voisine de la chute. Dans le *vertigo simplex*, il y a tournoiement apparent des objets, sans obscurcissement de la vue. Dans le *vertigo tenebricosa*, il y a tournoiement des objets et obscurcissement tel de la vue que l'équilibre ne peut pas toujours être conservé. Rendant compte de ses impressions, le vertigineux manque rarement de dire : « Tout tourne. »

Dans la peur des espaces, il n'existe ni tournoiement, ni obscurcissement de la vue. Aussi, l'agoraphobe a-t-il bien soin de faire remarquer que « rien ne tourne. »

On est vertigineux dans un salon, à table, en voiture ou dans son lit, mais on n'éprouve la peur des espaces que dans les conditions très-spéciales que j'ai indiquées.

B. — Le malade affecté de vertiges épileptiques jouit de toutes les apparences de la santé, s'occupe de son travail ou cause tranquillement, quand tout à coup il pâlit un peu, s'arrête, paraît surpris, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes, lâche l'objet qu'il tient à la main ou le lance convulsivement loin de lui, et reste ainsi immobile pendant quatre, huit, dix ou douze secondes au plus. Il pousse un soupir, achève ce qu'il disait, et ne se doute pas souvent qu'il vient d'être malade. Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti; il a été isolé du monde extérieur, il a été absent. Dans quelques cas graves, à la suite d'un vertige de ce genre, le malade peut rester pendant un certain temps troublé, ahuri, demi-hébété, inconscient; il peut balbutier quelques mots incohérents ou orduriers, découvrir ses organes génitaux et accomplir automatiquement des actes étranges ou violents, il reprend possession de lui-même et ne se souvient de rien.

L'individu qui traverse les angoises de la peur des espaces, est loin de perdre connaissance; il n'apprécie que trop sa propre terreur, et il en conserve un souvenir tellement pénible que la réminescence évoquée de l'émotion peut rappeler l'émotion elle-même et tous les phénomènes qui l'accompagnent.

Le vertige épileptique révèle une situation pathologique sérieuse du cerveau et détermine une suspension passagère de la vie intellectuelle. La peur des espaces, c'est le trouble émotif parvenu à son summum; c'est la terreur hyperesthésiée; c'est la raison qui, au milieu de ses opérations, surprend une erreur et se laisse intimider, mais n'abdique point.

C. — Un homme de quarante-cinq à soixante ans, grand, fort, coloré, peut-être un peu obèse, ayant de temps à autre de la gravelle ou de l'asthme, comptant des goutteux parmi ses ascendants, est ébloui, a des troubles visuels, voit parfois tout tourner et manque de tomber. Il se préoccupe, s'inquiète, redoute « une attaque » ou « un coup de sang », et réclame un conseil médical. En pareille occurence, il importe de bien préciser les commémoratifs et d'interroger les articulations. Le gros orteil n'a-t-il pas déjà été visité par la goutte et ne s'est-il pas montré chaud, luisant et douloureux, à une ou plusieurs reprises? Ou bien n'existe-t-il pas une déformation des articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index? Ne constate-t-on pas une bride saillante sur le trajet des tendons fléchisseurs du médius et de l'annulaire? L'extension complète des doigts n'est-elle pas devenue presque impossible et la main ne tend-elle pas à prendre la forme d'une griffe?

L'inspection minutieuse de la main a ici une importance et, à ce propos, je tiens à faire remarquer que le cordon saillant et dur de la face palmaire de la main n'est pas constitué par les tendons fléchisseurs eux-mêmes, mais qu'il est le fait de l'épaississement d'un certain nombre de fibres de

l'aponévrose palmaire, sous laquelle jouent librement les tendons. Ce cordon n'est, d'ailleurs, nullement douloureux.

Dans quelques cas, le vertige goutteux peut devancer l'attaque de goutte elle-même. J'en ai observé un exemple probant, ainsi qu'on va le voir.

J'ai rencontré, en 1865, aux eaux de Contrexéville, un capitaine de frégate, âgé de quarante-huit ans, que des prétendues menaces graves d'apoplexie rendaient inquiet et morose, et qui s'était imposé un régime diététique plus que rigoureux. Il avait eu, pendant ses voyages, trois coliques néphrétiques, à huit ou dix mois de distance l'une de l'autre, puis il avait été quelque temps sans rien ressentir et était ensuite devenu sujet à des vertiges, précisément au moment où un service sédentaire le rappelait au port de Toulon. Cet officier supérieur voyait tout à coup les objets vaciller, tourner autour de lui, et il lui semblait, s'il se trouvait dans la rue, que sa vue s'obscurcissait, que les maisons se rapprochaient et se reculaient, que les passants marchaient en zigzag, que les voitures s'enchevrêtaient les unes dans les autres, qu'il n'était plus solide, qu'il allait tomber, etc. Parfois en lisant, les caractères d'imprimerie semblaient se disjoindre et danser sous ses yeux. Il n'éprouvait point d'état nauséeux et n'avait jamais été dyspeptique. Son intelligence était remarquable, sa parole très-nette et sa mémoire excellente. Toutes ses articulations étaient indemnes. Et cependant, ce malade était très-manifestement atteint de vertige goutteux. Je réduisis à néant toutes ses appréhensions relatives à des accidents cérébraux imminents, et je lui prescrivis, entre autres choses, une hygiène alimentaire normale. J'ai appris depuis que ce malade, qui n'a quitté la marine que depuis deux ou trois ans, avait eu de nouvelles coliques néphrétiques et qu'à partir d'un premier accès de goutte classique, il n'avait plus eu de vertiges.

Dans la peur des espaces, l'âge du malade n'est plus le même que dans la goutte et il n'y a point de tournoiement. Le goutteux n'a des vertiges que par paroxysmes, et il en a alors un assez grand nombre, dans toutes les circonstances de sa vie, à toute heure, tandis que l'agoraphobe peut se soustraire à ses angoisses en évitant les rues larges et les places, en ne s'engageant que dans des rues étroites ou en ne sortant pas lorsque les boutiques sont fermées.

D. — Sous le nom de *vertige a stomacho læso,* Bretonneau et Trousseau ont décrit un état très-particulier que les anciens avaient appelé *vertigo per consensum ventriculi*, et que l'on appelle simplement aujourd'hui « vertige stomacal », ou « vertige dyspeptique. » Lorsqu'un individu est en proie à ce malaise, il a comme un sentiment de vague dans la tête ou bien il lui semble que ses tempes sont violemment étreintes par un cercle de fer; il est étourdi, a des brouillards devant les yeux ou croit apercevoir des objets de nuances différentes qui se confondent de la manière la plus indistincte. Parfois, il déclare avoir devant les yeux une sorte de grande roue noire qui se meut avec une excessive rapidité. S'il est debout, tout tourne autour de lui. Il est obligé, à ce moment, de fermer les yeux et de garder la plus complète immobilité. S'il est couché, son lit paraît tourner ou il se voit entraîné lui-même dans un mouvement de rotation. En même temps, il éprouve d'ordinaire un état nauséeux, voisin du mal de mer.

La circonstance la plus imprévue peut provoquer le retour de cet état. Que le dyspeptique passe devant une file de barreaux, devant un mur treillagé, ou qu'il entre dans un appartement à tenture rayée, et il pourra se faire que ces barreaux, ce treillage ou ces raies de la tenture fusionnent entre eux, déterminent un brouillard et obscurcissent la vue. Que le malade lève la tête un peu brusquement, et le vertige stomacal pourra se produire; qu'il la baisse, au contraire, et il ne ressentira rien. Or, dans le vertige symptomatique d'un état cérébral congestif, personne n'ignore que le vertige peut se produire par le seul fait de l'abaissement de la tête. Ce caractère différentiel est bon à noter en passant.

Le dyspeptique vertigineux est exposé à des retours incessants de son malaise. Il ne se méprend pas sur les sensations étranges qu'il perçoit; il en a même parfaitement conscience, et il a une si grande frayeur de l'apoplexie qu'il ne se plaint point d'autre chose, se met de lui-même à la diète, demande à être saigné ou réclame une application de sangsues. Or, indépendamment de son vertige stomacal, il a des douleurs d'entrailles, de la pesanteur épigastrique, des crampes, des flatuosités, des éructations acides, des vomissements glaireux, des digestions laborieuses, de la constipation ou une diarrhée lientérique.

Dans la peur des espaces, il n'est point question de tout cela. Les papiers rayés, les treillages et les barreaux importent peu à l'agoraphobe qui, lui, a d'irréprochables digestions et n'est pris de terreur qu'en face du vide. Le sujet de l'observation VII avait, il est vrai, trois ou quatre garde-robes par jour, dont quelques-unes étaient parfois demi-diarrhéiques, mais cette disposition datait d'une époque très-éloignée, était devenue physiologique et coïncidait avec des apparences remarquables de bonne santé et même un certain embonpoint. Au surplus, sous l'influence d'un traitement persévérant et peut-être un peu de sa volonté, le malade n'exonère plus actuellement son intestin que deux fois dans les vingt-quatre heures.

En dernière analyse, les amers et les alcalins déterminent assez promptement la guérison du vertige stomacal, mais restent inefficaces dans la thérapeutique de la peur des espaces. Les deux affections sont donc loin d'être les mêmes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Desnos.

Endocardite blennorrhagique.

Il y a environ un mois, entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, un homme atteint d'une bronchite aiguë qui paraissait simple. Quelques jours plus tard, il se plaignit d'une douleur assez vive dans l'épaule, douleur que j'attribuai aux mêmes causes de refroidissement qui avaient provoqué sa bronchite, et auxquelles il avait été soumis dans l'exercice de son métier de maçon. Cette douleur commençait à s'amender; lorsqu'il en accusa une non moins vive au niveau de l'articulation sterno-claviculaire du même côté, du côté gauche. Il existait en effet, dans ce point, une douleur vive, spontanée ou provoquée par la pression, en même temps que de la rougeur du tégument externe et du gonflement. Nous nous trouvions évidemment en face d'une inflammation de l'articulation sterno-claviculaire. Sachant combien l'arthropathie sterno-claviculaire est rare en dehors d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu très-généralisé ou d'un traumatisme, à moins d'une manifestation du rhumatisme blennorrhagique; instruit par le souvenir d'une arthrite blennorrhagique sterno-claviculaire que j'avais précédemment observée, je songeai à la possibilité d'un écoulement uréthal. Cet écoulement existait en effet.

Pour moi le diagnostic n'était plus douteux. Il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique cantonné dans un petit nombre d'articulations, chez un individu exempt jusqu'alors d'antécédents

rhumatismaux; car les antécédents ont été interrogés avec soin.

Pendant l'existence de cette arthrite sterno-claviculaire qui présentait, d'ailleurs, une certaine résistance à un traitement approprié (embrocations narcotiques, vésicatoires volants), ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, le malade se plaignit tout-à-coup de dyspnée assez violente, de palpitations.

L'état de la bronchite, qui, à cet instant, présentait une amélioration momentanée, ne rendait pas compte de cette oppression.

Au contraire, les battements du cœur étaient devenus tumultueux, irréguliers, et on entendait à la pointe du cœur, un bruit morbide dont, en raison du tumulte du cœur, il était difficile de préciser la nature et la signification. Était-ce un bruit de galop péricardiaque ou un bruit de roulement? Cependant les battements du cœur étant devenus plus lents, il devint évident pour moi qu'il s'agissait d'un de ces bruits de roulement qu'on donne comme signe du rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Ce bruit a été constaté maintes fois, non-seulement par moi, mais par plusieurs personnes, et notamment par des concurrents au Bureau central, auxquels j'ai donné le malade à examiner.

Peu de temps après que nous avions reconnu l'existence de cette affection du cœur, le malade commença à s'affaiblir, il présentait une fièvre avec de grandes oscillations thermométriques et je songeai, en voyant sa prostration, à une endocardite ulcéreuse s'accompagnant des phénomènes typhoïdes qui lui sont propres et aujourd'hui bien connus.

Mais la marche ultérieure de la maladie ne tarda pas à me forcer d'abandonner ce diagnostic, et de reconnaître que mon malade présentait les symptômes d'une asystolie que mes efforts étaient impuissants à combattre. Effectivement, en même temps que le pouls radial s'accélérait, devenait très-faible, très-petit, les extrémités inférieures, les mains même, en dernier lieu, s'œdématiaient, sans qu'il y eût d'albuminurie; la bronchite double, momentanément améliorée, présentait une recrudescence et se transformait en une congestion œdémateuse qui se traduisait par de la dyspnée, par de très-nombreux râles sous-crépitants, qu'on percevait des deux côtés de la poitrine, en avant comme en arrière. L'asphyxie, lente d'abord, fit ensuite des progrès rapides et emporta le malade environ un mois après son entrée à l'hôpital. Voici ce que révéla l'autopsie : Les deux poumons rouges, ne revenant pas sur eux-mêmes après l'ouverture de la poitrine, laissaient suinter en tous leurs points, sous l'influence de la pression, un liquide d'un rouge pâle, extrêmement spumeux.

Le péricarde était sain. Mais la valvule mitrale, ainsi que vous pouvez le voir, présentait sur la partie moyenne, à quelques millimètres du bord libre de sa valve antérieure, une végétation du volume d'une lentille, qui pouvait entraver le jeu de la valvule et expliquer, par ses rugosités, le bruit de roulement perçu pendant la vie. Il existait, en outre, à l'orifice aortique des lésions que l'auscultation ne nous avait pas révélées, en raison peut-être des nombreux bruits pulmonaires qui avaient envahi la région précordiale et rendu impossible, pendant les derniers temps de la vie, l'auscultation du cœur.

Si, en effet, on regarde par la cavité ventriculaire, la face inférieure des valvules aortiques, on aperçoit une végétation grisâtre, très-adhérente à une des valvules, faisant corps avec elle, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par des tractions opérées à l'aide d'une pince.

En examinant ces mêmes valvules par leur face supérieure, on voit également faire saillie dans la cavité de l'aorte, une autre végétation, du même volume que la précédente, du même aspect grisâtre et non moins adhérente.

Les valvules aortiques étaient tout à fait insuffisantes; j'en ai fait l'expérience.

Comme je voulais présenter cette pièce anatomique dans son intégrité, l'examen histologique des végétations n'a pas été fait. Cependant en les pressant avec une pince et en exerçant de légères tractions, il est facile de voir, même à l'œil nu, qu'elles ne sont point entièrement constituées par des éléments hyperplasiques et que de la fibrine coagulée entre pour une certaine part dans leur composition.

En résumé, je crois qu'il s'agit ici d'une endocardite liée à une arthrite blennorrhagique. Je sais que ceux qui discutent encore l'existence du rhumatisme blennorrhagique, pourront faire sur la nature de cette endocardite, des objections de même ordre.

Je n'ai pas d'autre prétention que d'apporter des matériaux à l'histoire d'une maladie qui jusqu'à cette heure doit être considérée comme rare, mais dont l'existence me paraît réelle.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 6 novembre dernier, M. le professeur Vulpian, membre de l'Institut, a attiré l'attention de l'assemblée sur un travail fort intéressant au point de vue thérapeutique. Ce travail essentiellement pratique, inspiré par lui et dont les faits ont été recueillis dans son service d'hôpital, sera certainement accueilli avec faveur par tous les praticiens; il s'agit de l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, et notamment les sueurs nocturnes et matutinales des phthisiques. Quel médecin n'a été appelé à voir combien ce symptôme est pénible pour les tristes victimes de la tuberculose, en même temps qu'il hâte le dénouement fatal?

« On sait, dit M. Vulpian, l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'ici pour combattre les sueurs pathologiques, en particulier celles des phthisiques. Or, à l'aide du sulfate d'atropine donné en pilules d'un demi-milligramme, on parvient *sûrement* à prévenir les sueurs nocturnes de ces malades, et c'est sur une centaine de cas, a-t-il ajouté, que le sulfate d'atropine lui a constamment réussi. »

Les principales observations ont été recueillies par M. le docteur I. Royet, qui a pris ce point de thérapeutique pour sujet de sa thèse inaugurale (1). C'est dans ce travail, fort consciencieusement fait et remarquable à tout point de vue, que nous avons puisé tous les éléments de la question qui fait l'objet de ce résumé, et qui intéresse à un haut degré le corps médical.

« C'est dans le service de M. Vulpian, dit le docteur Royet, que nous avons vu administrer le sulfate d'atropine contre les sueurs. Ce savant professeur l'a employé, pour la première fois, en 1873, sur les indications de plusieurs médecins étrangers : M. Wilson, en Amérique; M. Sydney Ringer, en Angleterre, M. Frœntzel, en Allemagne. Jusque-là il employait les moyens ordinaires : l'agaric, le tannin, le tannate de quinine, et il obtenait ainsi, comme tout le monde, des résultats quelquefois favorables, plus souvent nuls ou insignifiants. Dès qu'il eut essayé le sulfate d'atropine, il en reconnut vite la supériorité sur tous les moyens précédents. Aussi les a-t-il complétement abandonnés depuis; il n'emploie plus que le sulfate d'atropine. Ce médicament est, pour lui, le remède des sueurs, comme le sulfate de quinine est le remède des fièvres intermittentes. Tous ceux qui fréquentent son service ont pu souvent en admirer les merveilleux effets; il ne se passe guère de semaine sans que M. Vulpian s'arrête près du lit de quelques malades pour les faire remarquer aux assistants. Quant à nous, nous avons été pendant trois ans, le témoin de succès nombreux. Ces succès nous ont convaincu que le sulfate d'atropine est le plus puissant et le plus sûr des antisudorifiques.

« La forme la plus commode, pour administrer ce médicament, est la forme pilulaire. »

« M. Vulpian prescrit des pilules d'un demi-milligramme chacune. »

En raison de l'action très-énergique du sulfate d'atropine, il est indispensable, pour le médecin comme pour le malade, de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable, toujours identique dans sa composition et très-exactement dosé; c'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare des pilules contenant chacune

(1) Fac. de méd. de Paris, Thèses 1877, n° 371.

un demi-milligramme de sulfate d'atropine pur, et réunissant les conditions indispensables pour l'emploi de ce médicament.

« *Doses quotidiennes.* — Certains malades sont extraordinairement sensibles à l'action du sulfate d'atropine, il est prudent de commencer par des doses faibles. Le premier jour, on fera bien de se contenter d'une pilule pour tâter la susceptibilité du malade. Cette seule pilule ne suffit presque jamais; il faudra, s'il n'y a pas eu d'accident la veille, prescrire deux pilules dès le lendemain. Souvent deux pilules produisent l'effet désiré; mais si, par hasard, au bout de trois ou quatre jours, cet effet n'est pas produit, il faudra en porter le nombre à trois. Il est tout à fait rare qu'il soit nécessaire de dépasser ce nombre, cette nécessité ne s'est présentée qu'une fois chez une femme hystérique, il a fallu lui donner jusqu'à quatre et cinq pilules. M. Vulpian insiste beaucoup sur la nécessité d'arriver aux doses voulues pour le sulfate d'atropine comme pour les autres médicaments; souvent on ne réussit pas parce que les doses sont trop faibles.

« *Moments de l'administration.* — Ces moments sont loin d'être indifférents. Pour agir sûrement, le sulfate d'atropine doit être pris quelques heures avant le moment présumé des sueurs. Si on ne prend qu'une pilule, on la prendra autant que possible deux ou trois heures avant l'arrivée des sueurs, à huit ou à dix heures du soir, par exemple. Si on en prend deux, la deuxième sera prise comme tout à l'heure, la première au moins deux heures auparavant : cet intervalle est nécessaire pour éviter les accidents d'intoxication. Si on en prend trois, on en prendra deux comme précédemment, et la troisième deux heures avant ou même dans la matinée. Si par hasard on donnait plus de trois pilules, il faudrait bien se garder de les donner à des intervalles rapprochés; on les distribuerait dans la journée à des intervalles à peu près égaux.

« *Durée de l'administration.* — Le nombre de jours pendant lesquels on devra administrer le sulfate d'atropine variera naturellement suivant les résultats obtenus. Il arrive souvent que les sueurs cessent dès le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a donné deux pilules, mais il ne faut pas les supprimer immédiatement, autrement les sueurs ne tarderaient pas à reparaître. On continuera les pilules pendant quelques jours encore; si, au bout de quatre ou cinq jours l'effet se maintient, on en diminuera le nombre d'abord, et deux ou trois jours après on les supprimera complétement. En moyenne, pour avoir des résultats durables, il faut administrer le médicament une dizaine de jours. Cependant, il est des cas qui exigent un temps bien plus long, il ne faut pas se décourager parce qu'on ne réussit pas d'emblée, la persévérance est quelquefois nécessaire.

« Nous venons de mettre en garde contre la faute d'une administration trop courte, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et administrer trop longtemps : le malade s'accoutumerait au sulfate d'atropine et deviendrait moins sensible à son action.

« Que faire dans les cas où les sueurs se reproduisent quelques jours après la suppression des pilules? La conduite à tenir est bien simple, il faut redonner les pilules, les redonner autant de fois que les sueurs se reproduisent.

« *Une dernière remarque.* — L'emploi du sulfate d'atropine n'empêche pas d'employer les autres médicaments qui sont utiles au malade. On peut, comme le fait M. Vulpian, administrer en même temps aux phthisiques les potions opiacées, l'arsenic, etc.; aux rhumatisants, le sulfate de quinine, le bicarbonate de soude, etc. Ces substances ne sont point incompatibles avec le sulfate d'atropine. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Sphacèle de la presque totalité des parois de l'estomac par un liquide caustique avec conservation apparente pendant quatorze jours des fonctions digestives. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ a observé récemment, dans son service, un malade qui, dissimulant la tentative de suicide qu'il avait faite, a, pendant quatorze jours, conservé toute l'apparence de la santé et l'intégrité presque absolue de ses fonctions digestives, malgré la destruction presque complète des parois de son estomac.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, n'ayant jamais été malade, qui, le 14 octobre, en se réveillant, éprouva, dit-il, le besoin d'aller à la selle, ce qu'il fit sans grands efforts; mais au moment où il allait sortir du cabinet, il fut pris de douleurs atroces au creux épigastrique et dans l'hypochondre gauche; il regagna sa chambre avec peine et y tomba évanoui; en revenant à lui, il est pris de vomissements. A trois reprises différentes, il rend des caillots de sang noirâtre. Il évalue à un litre et demi environ la quantité de sang qu'il rendit ainsi. Depuis ce jour, il n'a plus eu de vomissements. Les douleurs seules ont persisté. Il entre à l'hôpital le 19 octobre, c'est-à-dire cinq jours après les premiers vomissements. A ce moment, les douleurs ne se font sentir spontanément que par instants, mais la pression à l'épigastre et à l'hypochondre gauche est très-douloureuse; la sonorité d'ailleurs est parfaite dans ces régions. A ces douleurs correspondent des douleurs dans le dos au même niveau. L'appétit revient peu à peu. La langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre à la base. M. Dujardin-Beaumetz diagnostique un ulcère de l'estomac.

Le 20 octobre, plus de douleurs spontanées, mais la pression est toujours douloureuse. Le malade a une selle normale. Il saigne un peu du nez. Il se plaint d'être gêné pour avaler. Le fond de la gorge et l'isthme du gosier sont un peu rouges. Sur la base de la luette, on remarque une légère ulcération, recouverte d'un dépôt blanchâtre adhérent. Il existe des ulcérations semblables sur la face interne de la lèvre inférieure, de la lèvre supérieure, de la joue et sur la face inférieure de la langue. La salivation est très-abondante et fétide. On hésite à se prononcer sur la nature de cette stomatite. Traitement, gargarisme au chlorate de potasse; régime lacté.

Les jours suivants, le malade ne présente rien de particulier. M. Moura, à l'aide du laryngoscope, découvre sous l'épiglotte un petit dépôt blanchâtre, qu'il considère comme un signe de cachexie.

Le 27, il est pris de nausées et de douleurs très-vives à l'estomac; une sueur abondante couvre sa face, il vomit du lait. A neuf heures, il tombe mort brusquement en rendant un petit caillot noirâtre et deux gorgées de liquide séro-sanguinolent.

A l'autopsie, on pensait trouver la cause de ces accidents dans un ulcère simple de l'estomac. Mais ce ne fut pas sans un grand étonnement qu'on trouva la presque totalité de l'abdomen, sauf la région pylorique, sphacélée dans toute son épaisseur et transformée en une eschare sèche, qui avait envahi non-seulement l'estomac, mais encore le diaphragme et les épiploons; de telle sorte qu'une fois enlevée, cette eschare mettait à nu le poumon, le foie, la rate en son entier et l'intestin.

En présence de pareils désordres, ajoute M. Dujardin-Beaumetz, on ne pouvait plus songer à l'ulcère simple, et il fallait admettre qu'un liquide caustique introduit avait été la cause des lésions observées. Cette opinion fut partagée par M. Lancereaux, qui examina les pièces. Ce diagnostic *post mortem* expliquait la stomatite ulcéreuse observée pendant la vie et qui devait résulter du passage du liquide caustique. En présence de ces faits, une enquête minutieuse fut faite auprès de la femme du défunt, qui fit savoir que son mari, ouvrier honnête et laborieux, était devenu depuis plusieurs mois triste et sombre et que, privé de travail, il redoutait de voir les siens tomber dans la misère. Le 14, il se rendit dans les cabinets, et c'est en sortant qu'il tomba presque inanimé sur le sol, criant qu'il se mourait et réclamant de l'eau pour calmer la cuisson si vive qu'il éprouvait dans la bouche. Cet homme a donc pu dissimuler à tous les yeux la tentative de suicide qu'il avait faite et a pu, pendant quatorze jours, conserver toutes les apparences de la sante et garder l'intégrité de ses fonctions digestives avec destruction de la plus grande partie des parois de l'estomac, et c'est au moment où l'eschare se détache que le malade succombe subitement.

Hématocèle péri-vésicale. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par

M. Vallin, fait connaître un fait qui montre que la cavité de Retzius peut être aussi le siège d'hémorrhagies plus ou moins abondantes, constituant de véritables hématocèles péri-vésicales. Il s'agit d'un vieillard de soixante-sept ans qui, dans le cours d'une affection du cœur, voit survenir, sans cause appréciable, une ecchymose de l'ombilic qui s'étend bientôt à la région hypogastrique, envahit, le tissu cellulaire de la verge et du scrotum et se montre au pourtour de l'anus; en même temps, il se produit, au niveau de la vessie, une tumeur arrondie ayant la forme et la situation de cette dernière lorsqu'elle est distendue, et cette ressemblance est telle que l'on pratique le cathétérisme qui nous montre, au contraire, que la vessie a ses dimensions normales et qu'elle renferme une urine parfaitement saine et limpide. Puis l'ecchymose envahit la partie interne des cuisses, et passant ensuite à toutes les phases de coloration que présentent les épanchements sanguins du tissu cellulaire, ces ecchymoses disparaissent peu à peu ainsi que la tumeur vésicale; et le malade sort de l'hôpital ne présentant plus aucun symptôme de ce côté. Ajoutons que pendant toute cette période on n'a observé ni douleur ni fièvre.

Le diagnostic dans ce cas a d'abord donné lieu de notre part à quelques hésitations, et nous étions porté à attribuer ces ecchymoses si nettement limitées au pourtour de l'anus et à la peau de la verge et du scrotum, à une rupture des veines du plexus prostatique; mais cette hypothèse ne nous expliquait pas la formation de la tumeur vésicale.

Notre collègue, M. Constantin Paul qui visite ce malade, nous permit de compléter ce premier diagnostic en nous signalant la cavité de Retzius et les épanchements dont elle pouvait être le siége.

En effet, lorsqu'on se reporte à la description donnée par Retzius et depuis par M. Constantin Paul, des rapports du péritoine au niveau de la vessie, on voit que le tissu cellulaire péri-vésical communique avec le tissu cellulaire de la peau par tous les points où nous voyons apparaître chez notre malade les tâches ecchymotiques. Nous trouvions, de plus, cette tumeur péri-vésicale si analogue à la vessie distendue et qui, dans presque toutes les observations de phlegmons de la cavité de Retzius, a fait croire aux observateurs à une rétention d'urine plus ou moins complète.

Nous avions donc bien affaire, dans cette occasion, à un cas d'hémorrhagie dans la cavité de Retzius.

La cause première de cette hématocèle péri-vésicale nous échappe complétement et nous n'avons trouvé, ni dans les antécédents du malade ni dans son état local ou général, la cause de cette hémorrhagie qui s'est résorbée peu à peu et a disparu complétement. Nous avons revu en effet cet homme il y a peu de jours, dans le service de M. Lancereaux où il est entré pour son affection du cœur, mais il ne porte plus trace de la tumeur péri-vésicale si volumineuse, que nous avions observée.

Ces observations d'hématocèle péri-vésicale sont extrêmement rares; malgré de nombreuses recherches je n'ai pu trouver de cas semblable, sauf toutefois une observation publiée par le docteur Léon, de Rochefort, sous le nom de fongus hématode du tissu conjonctif péri-vésical (*Bulletin de thérapeutique*, 15 avril 1877, p. 296). Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de trente-neuf ans, auquel le docteur Léon pratiqua l'uréthrotomie interne pour un rétrécissement de l'urèthre.

Avant de pratiquer cette opération, on avait fait dans la vessie, qui se trouvait énormément distendue, des ponctions aspiratrices qui avaient donné issue, avec beaucoup de peine, à une faible quantité d'urine.

Cet homme ayant succombé, on trouva le péritoine péri-vésical très-épaissi et au-dessous de lui et lui adhérant intimement, il existait une masse molle, pultacée, aréolaire, gorgée de sang, qu'on ne saurait mieux comparer qu'au tissu placentaire, formant tout autour du viscère, mais plus particulièrement sur sa face antérieure et ses parois latérales, une enveloppe qui atteignait en certains points plus de deux centimètres d'épaisseur.

Il s'agissait bien dans ce cas d'une hémorrhagie dans la cavité de Retzius et le dessin donné par M. Léon, complète d'une manière fort instructive l'observation précédente.

Il me semble donc qu'on peut conclure de tout ce qui précède, que la cavité de Retzius peut être le siége d'hémorrhagies et que si ces hématocèles peuvent entraîner la mort dans certains cas, dans d'autres, au contraire, ils peuvent se détacher et disparaître complétement.

M. DESNOS fait une communication et présente une pièce anatomique relatives à l'*endocardite blennorrhagique*.

Messieurs, dit-il, l'histoire des rapports de la blennorrhagie avec les affections du cœur, est encore incomplète, peu connue, bien que ces rapports aient été, dans ces dernières années, l'objet de quelques communications. C'est qu'il s'agit ici d'une catégorie de faits assez rares. J'ai donc pensé qu'il serait de quelque intérêt, pour la société, de connaître les particularités cliniques et anatomo-pathologiques d'une de ces observations exceptionnelles.

Ainsi que vous le savez, l'endocardite, chez les sujets affectés de blennorrhagie, peut survenir dans deux conditions différentes. Dans certains cas, l'endocardite se produit chez des individus atteints de blennorrhagie, sans qu'il soit possible de connaître les rapports qui relient l'affection du cœur avec celle du canal de l'urèthre. On est réduit à une simple constatation sans pouvoir saisir les liens pathogéniques qui unissent deux lésions si différentes et de siéges si éloignés l'un de l'autre. Ce sont surtout les faits de cet ordre qu'a eus en vue notre collègue M. Lacassagne, dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, il y a quelques années.

D'autres fois on trouve comme intermédiaire, entre l'endocardite et la blennorrhagie, des arthropathies, des arthrites blennorrhagiques. Ces cas sont peut-être plus rares encore. Toutefois le hasard m'a servi; j'en ai pu étudier un en 1874. Son histoire a été publiée dans le *Progrès médical*. Chez un individu atteint d'arthrite blennorrhagique, nous vîmes se développer une affection du cœur dont les signes physiques indiquaient une lésion, un rétrécissement de l'orifice aortique, qui ne tarda pas à se compliquer d'accidents syncopaux et de convulsions épileptiformes qui se répétèrent à plusieurs reprises pendant trois jours. Il y avait lieu de les attribuer à des embolies capillaires des artérioles du bulbe, ou plus probablement à une ischémie bulbaire engendrée par le rétrécissement aortique. Le malade triompha de ces accidents nerveux qui mirent sa vie en danger, sortit guéri de sa blennhorragie et de son arthrite, mais en conservant les signes physiques de son rétrécissement de l'orifice de l'aorte.

Je viens d'observer un nouveau cas d'endocardite survenue au cours d'une attaque d'arthrite blennhorrhagique. Il m'a fourni l'occasion de recueillir une pièce d'anatomie pathologique que je place sous les yeux de la Société. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. FOURNIER. La communication de M. Desnos est très-importante pour établir l'existence de l'endocardite comme complication du rhumatisme blennorrhagique. Jusqu'ici on a précisément considéré, d'une manière générale, l'absence de lésions cardiaques, comme caractéristiques du rhumatisme blennorrhagique. La vérité est que ces lésions sont très-rares.

Pour ma part je n'en ai pas vu. Mais on ne voit pas pourquoi ces lésions ne pourraient pas se produire; voici deux observations qu'en recueillerait M. Desnos en peu d'années. C'est précisément en raison de l'intérêt qui s'attache au fait qu'il nous communique, que je lui demanderai quelques renseignements sur certains points propres à établir ou à infirmer, d'une part la nature blennorrhagique du rhumatisme de son malade, d'autre part les rapports pathogéniques de l'endocardite avec ce rhumatisme.

Il est certain que le très-petit nombre d'articulations envahies est déjà une présomption en faveur de la nature blennorrhagique des arthrites chez un individu atteint d'écoulement de l'urèthre. J'ajouterai que la localisation dans l'articulation sterno-claviculaire est une probabilité de plus. La blennorrhagie, en effet, affecte une prédilection spéciale pour cette articulation. Mais, je voudrais savoir, en outre, quel était l'état de la fièvre chez le malade de M. Desnos, attendu que le rhumatisme blennorrhagique ne provoque que peu

de réaction fébrile, en tout cas ne donne pas de fièvre intense. Enfin, quel était l'état des urines ; les urines du rhumatisme blennorrhagique diffèrent de celles du rhumatisme articulaire aigu fébrile ? Y avait-il absence ou abondance de sueurs ? Celles-ci font défaut dans le rhumatisme blennorrhagique ; et on sait au contraire quelle est leur abondance caractéristique dans le rhumatisme vulgaire. Enfin, M. Desnos s'est-il assuré qu'avant l'envahissement des articulations son malade n'avait pas d'affection du cœur ?

M. DESNOS. Je désirerais savoir ce que M. Fournier entend par fièvre intense. Dans le rhumatisme articulaire aigu légitime lui-même, dégagé de certaines complications, on voit généralement la température osciller aux environs de 39° ou 39°,5. Or, ce n'est pas là de la fièvre intense, ce ne sont pas là des températures très-élevées, si on les compare à celle que nous avons l'habitude d'observer dans un grand nombre d'autres maladies aiguës. Au début du rhumatisme, les températures de mon malade n'atteignaient même pas ces chiffres. Dans les derniers temps de la vie, il y a eu des accès de fièvre intense, mais l'état des poumons suffisait parfaitement pour les expliquer. D'ailleurs, les grandes oscillations thermométriques qu'on a enregistrées, ne sont point le fait du rhumatisme vulgaire.

Les urines, au début surtout, étaient pâles, et ne présentaient pas l'aspect des urines rouges chargées d'urates du rhumatisme légitime.

Je considère, avec M. Fournier, l'abondance des sueurs, comme un signe diagnostique important du rhumatisme articulaire aigu vulgaire. Or, il n'y en a pas eu chez mon malade, si ce n'est peut-être dans les derniers jours, et elles pouvaient s'expliquer par bien d'autres causes.

Quant à l'absence d'affection du cœur à l'entrée du malade à l'hôpital, je puis l'affirmer, d'abord parce que j'ai l'habitude de faire l'examen complet de chaque malade à son entrée, et d'en faire inscrire de suite le résultat sur la pancarte. Or mention d'une affection du cœur n'avait point été faite d'abord, et j'ai dû la faire inscrire plus tard. De plus, la persistance insolite d'une bronchite qui paraissait simple, avait provoqué plus d'une fois l'examen des organes thoraciques, le cœur y compris. Je rappelle encore que je me suis assuré à plusieurs reprises de l'absence d'antécédents rhumatismaux chez cet homme.

M. FOURNIER. Je me déclare suffisamment éclairé par ce complément d'information, et je suis convaincu, en ce qui me concerne, que M. Desnos vient de nous communiquer une observation fort intéressante d'endocardite liée au rhumatisme blennorrhagique.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps de la santé de la marine vient de faire une perte considérable en la personne de M. Jules Roux, ancien inspecteur général.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. P. Cap, membre correspondant de l'Académie de médecine, l'auteur si estimé des « Études biographiques pour servir à l'histoire des sciences ».

— La Société de médecine des bureaux de bienfaisance a élu : 1° Parmi ses membres correspondants : MM. les docteurs Macé, de Nantes ; Valentin, de Nancy ; Gélineau, d'Aigrefeuille (Charente). — 2° Parmi ses membres associés libres nationaux : MM. Rouvyer, Ch. Hardy, Lecour, Puteaux et Rambaud, de Paris. — 3° Parmi ses membres associés libres étrangers : M. le docteur Janssens, de Bruxelles.

— M. le professeur Hardy commencera son cours de clinique médicale à la Charité, le mardi, 27 novembre, à huit heures et demie du matin, et le continuera les jours suivants à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques de chirurgie infantile (orthopédie) le jeudi 29 novembre, à neuf heures, et le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure. Il passera en revue, cette année, les principales malformités et difformités. Tous les jours, à huit heures et demie, visite au lit des malades et consultations ; le jeudi, conférence clinique et opérations ; le samedi, consultation spécialement réservée à l'examen des malades atteints de difformités et application des appareils orthopédiques.

— *École pratique.* — M. le docteur Marc Sée, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie appliquée à la physique et à la pathologie le mardi 20 novembre 1877, à quatre heures (amphithéâtre n° 3), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Desmarres fera son cours, sur la pathologie oculaire, les mardis et jeudis à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1.

Mardi prochain 20 novembre, le docteur Desmarres traitera de l'ophthalmie purulente.

— M. le docteur Gorecki commencera son cours sur les principales maladies des yeux le mardi 20 novembre 1877, à sept heures du soir (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Étude sur les maladies du cœur. — Du rôle comparé des lésions oriques ou valvulaires et des troubles fonctionnels dans les affections cardiaques, par le docteur BREVET. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance très-courte; lectures de rapports de prix et lecture en comité secret, à quatre heures, du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Traitement de l'épilepsie.

Les moyens qui ont été préconisés dans le traitement de l'épilepsie vraie, légitime, sont nombreux, mais quel que soit celui dont on a fait choix, il est un précepte que l'on ne doit jamais oublier, c'est qu'une fois commencé, le traitement doit être chronique, si je puis m'exprimer de la sorte, c'est-à-dire continué pendant des mois et des années. On peut, il est vrai, l'interrompre de temps en temps sans inconvénient, mais après une suspension de quinze jours, un mois au plus, on doit y revenir sous peine de perdre les avantages que l'on en a déjà recueillis.

Comme je viens de vous le dire, ces moyens sont nombreux: aussi ne vous parlerai-je que de ceux que l'on peut employer avec une certaine confiance, et surtout entre lesquels on peut choisir, alors que l'on a échoué avec l'un d'eux.

Parmi les substances médicamenteuses qui jouissent d'une incontestable efficacité, je vous citerai la belladone, que l'on employait d'une manière en quelque sorte banale, il y a vingt-cinq ans, et qui fut surtout préconisée par Bretonneau et le père Debreyne.

Trousseau a également vanté la propriété de cette substance contre l'épilepsie. Grâce à elle, en effet, des succès très-légitimes ont été obtenus, et pour ma part, j'ai, par devers moi, des cas de guérison qui remontent à une époque assez éloignée pour que je puisse les considérer comme parfaitement avérés.

Bretonneau, le père Debreyne et Trousseau employaient la belladone sous forme d'extrait; ils la donnaient en pilules contenant chacune :

Extrait de belladone. . . 1 centigramme.
Extrait de digitale. . . . 1 —

Pour commencer, les malades prenaient pendant un mois une de ces pilules; le second mois, ils en prenaient deux; le troisième mois, trois, et ainsi de suite, augmentant d'une pilule chaque mois et en allant jusqu'à dix, douze, quelquefois quinze par jour, jusqu'à ce que certains effets physiologiques, notamment du côté des pupilles, de la gorge, des fonctions cérébrales, etc., indiquassent que le degré de tolérance de l'économie était dépassé. A ce moment alors, on suspendait l'usage de la belladone, pendant quinze jours, trois semaines, un mois, puis on recommençait à donner les pilules, commençant, comme précédemment, par une, et augmentant la dose avec chaque mois.

Enfin, quand le défaut de tolérance était complet, ou bien quand les accès d'épilepsie ne se montraient plus qu'à des intervalles suffisamment éloignés ou quand ils avaient complétement disparu, on diminuait graduellement la dose, en ayant soin toujours de suspendre de temps en temps, pour le reprendre quelques jours plus tard, l'usage du médicament. Pour ma part, ainsi que je vous l'ai déjà dit, j'ai employé cette méthode, et dans deux cas, j'en ai tiré les résultats les plus complets.

A côté de la belladone, je vous citerai la jusquiame, la valériane, qui donnent aussi dans quelques cas de bons résultats, mais qui, néanmoins, n'ont pas la valeur du médicament précédent.

L'atropine, au contraire, un médicament excellent, que Trousseau avait l'habitude de substituer à la belladone, quand celle-ci ne donnait pas les effets qu'il en attendait.

On la donne en solution contenant :

Sulfate d'atropine. . . . . 5 centigrammes.
Alcool. . . . . 5 grammes.

Chaque goutte de cette solution contient un demi-milligramme d'atropine. Le mode d'administration est le même que celui de la belladone. On en donne une, deux, trois gouttes dans un verre d'eau, suivant le nombre de mois écoulés, et l'on augmente la dose graduellement jusqu'à dix gouttes.

Mais je crois qu'il faut se méfier de ces substances actives, que l'on donne à doses très-fractionnées. Il peut, en effet, y avoir quelque erreur dans leur dosage : telle goutte ne contiendra, par exemple, pas ou peu de principe actif, tandis que telle autre en renfermera plus qu'elle ne doit en contenir. Dès lors, l'administration du médicament n'est plus régulière, et il peut en résulter des accidents toxiques que l'on doit toujours éviter. Aussi convient-il, toutes les fois qu'on le peut, de préférer la substance elle-même à son dérivé, la belladone à l'atropine.

Un médicament qui a eu également un grand succès, il y a quelques années, c'est l'oxyde de zinc à dose croissante de 10 centigrammes à 1, 2, 3 grammes par jour. Il a réussi surtout entre les mains d'Herpin (de Genève), qui, dans son ouvrage, cite un grand nombre d'individus guéris par ce moyen. L'oxyde de zinc a sur les substances que nous venons d'énumérer l'avantage de donner rarement lieu à des phénomènes cérébraux et de provoquer seulement quelques vomissements quand l'économie est arrivée à un degré de saturation suffisant. C'est donc un médicament qui peut être administré pendant longtemps et sans inconvénient.

J'arrive maintenant au nitrate d'argent, qui, il y a trente ans, était considéré comme le médicament par excellence contre l'épilepsie. Il a été conseillé surtout par les médecins de Genève, Herpin, Odier, Delarive, etc. Il est certain, en effet, qu'on lui doit des guérisons parfaitement authentiques. Quand j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu sous mes yeux, pendant deux ans, un garçon de bureau qui, traité par Biett, au moyen du nitrate d'argent à l'intérieur, avait complétement guéri.

Le nitrate d'argent s'emploie d'abord à la dose de 2 centigrammes, qu'on élève ensuite, graduellement, jusqu'à 15, 20 centigrammes. Delarive allait même jusqu'à 30 centigrammes par jour. Mais ce médicament a un inconvénient très-grand, qui fait que les malades le repoussent presque toujours. C'est que les individus qui en font usage deviennent, au bout de quelque temps, tout à fait noirs : la peau, les conjonctives, les muqueuses, prennent à la longue une coloration ardoisée, brunâtre, toute spéciale, dont les malades ont la plus grande peine à se débarasser.

Après le nitrate d'argent, je vous parlerai encore, comme ayant une certaine efficacité contre l'épilepsie, du sélin des marais, dont les tiges, les racines, réduites en poudre très-fines, se donnent à la dose de 2 à 15 grammes par jour. D'après certains médecins, on obtiendrait de l'administration de cette plante des succès incontestables. Quant à moi, je ne l'ai jamais expérimenté! Il entre dans la composition d'un bon nombre de ces remèdes secrets qu'on vante, quelquefois non sans raison, dans le traitement de l'épilepsie.

L'armoise également a été conseillée contre cette névrose, mais elle est peu employée.

Il n'en est pas de même du galium, qui, dans le midi de la France, jouit d'une certaine réputation. Dans une petite ville du département de la Drôme, à Tain, on obtient, suivant les gens du pays, des succès non douteux d'un médicament secret dont la base principale est un dérivé du galium.

J'arrive maintenant au bromure de potassium, qui, comme vous le savez, est à peu près le seul médicament que l'on conseille aujourd'hui contre l'épilepsie.

Il doit être employé, comme les précédents d'ailleurs, à des doses croissantes de 2, 3, 4, 6 et même 8 grammes par jour; de plus, son usage doit être continué pendant longtemps, deux ou trois ans. Si l'épilepsie n'est pas très-ancienne, si les accès ne sont pas très-fréquents, on peut, par ce moyen, espérer obtenir un jour la guérison: j'en possède, pour ma part, plusieurs cas parfaitement légitimes.

Mais ce médicament n'est pas sans avoir quelques inconvénients. C'est d'abord de provoquer un certain degré de paresse des facultés intellectuelles, et notamment, un peu de diminution de la mémoire; c'est, ensuite, de faire naître fréquemment, du côté de la peau, des accidents plus ou moins fâcheux. Sous ce rapport, il m'est arrivé plusieurs fois d'être appelé à donner mes soins à des individus qui, depuis longtemps, souffraient d'eczémas rebelles, développés sous l'influence du bromure de potassium et ne disparaissant qu'après la suspension de ce médicament. Ses éruptions sont tellement persistantes que, par le seul caractère de la maladie, j'ai été quelquefois amené chez des enfants à affirmer, malgré les dénégations des parents, qu'ils étaient épileptiques et qu'ils faisaient usage du bromure de potassium; presque toujours, j'ai obtenu l'aveu de cette infirmité.

Tels sont, en quelques mots, les principaux moyens à l'aide desquels on peut combattre, avec quelque chance de succès, cette maladie si grave, l'épilepsie vraie, l'épilepsie légitime.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'insuffisance mitrale et des phénomènes cardiaques dans la fièvre typhoïde (1).

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

II.

De tous les signes d'auscultation, le bruit du premier temps et de la pointe a été, chez nos malades, le plus fréquent et celui dont il était le moins difficile de déterminer l'origine. Nous avons bien quelquefois perçu un souffle léger à la base, le long du sternum, mais c'est là un signe rare, toujours peu accentué et dont la cause nous échappe. D'après Hayem, il s'agirait, dans ces cas, d'un souffle anémique; ce serait, d'après Desnos et Huchard, une insuffisance tricuspide qui le produirait, on pourrait supposer aussi qu'un rétrécissement relatif de l'orifice aortique, par dilatation ventriculaire, n'est pas étranger à sa formation. Des bruits intenses et continus que la fièvre typhoïde provoque souvent dans les gros vaisseaux nous privent ici du meilleur moyen de contrôle, la propagation dans les vaisseaux. Si, à défaut d'observations précises, nous invoquons le raisonnement, nous accuserons l'anémie plus volontiers que l'insuffisance tricuspide. Cette dernière, sans doute, se produit plus facilement que l'insuffisance mitrale, mais nous ne trouvons pas ici son signe caractéristique, le pouls veineux du cou, et, existât-il, qu'on pourrait se demander si la contraction du ventricule droit, affaibli par la dothiénentérie, donne à l'ondée sanguine une impulsion capable de se traduire par un bruit anormal. Notons encore que ce bruit se manifeste de préférence pendant la convalescence, à une époque où le cœur a plus de force mais l'organisme plus d'anémie.

Indépendamment de ces bruits anormaux, l'auscultation nous a plusieurs fois révélé des modifications dans les bruits normaux. Ces modifications ont été de trois ordres : faiblesse, irrégularités, dédoublements.

A des degrés divers, la faiblesse du premier bruit normal à la pointe est commune; à un degré extrême, elle est très-rare; le sujet de notre observation 13 est le seul où ce bruit fît presque complétement défaut. Je ne parle que du premier bruit; quant au second, nous l'avons trouvé tantôt affaibli; tantôt, par contre, plus éclatant.

Ici, encore, nous n'avons rien découvert; l'affaiblissement du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde ou les affections de la même famille, a été observé par des médecins de tous les pays : dans les îles britanniques, d'abord, par Sto-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 octobre.

kes et par Graves; en Allemagne, par Heyfelder; en France, par Hayem, Desnos et Huchard.

Plus rares sont les irrégularités, non pas accidentelles et passagères, mais, en quelque sorte, persévérantes; nous les avons cependant observées cinq fois sur nos dix-sept cas de troubles cardiaques; mais, précédemment, je ne les ai pas toujours rencontrées dans les mêmes proportions. Plus rare encore est le développement, que je trouve mentionné seulement dans notre septième observation. Hayem a, de son côté, observé ces mêmes signes.

A la percussion, nous avons quelquefois noté une légère augmentation de la matité précordiale. C'est là une question sur laquelle je me garderais bien de vous donner des chiffres, car rien n'est, à mon avis, plus difficile que de préciser les limites de la matité précordiale. Aussi les autres médecins ne sont-ils pas arrivés à des résultats plus nets; Bernheim admet une matité normale, Friedreich une légère augmentation de matité dans le sens transversal.

Si vous voulez apprécier exactement l'augmentation de volume et l'affaiblissement du cœur, recherchez avec la main les battements de la pointe. Vous noterez de suite, chez les typhoïdes, deux symptômes : l'un n'est ni constant ni intense, c'est l'abaissement de la pointe qui, dans un tiers des cas environ, est venue, chez nos malades, battre dans le sixième espace intercostal; l'autre ne manque presque jamais, il est vrai, mais peut se montrer sous les aspects les plus différents, c'est un changement dans l'impulsion cardiaque. Celle-ci paraît quelquefois forte, exagérée, tumultueuse, excessive, considérable; ce sont les expressions employées pour la dépeindre dans les observations 2, 3, 4, 6, 7, 9; parfois, après avoir été forte, elle faiblit pour redevenir exagérée (obs. 4); plus souvent elle est forte au début et ne tarde pas à faiblir, comme nous le voyons notamment dans notre deuxième observation; il arrive aussi qu'à cette faiblesse se joint de l'irrégularité (obs. 6, 10, 13, 14), il arrive enfin que, sans paraître plus forte, elle paraît plus étendue qu'à l'état normal, comme dans l'observation quinzième, et surtout dans la onzième, où elle a été nettement perçue à droite. En somme, soit par excitation, soit par faiblesse franche, soit par faiblesse masquée d'agitation, l'impulsion cardiaque est ordinairement modifiée.

Que ces signes dénoncent un état spécial du cœur à l'exclusion de l'état général du malade, c'est ce que je me garderai bien de soutenir; il y a là une action combinée de l'état général et de l'état local. Mais un autre symptôme, bien plus caractéristique, nous est fourni par l'application de la main : c'est ce faux frémissement cataire, *cette espèce de crépitation perçue par la pulpe des doigts*, sensation qui était si nette, chez le sujet de notre dix-septième observation, et que j'ai eu, à plusieurs reprises, occasion de vous faire éprouver chez d'autres sujets; phénomène, d'ailleurs, transitoire et que nous constatons surtout au début du mal. Dernièrement j'ai observé un phénomène analogue, mais plus prononcé encore, dans un abcès profond de la cuisse autour duquel s'était produite une brusque recrudescence inflammatoire, et je diagnostiquai une myosite.

Les modifications, dans l'impulsion cardiaque, doivent entraîner des changements analogues du côté du pouls. Nous avons, en effet, constaté tantôt un pouls ample (obs. 3), un pouls large (obs. 4), un pouls plein, vibrant (obs. 6); tantôt un pouls petit (obs. 2) ou irrégulier (obs. 5); tantôt un pouls qui, après avoir eu de l'ampleur, est devenu plus tard petit et irrégulier (obs. 1). Mais de tous les caractères du pouls perçus par la main, le plus fréquent, et de beaucoup, a été le dicrotisme; c'est aussi le moins significatif, puisque la fièvre typhoïde, sans lésion cardiaque, suffit pour le déterminer. J'en dirai autant de la faiblesse et de la mollesse du pouls comparées à l'intensité apparente de l'impulsion cardiaque.

L'exploration du pouls par le sphygmographe, faite avec beaucoup de soin par notre chef de clinique, M. le docteur Garcin, n'a pas donné non plus de résultats constants. Le tracé indique tantôt une ligne d'ascension inclinée, trahissant la faiblesse de la contraction cardiaque; tantôt une ligne de descente polycrote, annonçant une perturbation profonde dans la circulation; tantôt des irrégularités qui expriment, d'une autre manière, le même fait; mais, dans la majorité des cas, nous trouvions une ligne d'ascension droite et haute avec ligne de descente à chute rapide et à dicrotisme très-accentué; c'est le tracé le plus ordinaire de la fièvre typhoïde.

A part le frémissement, que je n'ai trouvé nulle part, ces signes si divers, ces changements si variés de l'impulsion cardiaque perçus par l'exploration du cœur et des artères, ont été constatés par d'autres médecins, seulement ils l'ont été quelquefois d'une manière isolée, ce qui explique certaines différences dans les descriptions.

En effet, à l'application de la main, Desnos et Huchard ont observé une impulsion exagérée, tumultueuse au début; il est vrai qu'il s'agit ici de la myocardite varioleuse; Simonet, Raikem, une impulsion plus énergique; Hayem, une impulsion accidentellement irrégulière; Hamernyk, une irrégularité permanente; Lancereaux, Hayem, une impulsion diminuée; Niemeyer, une impulsion à peine sensible; Sobeinheim, Jaccoud, une impulsion nulle; Stokes, une impulsion qui disparaît d'abord à la pointe et à gauche.

Le pouls a été trouvé, par Desnos et Huchard, dans la myocardite varioleuse, violent et régulier au début, petit et irrégulier plus tard; dans la myocardite des affections typhiques, Jaccoud a constaté sa petitesse, Stokes et Hayem son exiguïté croissante, Hope et Demme le défaut de relation entre son énergie apparente et celle du cœur. Les tracés sphygmographiques de Hayem offrent, avec les nôtres, la plus grande analogie.

Ces phénomènes cardiaques et ces troubles de la circulation artérielle ont été, chez nos malades comme chez les autres typhoïdes, accompagnés de stases dans la circulation capillaire s'accusant surtout par des congestions viscérales. Ce qui nous a surtout frappés, c'est la coïncidence des troubles cardiaques avec la persistance et l'intensité de la congestion passive du poumon. Je dis coïncidence, parce que la relation de cause à effet ne me paraît pas constante et nécessaire. Si, chez notre dix-septième sujet, en constatant les signes cardiaques, je vous ai annoncé comme prochaine la congestion pulmonaire, n'oublions pas que, dans la majorité des cas, le poumon a paru pris avant le cœur. Il s'agissait d'un état passif, son siége aux parties déclives et l'influence de la position le prouvait; il s'agissait d'une congestion pulmonaire et non d'une bronchite, comme le croyait Stokes dans des cas analogues. Si les râles sibilants et sous-crépitants sont communs aux deux états, l'absence de toux exclut la bronchite; et la diminution très-grande du murmure vésiculaire accuse la congestion.

Les autres médecins, et en particulier Hayem, ont signalé l'hypostase dans les divers viscères, le cerveau, le rein, le poumon, sans insister sur la prédominance de la congestion pulmonaire.

Et, pendant que les signes physiques accusaient une perturbation survenue dans le système circulatoire, les signes rationnels, chez la plupart de nos malades, faisaient complétement défaut. J'ai dit, chez la plupart, je devrais dire, chez tous; si l'un d'eux, le sujet de notre douzième observation, s'est plaint de palpitations violentes, c'était pendant la convalescence. Hayem a observé des palpitations et des syncopes; Dieulafoy en a également rencontré; Soberheim a signalé une sensation pénible que soulageait la main appliquée à l'épigastre.

Enfin, chez aucun de nos malades, nous n'avons observé cette mort subite, qui a fait l'objet d'une discussion entre Hayem et Dieulafoy, incriminant, le premier la lésion cardiaque, le second l'influence nerveuse. Les deux cas de mort subite, chez des typhoïdes, que nous avons eus dans le service, remontent à plusieurs années, c'est-à-dire, à une époque où mon intention n'était pas fixée sur les phénomènes cardiaques de cette maladie. Ils se sont produits pendant la convalescence, tandis que les principaux troubles cardiaques ont lieu pendant le second et le troisième septénaire. L'absence de cet accident terrible, dans notre série actuelle d'observations, tend à prouver que l'altération cardiaque, dans la fièvre typhoïde, ne le produit pas aussi souvent qu'on pourrait le croire; on ne saurait en conclure qu'elle n'y contribue presque jamais.

REVUE DE LA PRESSE

Pleurésie franche double chez un vieillard. — Thoracocentèse pratiquée d'un seul côté. — Guérison rapide et spontanée. — Il y a quelques semaines, nous publiions d'après le docteur Straus, l'observation d'une femme de soixante-dix ans, atteinte de pleurésie franche, rapidement guérie par la thoracocentèse. A cette occasion, il rappelait la rareté de cette affection chez le vieillard et sa gravité généralement considérée comme exceptionnelle par les pathologistes.

Le fait suivant, observé par M. le docteur Lande, peut être rapproché du cas rapporté par M. Straus.

J. R..., soixante-six ans, terrassier, entre à l'hôpital Saint-André, le 26 juillet, Il y a six mois il fut pris, dit-il, d'un malaise général avec point de côté sous le sein gauche. A ce moment il n'y avait pas de fièvre; la toux était sèche, quinteuse, sans expectoration.

Bientôt survint de la gène de la respiration et les jambes commencèrent à enfler. C'est alors que le malade se décida à entrer à à l'hôpital.

Il présente une gène extrême de la respiration; la toux est sèche sans expectoration. A la percussion, matité absolue dans toute l'étendue du côté gauche jusqu'au niveau de la fosse sus-épineuse; du côté droit, même matité jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. A l'auscultation la matité s'entend à peine dans toute l'étendue des zones mates; en bas, il y a même absence complète de murmure respiratoire; en haut, la respiration est soufflante. Les vibrations thoraciques sont abolies dans la partie inférieure des deux côtés de la poitrine; en haut, égophonie.

Le cœur n'est pas déplacé; ses battements sont faibles et sourds sans bruits anormaux ni altération de rhythme.

Le pouls est petit et fréquent. Depuis quelques temps l'appétit a disparu. Les digestions ne sont pas troublées. Les urines sont rares mais ne contiennent pas d'albumine. On diagnostique un épanchement pleurétique double et l'on décide de pratiquer la thoracocentèse le lendemain.

Le 31 juillet, M. Lande ponctionne le côté gauche, siége de l'épanchement le plus abondant et retire, au moyen de l'appareil Dieulafoy, 500 grammes de liquide séreux.

A partir de ce moment le malade commence à accuser une amélioration notable : la respiration devient facile, la sonorité reparaît dans presque toute l'étendue du côté gauche, le mécanisme respiratoire s'y perçoit facilement ; en certains points, il y a un léger frottement pleural.

Au bout de trois jours, l'épanchement droit a lui-même complétement disparu, les jambes ne présentent plus de gonflement, plus de toux ni d'essoufflement, l'appétit est revenu, les fonctions digestives s'exécutent facilement et régulièrement, et le 13 août le malade sort de l'hôpital absolument et complétement guéri.

En terminant cette observation, M. Lande insiste sur l'indication de la thoracocentèse chez son malade. Les révulsifs, les purgatifs et les diurétiques auraient peut-être pu amener la guérison, mais combien de temps, par ces moyens, celle-ci se serait-elle fait attendre? La thoracocentèse, au contraire, ajoute ce médecin, a amené un soulagement subit, une guérison presque immédiate, résultats qu'elle donnera toujours si on ne la pratique pas d'une manière intempestive, dans les conditions, mais dans celles-là seulement, où elle lui paraît formellement contre-indiquée dans la période pyrétique primitive de la pleurésie. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Hémorrhagie cérébrale ancienne, limitée au pli courbe et à son lobule, avec pachyméningite consécutive. — Nous avons publié, dans une précédente revue, une observation de ramollissement rouge de la deuxième circonvolution temporo-occipitale et ne donnant lieu qu'à des phénomènes de paralysie du mouvement, avec intégrité parfaite de la sensibilité. Le cas suivant que nous empruntons au même auteur, à M. Chavanis, est en quelque sorte la contre-partie de celui que nous avons rapporté. Ici encore, il s'agit d'une lésion de la partie postérieure du cerveau, lésion qui respecte absolument les autres psycho-moteurs et qui pourtant s'accompagne surtout de paralysie du mouvement et laisse la sensibilité relativement intacte.

La malade dont il s'agit, présente une hémiplégie qui remonte à deux ans au moins. A son entrée à l'hôpital, elle est dans un grand abattement, état de somnolence ; à peine répond-elle quelques mots lorsqu'on l'interroge. L'intelligence est pourtant conservée en partie.

Du côté gauche elle offre une hémiplégie complète du mouvement ; sans paralysie faciale, sans gêne de la parole. La sensibilité est bien conservée à droite comme à gauche ; quand on pince la malade, elle grimace et se plaint de la douleur.

Le membre inférieur est un peu contracturé, mais le membre supérieur gauche l'est fortement ; les doigts sont fléchis dans la main ; l'avant-bras est fléchi à angle droit, sur le bras, et tout le membre est rapproché du thorax.

Incontinence des urines et des matières fécales. Large eschare, ancienne, au niveau du sacrum. Œdème des membres supérieurs et inférieurs gauches.

La malade succombe quelques jours plus tard, dans la résolution générale.

La première chose qui frappe dans le cerveau, à l'autopsie, c'est un point de pachyméningite du côté droit, ce sont des fausses membranes rougeâtres, aréolaires, peu épaisses, et sans infarctus sanguin du côté de la dure-mère ; du côté de l'écorce cérébrale, la lésion paraît également peu profonde. C'est un ramollissement rouge, jaunâtre, un peu anfractueux après l'ablation des membranes adhérentes. Ce ramollissement est limité : en avant par la circonvolution pariétale ascendante, en haut par la scissure intra-pariétale.

La lésion atteint tout le lobule du pli courbe, plus de la moitié du pli courbe lui-même. La circonvolution pariétale ascendante est absolument intacte.

Enfin, après durcissement des pièces dans l'acide nitrique étendu, des coupes pratiquées dans l'hémisphère droit, font découvrir un foyer jaunâtre à forme pyramidale, dont le sommet est dirigé vers la partie postéro-supérieure du ventricule latéral et dont la base correspond à l'écorce grise du cerveau. — (*Lyon méd.*).

Contracture du membre supérieur. — M. Lasègue a observé chez un jeune homme de dix-huit ans, une affection peu commune à cet âge, c'est-à-dire une contracture du membre supérieur gauche extrêmement prononcée. Ce garçon avait dans ses antécédents quelques points importants à noter.

Tout d'abord, dit M. Lasègue, il présentait une asymétrie faciale bien caractérisée à droite, par une saillie considérable au niveau de l'apophyse malaire, et s'étendant même un peu plus haut. Ces déformations, qu'on trouve souvent quand on les cherche avec attention ont de l'importance, parce qu'elles indiquent que les sujets qui les portent ont eu des affections cérébrales dans l'enfance. En effet, ce malade quand il était plus jeune, n'aurait pu apprendre à lire parce que ses yeux se troublaient par le moindre effort d'attention. Plus tard, il aurait eu des crises vertigineuses avec de l'éblouissement. Actuellement, dans l'état de relieur qu'il a entrepris, il ne peut faire que le travail qui ne demande pas trop d'attention soutenue des yeux. M. Lasègue insiste sur ces différents phénomènes cérébraux parce que, d'une façon générale, la maladie cérébrale qui éclate chez un sujet qui a des antécédents de cette nature est, selon lui, très-différente de ce qu'elle serait s'il n'y en avait aucun. Enfin, tout récemment cet enfant fut pris d'une angine qui dura huit à dix jours, et fut suivie d'une paralysie du voile du palais. Ce fut quelques jours plus tard, alors qu'il était guéri, qu'il éprouva une sorte de crise nerveuse accompagnée de la sensation d'une boule partant de l'estomac, montant derrière le sternum et déterminant une gêne considérable de la respiration, et un sentiment de suffocation imminente. Ces accidents persistèrent plusieurs jours, puis l'enfant fut pris d'une contracture des deux bras. Le bras droit guérit rapidement, mais le gauche resta contracturé. A son entrée à l'hôpital, cette contracture était très-violente; l'avant-bras était fléchi sur le bras et en supination forcée; les doigts et les pouces étaient aussi en flexion forcée dans la paume de la main. Cette contracture aurait cessé sous l'action du chloroforme, pour reparaître aussitôt, son influence passée. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Les buveurs d'eau de mer. — Nous relevons dans une relation de voyage aux îles de l'Océanie, adressée par M. le capitaine de vaisseau H. Jouan, au docteur Z., de Caen, un passage fort intéressant sur les buveurs d'eau de mer.

C'est sur les *atolls* madréporiques du Pacifique, telles que les îles Paumotou, où il n'y a ni ruisseaux, ni sources, où les puits qu'on y a creusés ne donnent que de l'eau saumâtre, où la végétation se borne à quelques cocotiers dont le lait constitue avec l'eau de mer, la seule boisson des naturels, que l'on rencontrerait ces singuliers individus.

Comment ces hommes sont-ils capables de vivre en faisant souvent, très-souvent, usage d'un liquide dont tous les baigneurs, qui en ont malgré eux avalé quelques gouttes, connaissent les désagréments? Est-ce un effet de l'assuétude ou une disposition naturelle, un caractère de race? On ne saurait l'expliquer. Le fait cependant est affirmé par la plupart des navigateurs qui ont visité ces parages lointains. Cook, Lapérouse, en font mention, et plus récemment encore, Dupetit-Thouars nous signale les naturels de l'île de Pâques comme de véritables amphibies, buvant de l'eau de mer sans en être incommodés.

M. Jouan termine ses remarques sur l'ingestion de l'eau salée par un fait dont il dit avoir été témoin dans les commencements de sa carrière maritime, en 1838, en allant au Mexique. En ce temps là, dit-il, la navigation à vapeur n'affranchissait pas encore les navires des calmes et des vents debout; on n'avait pas d'appareils distillatoires, de sorte que, dans les longues traversées, on ménageait l'eau et, dans celle-là, avec un personnel presque doublé par des troupes passagères, et la perspective de ne pas en trouver en route, puisque l'on allait bloquer les côtes sans communiquer avec la terre, on était encore plus parcimonieux, plus avare. Quelques matelots s'étaient mis à boire de l'eau de mer, mais ils ne tardèrent pas à être obligés de cesser. Un seul tint bon jusqu'à l'arrivée au Mexique où l'on ravitailla le navire avec de l'eau apportée à grands frais de la Havane. Cet individu ne se plaignit jamais de ce régime; le seul changement qu'on remarquât en lui, c'était que son teint devenait de plus en plus jaune. — (*Journ. de la Soc. de méd. de Caen et du Calvados*).

Bons effets de la saignée générale dans l'asystolie. — L'observation suivante est une preuve nouvelle du tort que, selon M. le professeur Hardy, l'on a eu de renoncer entièrement à la saignée. Faite à propos, elle peut rendre, en effet, de grands services.

Une femme de soixante-seize ans est entrée, il y a quelques jours à l'hôpital de la Charité, service de M. Hardy, avec une dyspnée extrême, dépendant de troubles cardiaques très-accentués. Elle avait un pouls irrégulier et une tension vasculaire énorme. Jambes enflées; œdème de la région lombaire, dans les téguments de laquelle les doigts s'enfonçaient comme dans du beurre, distension énorme des veines thyroïdiennes; pouls veineux.

L'examen du cœur n'a pas tardé à révéler les causes de ces désordres vasculaires. Cet organe était distendu et on percevait à la pointe un bruit de souffle qui décélait une insuffisance mitrale. La valvule tricuspide était affectée de la même lésion, ce qui se traduisait par le pouls veineux jugulaire.

M. Hardy a fait pratiquer une petite saignée de 200 grammes et l'amélioration a été instantanée. — (*Rev. de thérap. méd. chir.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, la source d'eau minérale dite fontaine des Fonds-Bouillants, située dans la localité de Saint-Parize-le-Châtel (Nièvre).

2° Les rapports généraux de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales d'Audinac (Ariége) et de Rennes-les-Bains (Aude) pour l'année 1876. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle l'Académie est informée que le prochain congrès de l'Association britannique, pour l'avancement des sciences, siégera, le 14 août 1878 et les jours suivants, dans la ville de Dublin.

2° Une lettre de M. le docteur Pietra-Santa, accompagnant l'envoi des quatre publications suivantes : 1° *Société française d'hygiène, sa raison d'être, son but, son avenir,* conférence par M. le docteur de Pietra-Santa; 2° *Rapport des lois et des mœurs avec la population,* conférence par M. le docteur S. E. Maurin; 3° *La réforme du casernement,* conférence par M. C. Tollet; 4° *Le tannage des peaux*, par M. A. Joltrain.

3° Une observation de chromidrose, recueillie par M. le docteur Vignes, médecin en chef de l'hôpital de Tarbes.

M. le secrétaire perpétuel rappelle que la Commission, chargée de régler les conditions du concours Gerdy, était composée de MM. Béclard, Gubler, Pidoux, Broca, Jules Lefort. Il y aura lieu à procéder, dans la prochaine séance, à la nomination au scrutin de liste de la Commission chargée de décerner le prix.

PRÉSENTATIONS

M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. le docteur Péan, une brochure intitulée : *du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*

M. Vulpian présente au nom de M. Dareste un travail sur la tératogénie.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres, M. Cap associé et M. Haime correspondant à Tours.

RAPPORTS

M. Barthez lit un rapport officiel sur un travail ayant pour objet la description d'un instrument destiné à aspirer les liquides et les matières morbides pendant l'opération de la trachéotomie. M. le rapporteur conclut en disant que le procédé proposé est inutile et qu'il n'y a pas lieu de lui accorder l'approbation de l'Académie. Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

M. TARNIER lit un rapport sur le prix Capuron. Conclusion : il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1876.

LECTURE

M. SPIRIDION LAVITZIANOS lit une note sur la peste de Bagdad. L'auteur expose ce qu'il a vu dans les deux dernières épidémies de 1875 et de 1876 qui ont eu lieu en Mésopotamie. (Comm. MM. Briquet, Le Roy de Méricourt, Rochard, rapporteur).

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix et le rapport sur les candidats pour la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 novembre 1877. — Présidence de M. POUCHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Commotion cérébrale. — M. DURET fait une communication, avec tracés et dessins à l'appui, sur les lésions de la commotion cérébrale. (Sera publié).

De la peptone. — M. BENECH expose les procédés qu'il a employés dans ses recherches sur la peptone et sa présence dans les liquides normaux ou pathologiques de l'économie. — Il montre qu'une solution de peptone agitée avec la benzine, produit une émulsion persistante, due à la coagulation de la peptone qui est insoluble dans la benzine.

Cette émulsion, évaporée dans le vide, laisse un résidu qui présente tous les caractères de la peptone. — M. Benech énumère rapidement ces réactions, et insiste particulièrement sur la précipitation par le sulfate de cuivre ; les auteurs ne sont pas d'accord sur cette réaction, cela tient à ce que le précipité se redissout ou même ne se produit pas dans les liqueurs acides ou même fortement alcalines. — Le précipité cuivrique permet d'obtenir la peptone dans un assez grand état de pureté, — si l'on redissout le précipité dans l'eau légèrement acidulée, la solution émulsionne de nouveau la benzine, mais si l'on neutralise la liqueur, le précipité se forme de nouveau et l'émulsion ne se produit plus.

La benzine produit une réaction analogue avec la gélatine et la mucine.

Par ce procédé on a pu trouver la peptone dans l'urine, dans l'épanchement de la plèvre ou du péritoine, etc.; dans le blanc d'œuf; une solution de blanc d'œuf dans l'eau distillée, contient toujours de la peptone, quel que soit le procédé employé pour se débarrasser de l'albumine.

Le chloroforme, le sulfure de carbone, l'éther, les huiles essentielles produisent une émulsion analogue avec la peptone, le fait avait été signalé pour l'urine et le chloroforme (Guyon) pour l'urine et les huiles essentielles (Liéneau), — ces auteurs croyaient avoir découvert de nouvelles réactions de l'albumine. Mais Becquerel démontra l'erreur de l'un; et M. Gubler, l'erreur de l'autre.

On peut apprécier assez facilement et avec une précision suffisante, les quantités de peptone contenues dans un liquide organique. — Pour cela on place dans un tube gradué, parties égales de benzine et d'eau distillée, et l'on ajoute, goutte à goutte, du liquide à examiner, jusqu'à ce que le liquide hydrocarboné se prenne en masse par agitation.

M. Benech fera connaître ultérieurement, à la société, les résultats cliniques obtenus par ce procédé.

Localisations cérébrales dans la paralysie générale (lésions accidentelles surajoutées à l'encéphalite chronique interstitielle diffuse). — M. MAGNAN communique l'observation d'un homme de quarante ans, atteint de tous les symptômes de la paralysie générale : c'est-à-dire d'affaiblissement des facultés, de délire ambitieux incohérent, d'accès passagers d'agitation, d'hésitation de la parole, etc., qui, le 29 octobre dans la matinée, fut atteint d'une hémiplégie gauche, et tomba dans un demi-coma. La température rectale était de 38° ; à midi : convulsions du côté droit, le côté gauche restant immobile, température rectale 39°; à sept heures du soir : convulsions du côté gauche, le côté droit restant au repos. Cet homme meurt dans la nuit.

A l'autopsie on trouve, sur l'hémisphère gauche, une congestion active avec hémorrhagie capillaire par place, occupant la partie moyenne (trois cinquièmes environ) de la circonvolution frontale ascendante, les trois quarts de la deuxième circonvolution frontale et la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale.

La première circonvolution frontale, la pariétale ascendante et le lobule paracentral n'offrent aucune trace de congestion.

Sur l'hémisphère droit : foyer hémorrhagique sur la partie moyenne de la première circonvolution frontale à 2 centimètres et demi en avant de l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante; ce foyer occupe une étendue de 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur, de 2 centimètres sur la face interne et de 1 centimètre sur la face externe; il pénètre profondément dans toute l'épaisseur de la couche corticale pour atteindre la substance blanche dans laquelle il s'enfonce à peine de 2 à 3 millimètres dans une très-faible étendue.

Sur ce même hémisphère, on trouve une congestion active avec hémorrhagies capillaires, analogue à celle du côté opposé, entourant, sur la première circonvolution, le foyer hémorrhagique et gagnant, en dedans, le voisinage du lobule paracentral sans toutefois l'atteindre; s'étendant, de plus, en dehors sur la partie moyenne de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu la disposition transitoire de l'arrêté en date du 5 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 27 décembre 1876, qui a créé des bourses dans les facultés de l'État;

Vu les dispositions du rapport de la commission du budget qui détermine les catégories de facultés auxquelles ces bourses pourront être attribuées;

Arrête :

Art. 1er. — La commission provisoire, prévue par l'arrêté sus-visé et chargée d'apprécier les titres des candidats aux bourses présentés par les recteurs après avis des doyens, est constituée comme il suit :

Pour les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie :

MM. Chauffard, inspecteur général pour l'ordre de la médecine;
Vulpian, doyen de la faculté de médecine de Paris;
Claude Bernard, professeur de la chaire de médecine au Collége de France;
Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine;
Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Pour les facultés des sciences :

MM. Berthelot, inspecteur général pour l'ordre des sciences;
Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris;
Bouquet, professeur à la même faculté;
Desains, professeur à la même faculté;
Van Tieghem, maître de conférences à l'École normale supérieure.

Pour les facultés des lettres :

MM. Bersot, directeur de l'École normale supérieure;
Boissier, professeur au Collége de France et à l'École des hautes études;
Bréal, professeur au Collége de France et à l'École des hautes études;

Duruy, inspecteur général honoraire, membre de l'Institut;
Egger, professeur à la faculté des lettres de Paris;
Benoist, professeur à la faculté des lettres de Paris.

Art. 2. — Chacune des sections de cette commission nomme son président et son rapporteur.

Fait à Paris, le 5 novembre 1877.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
Joseph BRUNET.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Dans la séance de rentrée de l'École ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1876-1877.

Concours généraux. — 1ère année. — 2e prix, M. Leidié.

2e année. — 1er prix, M. Degrauwe. — Mention honorable : M. Lespiant.

3e année : 1er prix, M. Bourquelot. — 2e prix : M. Lecœur. — Prix Desportes : M. Masse. — Prix Menier : M. Harcot.

Prix des travaux pratiques. — 1re année (chimie) : médailles d'or : MM. Collin et Lafond (Jean). — Médailles d'argent : MM. Bremant et Leidié. — Médailles de bronze : MM. Lorgue, Neuville et Morel. — Citations : MM. Vaillant, Gibart, Broca, Ducarre et Chesnel.

2e année (chimie) : médaille d'or : M. Jolivet. — Médailles d'argent : MM. Jeunetiot, Lafond (Émile) et Weill. — Médailles de bronze : MM. Pierrhugues et Degrauwe. — Citations : MM. Gaillard, Aureille, Nicolas, Masse, Lespiant et Roch.

3e année (botanique) : Médailles d'or : MM. Moynier et Demazière. — Médailles d'argent : MM. Grandhomme et Cantrelle. — Médailles de bronze : MM. Guignard et Lefebvre. — Citations : MM. Demandre, Dubosc, Levaillant, Bresson, Schmidt, Lepetit, Blacque, Plisson, Lejars, Gaillard, Routhier, Grennet, Labouré et Morin.

Physique : médaille d'or : M. Fenez, — Médaille d'argent : M. Bourquelot. — Médailles de bronze : MM. Lecœur et Quinard.

— *Laboratoire du Muséum d'histoire naturelle.* — M. Frémy ouvrira son laboratoire de recherches et de manipulations chimiques le 1er décembre 1877. Les manipulations auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures du soir.

Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

— *Cours publics d'anthropologie* : au siége de la Société d'anthropologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine. — *Anthropologie anatomique.* — M. Paul Broca commencera ce cours le samedi 24 novembre 1877, à quatre heures, et le continuera les mercredis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Programme du cours : Parallèle de l'homme et des animaux supérieurs; anatomie comparée des races humaines; craniologie.

Anthropologie biologique. — M. Paul Topinard commencera ce cours le lundi 26 novembre 1877, à quatre heures, et le continuera le lundi de chaque semaine.

Programme du cours : De l'homme vivant, ses caractères physiques extérieurs et ses caractères physiologiques; histoire de l'anthropologie; anthropométrie.

Ethnologie. — M. Eugène Dally commencera ce cours le mercredi 28 novembre 1877, à quatre heures du soir, et le continuera le mercredi de chaque semaine.

Programme du cours : classification et description des races humaines; leur filiation; leur évolution.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet commencera ce cours le lundi 26 novembre 1877, à trois heures, et le continuera le lundi de chaque semaine.

Programme du cours : paléontologie humaine; archéologie préhistorique; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie.

Il sera fait, en outre, des séances de démonstration au musée et des excursions aux stations préhistoriques des environs de Paris.

Anthropologie linguistique. — M. Abel Hovelacque commencera ce cours le vendredi 30 novembre 1877, à quatre heures, et le continuera le vendredi de chaque semaine.

Programme du cours : Caractères généraux, classification et répartition des différentes langues.

Démographie et géographie médicale. — M. Bertillon commencera ce cours le vendredi 30 novembre 1877 à trois heures du soir et le continuera le vendredi de chaque semaine.

Programme du cours : statistique des peuples et des races; influence des climats et des attitudes; pathologie comparée des races humaines.

Nota. — Cette année, le professeur traitera plus spécialement de la population française en chaque département et comparée aux populations étrangères.

Les cours sont publics. Les élèves qui se feront inscrire seront admis aux conférences pratiques du laboratoire d'anthropologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La vie. Qu'es-tu? d'où viens-tu? où vas-tu? par M. le docteur Firmin DUCLOS. — Paris, 1877, 1 vol. in-12, 206 pages. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Physiologie expérimentale appliquée à la toxicologie et à la médecine légale; le cuivre et ses composés considérés au point de vue physiologique, par le docteur LABORDE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique, par le docteur DAROLLER. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 136. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1877. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies du système nerveux.

Dans ses deux premières conférences de ce semestre, qui ont eu lieu les dimanches 11 et 18 novembre, dans le nouveau local de la Salpêtrière, affecté provisoirement à cette destination, M. Charcot a entretenu son auditoire de plusieurs malades que, suivant son usage, il a successivement fait passer sous ses yeux, offrant des types variés des diverses espèces de chorée, hémichorée hystérique, chorée vulgaire, chorée sénile, hémichorée symptomatique de lésions cérébrales, athétose, etc. Un mot sur chacun de ces principaux types.

Hémichorée hystérique rhythmique.

La première malade qui a été présentée à l'assistance, est une jeune fille hystérique qui offre un type très-curieux d'hémichorée rhythmique, survenue pendant le cours de l'hystérie et comme greffée en quelque sorte sur elle. Cette jeune fille, depuis quelque temps dans le service pour une hystérie avec ovarie droite et hémianesthésie du même côté, venait d'être prise, depuis environ une dizaine de jours avant la première conférence, de mouvements spasmodiques incessants, très-étendus, presque irréguliers, rhythmiques, de toute la moitié droite du tronc et des membres. Lorsque la malade est placée sur un lit, elle ne peut y rester dans la position horizontale, son tronc se redresse aussitôt et elle se livre à une sorte de balancement d'avant en arrière en décrivant, avec la tête, un grand arc de cercle dont le rayon aurait pour centre le siége. Pendant ce mouvement de balancement, qui rappelle assez bien celui qu'on s'imprime volontairement sur certaines chaises-berceuses, le bras et la jambe se livrant à des mouvements analogues, mais moins réguliers, quelques muscles de la face sont aussi le siége de contractions et de relâchements alternatifs, presque incessants. La malade est-elle placée debout, ce qu'elle ne peut faire que difficilement sans être soutenue, le mouvement qu'elle fait ressemble assez bien à un mouvement très-exagéré de salutation, se répétant plusieurs fois par seconde, combiné avec un mouvement de jambe qui a quelque analogie avec le pas de danse de la scotish.

Lorsqu'on pratique chez cette jeune fille la compression sur la région ovarique droite, ces grands mouvements choréiques s'arrêtent aussitôt, mais pour reprendre avec la même force sitôt qu'on cesse la compression. La compression est-elle maintenue pendant quelque temps, les mouvements choréiques qui ont cessé, sont remplacés par une contracture des extrémités qui dure autant que dure cette compression elle-même. Elle n'a, en un mot, qu'une action suspensive sur la chorée et en quelque sorte substitutive en la remplaçant par la contracture.

Cependant la compression ovarique, dont l'effet n'est que momentané, tant qu'elle est momentanée elle-même, a produit, dans quelques cas, soit par la continuité de son action, soit par sa répétition fréquente, des résultats persistants. MM. Debove et Liouville ont obtenu, par ce moyen, il y a quelques années, la cessation complète et définitive de troubles hystériques de ce genre chez une malade du service de Béhier, à l'Hôtel-Dieu.

Par la crainte, sans doute, de voir les mouvements choréiques ne cesser que pour faire place à une contracture permanente, M. Charcot n'a pas eu recours à ce moyen chez cette malade, mais il en a employé un autre, l'inhalation de vapeurs d'éther.

Bien que l'inhalation de vapeurs d'éther soit souvent, dans ces cas-là, comme le dit M. Charcot, une arme à deux tranchants ; que si, dans quelques circonstances, elle amène la suspension, et même à la longue la cessation des mouvements convulsifs, il arrive quelquefois qu'elle redouble les accès ou qu'elle les provoque même lorsqu'ils étaient suspendus, il a cru devoir en essayer chez cette jeune fille et cet essai a bien réussi. En effet, après huit jours de traitement, cette jeune fille, présentée de nouveau aux assistants de la seconde conférence, nous a paru notablement améliorée. Elle a encore ses mouvements choréiques, mais beaucoup moins étendus, et il y a lieu d'espérer que, par la continuation du même moyen, on arrivera à les voir cesser tout à fait.

A côté de ce type rare et si exagérément accentué d'hémichorée hystérique, M. Charcot a présenté, dans la première séance, comme termes de comparaison, deux autres malades, l'une atteinte de chorée vulgaire, l'autre hystérique ovarienne double avec chorée des deux membres inférieurs.

Chorée vulgaire d'origine émotionnelle chez des femmes âgées.

Dans la deuxième conférence, celle de dimanche dernier, M. Charcot a présenté deux femmes âgées, atteintes de chorée vulgaire.

L'une est une femme de soixante-neuf ans qui a été prise de cette chorée il y a dix ans, à la suite d'un chagrin violent dont le souvenir seul lui fait encore aujourd'hui verser des larmes. La chorée s'est établie chez elle d'emblée.

La deuxième malade est une femme âgée de soixante-onze ans, elle a sa chorée depuis douze ans. Ce sont aussi des chagrins domestiques qui l'ont provoquée; son mari étant devenu fou, elle tomba dans la misère.

Chez ces deux malades, tout est pareil, mêmes causes et même nature émotionnelle de la maladie, mêmes symptômes, même absence de diathèse rhumatismale, qui n'a point, en général, paraît-il, avec la chorée des vieillards, la même liaison qu'avec la chorée des enfants; enfin, même incurabilité. M. Charcot considère, en effet, cette chorée survenant dans un âge avancé, sous l'influence d'une émotion vive ou d'un chagrin profond, comme incurable. Tous les moyens qu'il a essayés n'ont produit qu'une sédation passagère. Il a fini par reconnaître qu'il valait mieux laisser ces malades tranquilles. On sait qu'il y a des exemples de guérison de chorée chez des vieillards, mais probablement survenue dans des conditions et sous des influences différentes de celles où se sont trouvées ces deux femmes.

Tremblement sénile ou chorée des vieillards.

De ces chorées vulgaires chez les personnes âgées, se rapproche beaucoup le tremblement sénile, véritable chorée des vieillards, maladie également émotionnelle, due généralement, en effet, comme les précédentes, à des émotions vives. Parmi les exemples que M. Charcot a présentés, étaient une femme de soixante-douze ans qui a, depuis vingt-deux ans, à la suite d'un accident de voiture, à la fois un tremblement de la tête et des oscillations dans un doigt; et une femme de quatre-vingt-deux ans qui, à la suite d'une grande frayeur qu'elle eut pendant la commune, a été prise d'un tremblement de la mâchoire inférieure.

Entre la chorée vulgaire des vieillards et le tremblement ou chorée sénile proprement dite, les ressemblances sont assez grandes, comme on le voit, elles consistent l'une et l'autre en mouvements involontaires, incessants, sauf pendant le sommeil. Il n'y a de différence entre elles que dans l'étendue beaucoup plus limitée des mouvements dans le tremblement sénile, lesquels consistent en des oscillations courtes et rhythmées, tandis que dans la chorée vulgaire les mouvements sont beaucoup plus étendus et irréguliers.

Hémichorée symptomatique de lésion cérébrale.

M. Charcot a fait passer ensuite sous les yeux de l'assistance, deux exemples d'une autre sorte de chorée qui est en quelque sorte comme intermédiaire entre les deux précédentes formes et qui néanmoins diffère notablement de l'une et de l'autre. Nous voulons parler de l'hémichorée symptomatique, post ou pré-hémiplégique.

Le premier exemple est celui d'une jeune fille de vingt ans qui, à la suite d'un accès de chorée vulgaire, fut prise d'hémiplégie, suite d'une lésion cérébrale, laquelle hémiplégie s'est dissipée pour faire place à une hémichorée avec hémianesthésie. L'hémianesthésie a cessé chez cette jeune fille sous l'influence des applications métallothérapiques.

Le deuxième exemple est celui d'une femme atteinte d'hémichorée post-hémiplégique, avec anesthésie générale et divers troubles des sens. Cette femme a été également traitée et presque entièrement guérie par les applications métallothérapiques. C'est une de celles dont l'histoire a été communiquée à la Société de Biologie et rapportée dans nos comptes rendus.

Athétose.

Enfin M. Charcot a présenté comme dernier spécimen, une femme offrant un exemple de cette autre variété d'hémichorée post-hémiplégique, et à mouvements lents, siégeant sur les extrémités des membres, à laquelle on a donné récemment le nom d'athétose, et qui consiste en mouvements involontaires, lents, irréguliers, presque incessants, plus particulièrement dirigés dans le sens de l'extension, et qui semblent impliquer comme une sorte d'impossibilité de trouver une position fixe. On sait que M. Hammond qui a le premier fait connaître cette forme convulsive particulière, la considère comme un état morbide spécial, autonome; M. Charcot n'est pas de cet avis, il estime qu'il s'agit là simplement de mouvements choréiformes, qui doivent être rattachés nosographiquement, à titre de simple variété, à l'histoire de la chorée symptomatique de lésion cérébrale. C'est ce que tendent d'ailleurs à démontrer les quelques faits de ce genre qne M. Charcot avait déjà signalés dans ses conférences de l'année dernière et ceux qui ont été observés depuis.

Des affections des centres nerveux et en particulier de la paraplégie liée à la ménopause.

Dans une très-bonne étude sur la ménopause, par M. le docteur Ernest Barié, ancien interne des hôpitaux, au milieu d'un grand nombre de faits et de considérations physiologiques et cliniques qui se rattachent à ce sujet, nous relevons quelques faits intéressants au point de vue de l'histoire des paraplégies liées à la ménopause.

L'arrêt du flux menstruel peut être l'occasion d'une congestion supplémentaire vers l'axe spinal, dont la conséquence clinique est la paraplégie. Telle est la première proposition que M. Barié s'est cru fondé à formuler, contrairement à l'opinion des médecins qui contestent aujourd'hui cette relation.

Avant d'établir le fait pour la ménopause, M. Barié a voulu d'abord démontrer la réalité de l'influence de la suppression brusque des règles sur la congestion de la moelle. Sans remonter aux faits qu'il emprunte aux auteurs, et pour ne parler que de faits récents, nous nous bornerons à citer deux cas observés dans le service de M. Peter, à Saint-Antoine.

Le premier est relatif à une jeune fille de vingt-deux ans, non hystérique, qui vit ses règles s'arrêter brusquement à la suite de l'administration d'un éméto-cathartique qu'un médecin de la ville lui avait prescrit pour combattre un commencement d'empoisonnement. Le lendemain elle fut portée à l'hôpital, accusant des fourmillements dans les membres inférieurs, de la douleur dans les lombes et l'impossibilité de se tenir sur ses jambes.

Le fait suivant, recueilli dans le même service, donne comme la contre-épreuve du précédent.

Une jeune femme, atteinte d'hémiplégie gauche, avec diminution de la motilité et de la sensibilité, semble, depuis quelques jours, sous le coup d'une paraplégie imminente; elle se plaint de fourmillemauts et d'affaiblissement considé-

rable dans les deux membres inférieurs, avec diminution de la sensibilité. Dans ces conditions, le flux menstruel survient, immédiatement plus d'engourdissement ni de fourmillements dans la jambe droite et même le côté gauche est moins paralysé.

Voyons ce qu'il en est par rapport à la suppression définitive de la menstruation.

M. Barié a relevé cinq faits de paraplégie par congestion spinale, née au moment de la ménopause : l'un qu'il a emprunté à Ollivier (d'Angers), un second observé dans le service de M. Millard et les trois autres, qu'il a recueillis lui-même, dans les services de MM. Desnos et Mesnet.

Dans le fait d'Ollivier (d'Angers) il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui, ayant cessé de voir paraître ses règles avec la même exactitude depuis un an, éprouva des accidents qui se répétaient à des intervalles plus ou moins éloignés, acquérant une intensité toujours croissante. Ces accidents consistaient en des congestions rachidiennes, cervico-dorsales, avec récidives fréquentes de parésie des membres supérieurs et inférieurs, douleurs dorsales, etc. Le fait d'Ollivier (d'Angers) est un exemple de congestion partielle, locale.

Le premier fait recueilli dans le service de M. Mesnet, est un cas de paraplégie congestive de la ménopause, chez une femme de cinquante ans. A partir de la cessation de ses règles, c'est-à-dire depuis environ dix mois, cette femme a toujours eu quelques indispositions légères, migraine, céphalalgie, un peu d'insomnie. Depuis six mois, elle éprouvait des fourmillements dans le membre inférieur droit, bientôt suivis d'une grande faiblesse du membre. Lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine elle était paraplégique, paralysie un peu plus prononcée à droite qu'à gauche, avec conservation de la sensibilité, et elle accusait des douleurs lombaires parfois lancinantes, accrues par la pression du rachis; hémorrhoïdes saignantes, bouffées de chaleur à la face, sueurs abondantes au visage et dans la paume des mains.

Début des accidents, trois mois environ après la cessation, signes de pléthore coïncidant avec l'apparition des troubles de la motilité, absence de névropathie et de tout antécédent morbide ou héréditaire, ce sont là tout autant de circonstances qui autorisaient, en effet, à rapporter cette paraplégie à une congestion spinale, supplémentaire du flux menstruel.

Le deuxième fait, du service de M. Mesnet, est relatif à une femme de quarante-huit ans, ayant eu toujours une bonne santé, non hystérique, et qui, cinq mois après la cessation de ses règles, a commencé à ressentir des pesanteurs et des douleurs dans les lombes, avec une perte générale des forces et un très-grand affaiblissement dans les jambes. Ces premiers symptômes ne tardèrent pas à être suivis d'une paraplégie complète, plus accusée à droite qu'à gauche, sans anesthésie ni hyperesthésie.

Le fait observé dans le service de M. Desnos, à la Pitié, présente la plus grande analogie avec les précédents. Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, de bonne santé, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, et qui fut prise, six mois après la cessation des règles, de douleurs lombaires, de pesanteurs au périnée et d'une grande faiblesse du membre inférieur gauche, d'abord, puis des deux membres, qui firent porter, à M. Desnos, le diagnostic suivant : congestion de la moelle, supplémentaire des règles, paraplégie incomplète, consécutive.

Enfin, dans le fait du service de M. Millard : une paraplégie se manifeste au début de la ménopause; les accidents s'améliorent quand les règles reviennent, ils s'aggravent quand elles cessent de couler.

Dans les cas rapportés par M. Barié, on ne pourrait pas invoquer l'hystérie comme cause des accidents, aucune malade n'en ayant accusé les signes. Chez toutes, la contractilité et la sensibilité électro-musculaire avaient conservé leur intégrité.

Le retour des règles dans le cas de M. Millard, les révulsions locales dans les faits de MM. Mesnet et Desnos, ont fait cesser ou amender les accidents, en rétablissant le cours normal de la circulation.

M. Barié, en terminant ce point de ses recherches, signale un signe qui séparerait les paraplégies congestives de la ménopause, des accidents analogues observés pendant la période d'activité utéro-ovarienne : chez les femmes adultes, c'est quelques heures, quelques jours au plus, après l'arrêt des règles que se montrent les signes de la congestion rachidienne. Lors de la ménopause, ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, même de plusieurs mois, qu'apparaissent les premiers symptômes. La différence d'intensité, de régularité des phénomènes fluxionnaires expliquerait, du reste, suffisamment la différence entre les accidents du début et ceux de la fin de la menstruation.

Enfin, des quatre variétés de paraplégie que M. Barié a étudiées dans ce travail, au point de vue de leurs relations avec la ménopause, la paraplégie congestive, la paraplégie ischémique, la périphérique et l'hystérique, c'est la première qui s'est montrée la plus fréquente. Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'insuffisance mitrale et des phénomènes cardiaques dans la fièvre typhoïde (1).

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

III

D'après ce que nous venons de voir, en dehors du souffle de l'insuffisance mitrale les phénomènes cardiaques de la fièvre typhoïde sont nombreux et variés. Nous avons jusqu'ici étudié séparément, d'un côté le souffle, de l'autre les troubles divers que la circulation peut présenter. Recherchons maintenant les rapports qui peuvent exister entre ce souffle mitral et les autres symptômes.

Nous trouvons ici des rapports de coïncidence, des rapports de succession et, en quelque sorte, des rapports de parenté tels qu'en constitue une commune origine pathologique.

Les rapports de coïncidence peuvent se résumer en trois propositions :

1° Les autres phénomènes cardiaques apparaissent souvent sans que le souffle mitral se manifeste. C'est ce que nous avons constaté dix fois sur dix-sept cas. Ce sont surtout des modifications diverses, et plus ou moins prononcées, de l'impulsion cardiaque qu'on rencontre en pareille circonstance.

2° Le souffle ne se produit jamais sans que d'autres phénomènes cardiaques l'accompagnent. Chez notre troisième sujet, il y avait, en même temps que le souffle, des battements de cœur tumultueux, un pouls ample et dicrote; chez le quatrième, une impulsion cardiaque exagérée, le deuxième

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 novembre.

bruit normal plus éclatant, le dicrotisme; chez le septième, qui avait un souffle très-léger, le dédoublement et quelques signes de dilatation; chez le huitième, l'ensemble des signes de la dilatation; chez le dixième, le pouls dicrote, des battements irréguliers; chez le quatorzième, des battements irréguliers et l'exagération du deuxième bruit, qu'on entendait très-nettement en arrière; chez le dix-septième, enfin, le frémissement et l'abaissement de la pointe. Le souffle mitral n'est donc jamais ici un phénomène isolé.

3° Si le souffle mitral peut coïncider avec chacun des autres troubles cardiaques, il n'est nécessairement lié à aucun. Les faits que je viens de rappeler d'une manière succincte et incomplète, suffisent pour le prouver. Le plus souvent il est accompagné de signes de la dilatation du cœur, mais cette coïncidence, pour être fréquente, n'est cependant pas nécessaire; ainsi, chez le sujet de notre quatorzième observation, au moment où la dilatation s'est accusée par une impulsion plus étendue, le souffle a disparu.

Les rapports de succession ou d'alternance n'ont rien de fixe; il m'a paru néanmoins que le souffle était plutôt précédé ou accompagné par l'impulsion forte, étendue ou tumultueuse et le frémissement vibratoire, et suivi de la faiblesse ou de l'irrégularité dans l'impulsion. Les phénomènes cardiaques, dans la fièvre typhoïde, m'ont semblé suivre une marche analogue à celle que Desnos et Huchard ont signalée, dans la myocardite varioleuse, qui passe successivement par deux périodes, la première, assez courte, d'excitation, et la seconde, plus prolongée, d'adynamie. Seulement, dans la fièvre typhoïde, l'état morbide peut s'arrêter à la première période ou passer tout de suite à la période d'adynamie. Dans chacune des deux périodes, on peut observer le souffle, mais plus souvent dans la première que dans la seconde, où il est remplacé par l'affaiblissement notable du premier bruit.

Enfin, et c'est ce qui nous reste à établir, le souffle de l'insuffisance mitrale, dans la fièvre typhoïde est, en quelque sorte, uni par des rapports de parenté, par des liens de famille, avec les autres troubles cardiaques qui l'accompagnent. Tous, en effet, ont une même origine, tous procèdent d'une myocardite.

Cette affection peut frapper tout le muscle cardiaque, mais elle se concentre surtout sur les muscles papillaires chargés de tendre la valvule mitrale.

L'altération des muscles papillaires, en entravant leur fonctionnement, rend moins parfaite la tension des valvules pendant la contraction ventriculaire, moins complète, par conséquent, l'occlusion de l'orifice; l'insuffisance de la mitrale en est le résultat.

L'altération générale des muscles cardiaques a pour premier effet d'y déterminer une excitation passagère qui se traduit par une impulsion tumultueuse, mais son effet le plus manifeste et le plus durable est d'y produire un certain degré de faiblesse.

Cette faiblesse, cette atonie des fibres musculaires, s'accuse par la dilatation. Celle-ci donne lieu à une matité plus étendue, à une impulsion plus ample, à l'abaissement de la pointe, au caractère plus éclatant du second bruit. Mais, à mesure que l'atonie augmente, les signes de la dilatation sont unis à ceux de la faiblesse. C'est alors que l'impulsion diminue, et que le premier bruit normal, le bruit systolique, s'efface. Si la faiblesse est plus prononcée d'un côté, par suite d'une altération plus profonde, le dédoublement des bruits du cœur, conséquence du défaut d'isochronisme dans les contractions, pourra en résulter. A la faiblesse se joint, d'ordinaire, l'irrégularité qui se traduit aussi par un trouble dans le rhythme des contractions.

Ces désordres dynamiques s'accompagnent de phénomènes physiques : la dilatation, en modifiant les rapports des cavités avec les orifices et en reculant le point d'implantation des muscles papillaires, favorise et augmente l'insuffisance mitrale. La myosite elle-même, cause première de tous ces désordres, peut-être par l'exsudat qu'elle produit, à coup sûr par le changement qu'elle opère dans les conditions matérielles de la contraction musculaire, détermine le frémissement.

Les modifications du pouls sont les conséquences de l'altération du cœur. Le pouls ample traduit la dilatation; le pouls faible et irrégulier traduit la faiblesse et l'irrégularité de l'impulsion cardiaque; le dicrotisme accuse l'action prédominante de l'élasticité artérielle, quand la contractilité du cœur s'efface.

Ainsi ces troubles si variés, si différents en apparence, reconnaissent une même origine. La myocardite, qui les produit tous, les explique et les coordonne tous. Ils sont nombreux parce qu'une même cause y détermine à la fois des changements physiques et des troubles fonctionnels, parce que surtout la lésion porte sur une partie chargée d'un rôle non pas simplement mécanique, mais dynamique, dont l'action incessante et mobile peut changer à la fois de rhythme et d'intensité.

Au milieu de ce cortége, l'insuffisance mitrale a sa place déterminée; la myocardite la produit indirectement par le trouble fonctionnel des papillaires et l'augmente par la dilatation du cœur. Elle produit à son tour un signe, le souffle du premier temps à la pointe, souffle que l'on constate lorsque la contraction ventriculaire refoule le sang avec énergie vers l'orifice mitral qui ne ferme pas complétement Ce signe, indice d'une certaine intensité du mal, disparaît dans les cas les plus graves, alors cependant que l'insuffisance persiste; c'est que la myocardite intense et généralisée a puissamment affaibli la contractilité ventriculaire.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

VI

2° De la gingivite aphtheuse.

La forme que nous désignons sous ce nom est caractérisée anatomiquement par le développement d'*aphthes* sur la muqueuse gingivale.

Le terme d'*aphthe* n'a pas toujours eu la signification précise qu'il possède aujourd'hui. Les auteurs anciens (livres hippocratiques, Celse, etc.) l'employaient pour désigner indifféremment toutes les ulcérations de la muqueuse et la gangrène même de la bouche (2).

C'est Van Swieten qui, le premier, en restreignit le sens en

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 septembre.

(2) Hippocrate. Traduction latine de René Chartier, t. VII. Paris, 1639.— Celse. édit. Nisard. Paris, 1846, l. VI, p. 190.

l'appliquant uniquement à de *petites ulcérations* qui surviendraient dans la bouche au niveau des *follicules muqueux* (1).

Dans le *Compendium de médecine* se retrouve la même confusion des auteurs anciens, car on applique le mot d'aphthe à toutes les affections inflammatoires de la muqueuse buccale (2).

Les auteurs classiques contemporains, Grisolle, Tardieu, etc., s'accordent généralement à ne considérer l'aphthe que comme une simple ulcération superficielle et limitée de la bouche; Simonet, et après lui Hardy et Béhier, en font un *herpès des muqueuses* (3).

Cependant Worms (4), qui a fait de cette légère affection une étude plus minutieuse, revient à l'idée de Van Swieten, et localisant l'affection à l'orifice des follicules muqueux, l'appelle *acné des muqueuses*. Ce qui, selon cet auteur, caractériserait l'aphthe, c'est l'exsudat de nature comme sébacée qui proviendrait du follicule muqueux lui-même frappé d'inflammation.

Pour nous, nous regarderons l'aphthe, avec Hardy et Béhier, comme une simple ulcération superficielle de la muqueuse, et le terme d'*herpès des muqueuses* rendrait exactement notre pensée.

En effet, l'interprétation de Van Swieten, reprise par Worms, repose sur une erreur anatomique, c'est-à-dire sur l'existence supposée dans la bouche de glandes ou glandules mucipares. Nous avons déjà insisté plus haut sur ce point: la muqueuse qui tapisse les lèvres et les joues ne contient, en fait, d'appareil glandulaire que des follicules isolés qui sécrètent non un mucus, mais de la salive proprement dite. Cette salive est même différente suivant les régions; ainsi, visqueuse et épaisse au plancher de la bouche et sur la plus grande partie de la muqueuse, elle est claire et limpide au voisinage de l'orifice du canal de Sténon, à la face interne des joues.

Quant à la gencive proprement dite, elle ne contient aucune glande, ni mucipare ni salivaire. A peine y trouverait-on, vers l'insertion du repli labial, quelques glandules de la nature de ceux de la région voisine. L'aphthe doit donc être regardé comme une lésion exclusive de la surface de la muqueuse, sans participation quelconque des glandes.

La plupart des auteurs classiques ont admis dans l'éruption aphtheuse les variétés discrète et confluente: la première est celle que nous avons uniquement en vue dans cette description. La seconde appartient à l'histoire de la stomatite généralisée. Nous la retrouverons cependant plus tard à propos de la gingivite de la grossesse, qui prend quelquefois la forme aphtheuse.

Le *siége* de la gingivite aphtheuse varie suivant différentes circonstances: chez l'enfant, c'est au sommet de la crête gingivale qu'on la rencontrerait avant le début de la première dentition; c'était l'opinion de Celse, reproduite aujourd'hui par divers auteurs; chez l'adulte, la face externe de la gencive paraît être exclusivement atteinte. Cela se conçoit, du reste, par les considérations étiologiques dans lesquelles nous allons entrer.

L'éruption aphtheuse ordinaire, celle que nous observons tous les jours nous paraît être, en effet, une affection d'origine purement locale. Elle reconnaît pour cause la présence ou l'introduction dans la bouche de divers corps irritants. Ce qui le prouve, c'est que l'aphthe se produit précisément sur la partie de la gencive la plus exposée à ces irritants divers, sur la face externe chez l'adulte (tabac, pipe, aliments épicés, etc.), sur la crête gingivale chez l'enfant, où les manœuvres de succion pendant l'allaitement portent surtout leur action, et où se manifeste également l'irritation provenant de l'éruption des premières dents.

Les choses ne se passent pas d'ailleurs autrement sur le reste de la muqueuse buccale, où l'on reconnaît également l'influence des irritants directs. Tout récemment encore, nous observions un jeune homme qui portait constamment depuis plusieurs années des aphthes à la face muqueuse de la lèvre inférieure. Consulté un jour à ce point de vue, nous constatâmes en regard du siége habituel de l'éruption, sur le collet des dents antéro-inférieures, une forte couche de tartre que nous n'hésitâmes pas à considérer comme la cause de l'aphthe. La production calcaire fut enlevée, et depuis lors aucune éruption ne s'est montrée sur la lèvre.

L'aphthe suit dans sa marche deux phases très-distinctes: la période d'exsudation sous-épithéliale et la période d'ulcération.

La première est caractérisée par une petite *vésicule* arrondie, faisant un relief le plus souvent très-appréciable. Cette vésicule, d'abord rougeâtre et luisante, devient rapidement claire et transparente. En très-peu de temps, elle se distend et se déchire, laissant sortir un liquide incolore et séreux. La poche, une fois vidée, sa paroi épithéliale tombe, et alors apparaît la petite perte de substance, c'est-à-dire l'*ulcération* ou mieux l'*érosion* de la muqueuse.

Si nous voulons apprécier de plus près cette perte de substance, il est facile de nous convaincre par les bords de l'ulcération que celle-ci n'est pas profonde, et qu'elle intéresse seulement la couche épithéliale. En l'essuyant bien, on voit nettement le derme avec toutes ses saillies papillaires. On peut, à cet égard, comparer l'aphthe à la brûlure du second degré ou à la vésication, dans lesquelles, comme l'on sait bien, l'épiderme seul se trouve détruit et le derme complétement mis à nu.

L'aphthe, de forme généralement arrondie, présente à peu près les dimensions d'une lentille. Rarement il les dépasse, bien que les auteurs en aient cependant rapporté des exemples. C'est dans ce dernier cas qu'il peut revêtir le caractère des ulcérations syphilitiques d'avec lesquelles il est quelquefois fort difficile de le distinguer. Le fond de l'ulcère est le plus souvent recouvert d'un enduit grisâtre, qui paraît être formé d'épithélium en voie de desquamation, mêlé à quelques globules de graisse. L'éruption aphtheuse est ordinairement entourée d'un petit cercle inflammatoire rouge qui n'a pas de tendance à s'étendre.

Les *symptômes* de l'aphthe sont bien en rapport avec les lésions anatomiques. Nuls ou à peu près avant l'ulcération, ils deviennent au contraire très-accentués avec celle-ci. Les papilles du derme mises à nu sont le siége de vives douleurs, surtout lorsqu'on y pratique le moindre attouchement avec les doigts, avec les aliments, soit même avec la langue. C'est à tel point que souvent les fonctions de la bouche deviennent impossibles.

Ces douleurs durent jusqu'à ce que la réparation se soit effectuée, c'est-à-dire quatre ou cinq jours en moyenne, lorsqu'on n'a modifié l'allure de l'ulcération par aucune application topique. La perte de substance se comble par la formation d'une couche épithéliale nouvelle qui prend tous les caractères de l'épithélium normal voisin, de sorte que l'ulcéra-

(1) *Comment.*, 1741-1742, t. III, § 978.
(2) *Compendium de médecine*, 1836, t. I, p. 207.
(3) Hardy et Béhier. *Pathologie interne*, 2e édit., 1858-1864, vol. 2, p. 156.
(4) *Des caractères de l'aphthe*, in *Gaz. hebd.*, 1864.

tion aphtheuse ne laisse absolument aucune trace. Il est curieux de voir la rapidité de cette formation, à la suite d'une légère cautérisation de la plaie. Tout le monde a pu vérifier ce fait qu'un aphthe touché le soir par un caustique était le lendemain complétement cicatrisé, et n'occasionnait plus aucun symptôme.

L'aphthe est une lésion très-superficielle, et qui reste toujours localisée. Dans les cas habituels, il n'a aucun retentissement dans le système lymphatique, ce qui pourra servir pour le diagnostic; il ne s'accompagne pas non plus de phénomènes généraux.

ÉTUDE

SUR LES RAPPORTS DES LÉSIONS DE LA COUCHE OPTIQUE AVEC L'HÉMIANESTHÉSIE D'ORIGINE CÉRÉBRALE (1)

Par le docteur J.-A. LAFFORGUE.

Conclusions.— Les observations pathologiques citées par M. Luys, en faveur de la théorie qui fait des couches optiques le siége du « sensorium commune », n'ont pas la valeur qui leur a été accordée, et ne sont rien moins que concluantes. — Il résulte des observations que nous avons rapportées : A. que les lésions de la couche optique, lorsqu'elles sont absolument limitées à ce noyau gris, qu'elles n'intéressent ni le pédoncule, ni la partie postérieure de la capsule interne, ne donnent jamais lieu à de l'hémianesthésie; B. qu'au contraire, l'hémianesthésie peut être le résultat d'une altération limitée à la partie postérieure de la capsule interne, dans le faisceau sensitif décrit par Meynert, avec intégrité parfaite des couches optiques. — Dans la grande majorité des cas observés, les lésions qui déterminent l'hémianesthésie sont des lésions mixtes, c'est-à-dire qu'elles intéressent simultanément la couche optique et la capsule interne. Dans ces cas, l'hémianesthésie reconnaît pour cause la destruction de la partie postérieure de la capsule interne. — Dans un certain nombre d'observations pathologiques, dans lesquelles on trouve signalée, pendant un temps variable, l'existence d'une hémianesthésie complète ou incomplète, on n'a rencontré à l'autopsie que des lésions limitées exactement à la couche optique. Il y a lieu de croire que, dans ces cas, l'hémianesthésie temporaire était due à une altération, non plus destructive, mais de voisinage, de la capsule, à une compression exercée par la lésion siégeant dans la couche optique sur le faisceau sensitif situé à la partie postérieure de la capsule interne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

M. POLAILLON a présenté au mois de mai dernier, une observation de présentation par le tronc qu'il attribuait à un vice de conformation de l'utérus. La tête du fœtus était logée dans une excavation anormale et il y avait une insertion vicieuse du placenta. Aujourd'hui, il vient apporter un fait de présentation du tronc, causé par le cloisonnement incomplet de la cavité utérine. La forme du ventre était anormale; les flancs étaient développées plus que d'ordinaire. A la palpation, on distinguait deux saillies volumineuses qui auraient pu faire croire à une grossesse gémellaire. D'ailleurs, le bassin était régulièrement conformé et il n'y avait pas de tumeur dans l'excavation pelvienne. L'état général de la mère était bon, à part un affaiblissement assez marqué. Des tentatives de version par manœuvres externes furent faites sans réussir à ramener le fœtus dans une position plus favorable pour l'accouchement. Le 24 octobre le travail se déclara sans que la position eût pu être modifiée. L'enfant naquit asphyxié, mais il put être ranimé. Lorsque l'utérus revint sur lui-même, *il prit une forme triangulaire.* Les suites de couches, d'abord normales, furent bientôt contrariées par une diarrhée intense à laquelle la malade finit par succomber. A l'autopsie on put constater que l'utérus était divisé en deux moitiés dont la gauche était plus développée que la droite. M. Polaillon présente à la Société un moule de cette cavité utérine en faisant remarquer que, dans un utérus ainsi conformé, le fœtus doit nécessairement se présenter en travers. Dans le cas dont il s'agit, la grossesse était trop avancée pour que la version par manœuvres externes pût réussir, mais si la femme s'était présentée au bout du sixième mois au lieu du huitième, on eût pu obtenir de bons résultats.

L'auteur conclut qu'une des causes de la présentation du tronc peut être la malformation de l'utérus. M. Polaillon offre à la Société un mémoire sur le rôle de l'utérus dans la présentation du tronc, dans lequel il recherche si cette présentation ne doit pas être attribuée à une insertion vicieuse du placenta. La vérification de cette hypothèse ne pourra être donnée que par des faits plus nombreux.

DISCUSSION

M. BLOT s'étonne que les mesures du bassin n'aient pas été prises. Un bassin mal conformé peut être cause de présentation vicieuse, et ce n'est pas avec deux faits de malformation de l'utérus qu'on peut établir une règle comme celle que propose M. Polaillon. Dans un cas de malformation analogue, M. Blot a vu la présentation se faire par l'épaule.

M. POLAILLON avait reconnu, à la simple inspection, et constata de nouveau, à l'autopsie, que le bassin était bien conformé. Des femmes bien conformées peuvent avoir une présentation par le tronc. Des tumeurs à l'ovaire peuvent être aussi une cause de présentation du tronc. Quant aux insertions vicieuses du placenta, leur cause est inconnue; l'utérus s'élargit transversalement chez les femmes multipares, et cette circonstance pourrait peut-être en donner un peu l'explication, puisque c'est chez les multipares qu'on les rencontre le plus souvent.

M. GUÉNIOT a remarqué que certaines femmes qui ont eu une présentation irrégulière à leur premier accouchement ont à leur deuxième une présentation normale.

M. POLAILLON répond que, dans ces cas, il n'y a pas malformation de l'utérus. Cet organe peut, par des grossesses répétées, s'habituer à mieux accomplir ses fonctions.

COMMUNICATION

Corps étranger du rectum. — M. GILLETTE présente un fragment de manche de pelle qu'un malade, entré dans son service, s'était introduit dans le rectum depuis cinq jours. Par le toucher rectal on reconnaissait la présence d'un corps dur et rugueux qui put être extrait à l'aide d'une tenette. C'était un fragment de manche de pelle ayant 22 centimètres de longueur et 4 de diamètre. Les suites de l'opération furent très-simples. Le malade voulut sortir au bout de trois jours et M. Gillette a fait prendre de ses nouvelles depuis sa sortie. Il a très-bien guéri.

NOMINATION D'UNE COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES DE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Sont élus : MM. Houël, Farabœuf, Terrier, Magitot.

COMMUNICATION

Mal de Pott. — M. TRÉLAT communique le fait suivant : on lui mena il y a trois ans une fillette de huit ans sur laquelle il porta le diagnostic suivant : *Mal de Pott; gibbosité; probabilité d'abcès par congestion.* Il conseilla de la placer dans une gouttière de Bonnet et d'interdire tout mouvement du tronc. M. Trélat n'avait plus entendu parler de cette enfant, quand, au bout de quelques mois, il apprit qu'on lui avait fait suivre un autre traitement dirigé par M. Dally avec un plein succès. L'enfant fut ramené à M. Trélat dix

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

mois après la première consultation. Elle avait bon aspect et ses mouvements étaient libres; mais tout récemment on la lui ramena encore et cette gibbosité est devenue un peu plus douloureuse et il y a un abcès considérable de la région hypogastrique. M. Trélat a traité un autre enfant par le repos le plus absolu et celui-ci n'a pas eu d'abcès. Sans avoir la pensée de critiquer en quoi que ce soit le traitement institué, le professeur termine en conseillant de se défier des apparences de guérison.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Le mal de Pott est devenu une maladie curable depuis qu'il a été reconnu que toute sa thérapeutique est dans l'hygiène des malades et l'*immobilité absolue pendant des années.* Malheureusement on trouve, chez certains parents, une répugnance extrême à suivre les instructions données. Lorsqu'on rencontre des parents plus sages, on obtient des résultats remarquables. Non-seulement on arrête la marche du mal de Pott, mais on arrête aussi la marche des abcès par congestion. M. Verneuil compte au moins six enfants qui ont parfaitement guéri par le traitement qu'il leur a fait suivre. La gouttière Bonnet est un instrument infidèle quand le mal de Pott dépasse la sixième vertèbre dorsale; il faut alors mettre aux enfants une cuirasse moulée. Mais, comme le dit M. Ollier, les appareils seuls ne suffisent pas, il faut encore l'immobilité.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouvier, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, ancien médecin de l'hôpital des Enfants, auteur des *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, professées à l'hopital des Enfants-Malades, et d'un grand nombre de rapports et de communications à l'Académie sur des sujets se rattachant principalement aux maladies des enfants et aux difformités, et l'un des collaborateurs du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* et du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* M. Bouvier, que nous avions vu encore très-bien portant mardi dernier à l'Académie de médecine, malgré son âge avancé et sa presque cécité, est mort par suite d'un accident dû à cette infirmité.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 137. — MARDI 27 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 27 NOVEMBRE 1877. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 26 novembre 1877.

Lorsqu'une œuvre vraiment originale apparaît, il est du devoir, il est de l'honneur de la presse d'examiner avec intérêt et courtoisie ce que cette œuvre peut nous apprendre. Le silence n'empêche jamais la vérité de se produire. Le vrai savant doit détruire l'erreur et ne pas se contenter de taire les travaux qui contrarient ses propres recherches.

Ces réflexions nous sont inspirées par la lecture de « l'Essai de psychologie », que M. Édouard Fournié publie sous le titre « la Bête et l'Homme » (1). M. Fournié n'est pas un étranger pour nos lecteurs. Ils savent que, depuis nombre d'années, notre confrère s'est voué à l'étude de la physiologie cérébrale. Sortant des routes ordinaires, l'auteur entend faire une physiologie du cerveau en utilisant simultanément les procédés de la méthode psychologique et ceux de la méthode expérimentale. Il désire ramener chacune des expressions du vocabulaire psychologique à son phénomène correspondant. Tel est le but. Quels sont les moyens? C'est ce que nous allons examiner.

On comprend que l'anatomie du système nerveux dût servir de base à un semblable travail. Aussi l'auteur s'était-il appliqué dans sa « Physiologie du système nerveux cérébro-spinal » à résumer sur ce point les travaux les plus autorisés (2) et les plus récents. Quant à la physiologie cérébrale proprement dite, elle était sans doute représentée par certains faits résultant de l'expérimentation ou de l'observation pathologique, mais, en réalité, elle n'existait pas à l'état de fonction cérébrale.

Déterminer ce qu'on doit entendre par « fonction cérébrale », spécifier la nature de cette fonction, telles furent les premières difficultés qu'eut à vaincre M. le docteur Fournié. Pour y parvenir, il posa d'abord en principe que le cerveau, au point de vue fonctionnel, doit être soumis aux mêmes lois que les autres organes. Mais ces lois générales n'étant pas formulées, l'auteur fut conduit à établir sa division de la « vie organique » et de la « vie fonctionnelle ». Dans chaque fonction particulière, il dut considérer l'excitant, la matière et les mouvements fonctionnels. Puis, pour déterminer la nature essentielle de chaque fonction, il considéra le produit particulier de chaque organe et distingua, par ce moyen, les fonctions « à produit chimique », les fonctions « à produit mécanique » et les fonctions « s'accomplissant selon les lois de la dynamique moléculaire. »

M. Fournié n'accepte pas l'exclusivisme des physiologistes, qui ne voient dans l'économie que des lois et des procédés physico-chimiques. La méthode varie selon la nature du produit de l'organe. Quand il s'agit du système nerveux, l'auteur n'hésite pas à proclamer la nécessité de l'emploi du procédé psychique, qui consiste à étudier sa propre manière de sentir. Cette introduction de la méthode psychologique dans l'étude du cerveau constitue un réel progrès. En effet, ce qui établit la distinction entre le cerveau et une pile électrique, c'est que la pile ne sent pas qu'elle engendre une force qui échappe à sa direction, tandis que le cerveau sent sa propre activité et la dépense avec conscience. Il est, par conséquent, logique d'accorder à ce sentiment un rôle de premier ordre dans l'étude du cerveau.

Au procédé psychique, il fallait joindre un autre procédé, celui qu'on emploie dans l'étude de l'électricité. De même qu'on étudie les phénomènes électriques au moyen de certains appareils placés sur les conducteurs de la pile, de même l'auteur étudie les phénomènes intimes de la vie cérébrale (la pile) sur les conducteurs qui émergent de l'organe, et qui traduisent par un mouvement extérieur ce qui s'est passé dans l'organe même.

Tout mouvement exécuté par nos organes est la traduction d'un moment de la vie cérébrale. Mais pour que cette traduction soit réellement utile, il est nécessaire que le physiologiste analyse minutieusement chacun des éléments qui entrent dans le mouvement, car cette analyse lui fournira le seul guide qui puisse diriger ses investigations au milieu de la substance cérébrale.

Tous les mouvements s'effectuent dans l'homme d'après un même mécanisme. Dans tous, on trouve une impression sentie, le réveil des notions acquises et l'excitation motrice. Le but et le mobile du mouvement peuvent différer, mais le

(1) Un vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Didier et Ce.

(2) Nous signalerons, à ce propos, un ouvrage, trop peu connu en France, couronné en 1847 par l'Académie de Gand. Cet ouvrage a pour titre : « De la structure intime du système nerveux », par A. Retsin. (Gand, 1847). Il présente, avec des planches très-remarquables, les idées les plus ingénieuses touchant les connexions des éléments nerveux.

mécanisme physiologique est le même. De sorte que, la fonction cérébrale — résultante des mouvements particuliers — peut être désignée, avec M. Fournié, sous le nom de fonction « cérébro-motrice. »

Si l'analyse de tous les mouvements a une grande importance au point de vue de l'étude du cerveau, les mouvements du langage occupent certainement la première place, et l'on comprend que notre savant confrère ait concentré toute son attention sur cet ordre de mouvements (1).

L'analyse des mouvements était le préambule indispensable de la recherche des éléments matériels qui entrent en jeu dans les diverses activités cérébrales; mais il fallait déterminer ces éléments matériels. Ici, l'expérimentation et l'observation pathologique doivent faire leur œuvre, et nos lecteurs connaissent le résultat des injections interstitielles dans le cerveau des chiens vivants, qui ont permis à l'auteur d'établir dès 1872, que :

1° Tout sentiment actuel, ou de souvenir, se développe dans la région des couches optiques;

2° Toutes les impressions senties dans les couches optiques réveillent l'activité propre des cellules de la périphérie corticale du cerveau, et, à leur tour, l'activité de ces dernières peut réveiller dans les couches optiques une perception de souvenir;

3° L'activité motrice se développe entre les cellules de la couche corticale du cerveau et les cellules des corps striés.

Considérées isolément, ces trois localisations fondamentales ne se trouvent-elles pas parfaitement justifiées par les faits pathologiques? N'est-ce pas, dans la région optique que l'on trouve les lésions qui accompagnent les troubles de la sensibilité? N'est-ce pas dans la région corticale que l'on trouve les lésions qui accompagnent les troubles de la mémoire et de l'association des idées? N'est-ce pas, enfin, dans les centres blancs et dans les cellules d'où émanent les fibres blanches que l'on rencontre les lésions qui accompagnent les troubles de la motilité?

Considérées dans leur enchaînement et dans leur ensemble, ces trois localisations correspondent à chacun des trois stades de l'évolution fonctionnelle : à l'impression sentie (excitant fonctionnel), au réveil des notions acquises (matière fonctionnelle), à l'excitation motrice (mouvements fonctionnels).

Cette manière de concevoir les localisations cérébrales appartient bien en propre à l'auteur. Elle se distingue essentiellement des autres conceptions localisatrices, et surtout des localisations de M. Luys, qui considère la couche corticale du cerveau comme la dernière étape où les impressions se transforment en sensations et en idées (2). Cette dernière manière de voir rend impossible l'explication de la mémoire, et se trouve en contradiction avec les faits pathologiques. Les paralytiques généraux continuent à voir, à entendre, à odorer, à sentir de toutes les façons, bien que les cellules de la couche corticale soient profondément lésées. Par contre, les mêmes faits donnent raison à M. Fournié qui ne localise dans cette région que les conditions de la mémoire et de l'association des idées.

Un coup-d'œil général sur la méthode et la direction des travaux de M. le docteur Fournié nous a semblé utile, avant de présenter son livre. On ne peut le comprendre sans s'être pénétré des idées de l'auteur, et nous ne regretterons pas le développement que nous avons dû leur donner, si le lecteur nous a trouvé suffisamment clair.

Sans nous attarder à expliquer comment la psychologie, considérée dans sa base, s'identifie avec la physiologie cérébrale, ouvrons le nouveau livre de notre confrère, et pour donner une idée de son travail, il nous suffira maintenant d'en esquisser les principaux traits.

Après avoir défini ce qu'on doit entendre par le mot perception, M. Fournié fait passer sous nos yeux toutes les choses « senties » (besoins, passions, plaisir, douleur, perceptions sensorielles, sensation-signe), qui constituent les éléments fondamentaux de la vie cérébrale. Chaque expression psychologique est ramenée à son phénomène physiologique correspondant. Nous assistons alors à la mise en œuvre de ces éléments sous le nom d'activités psychiques. Ces activités, s'exerçant sur les choses senties et retenues dans le cerveau, donnent naissance à la connaissance de l'animal et de l'homme, aux mouvements et aux actes, à la mémoire et au langage.

Dans ce chapitre — consacré à l'activité — l'auteur établit la différence essentielle qui existe entre l'animal et l'homme : à l'un, la notion sensible et le mouvement instinctif; à l'autre, la notion et le mouvement intelligents.

On lira avec intérêt le chapitre consacré aux langages, au langage phonétique et au langage mimique.

Cette partie est traitée de main de maître, et l'on devait s'y attendre, car c'est par la publication de la « Physiologie de la voix et de la parole » que l'auteur entra dans la vie scientifique. Avant lui, la physiologie du langage n'existait pas. En déterminant les conditions physiologiques de cette fonction, l'auteur a, de l'avis de tous les hommes compétents, rendu un grand service à la science. Sans cette détermination, il était impossible de résoudre le problème de la pensée, et désormais, par la connaissance des lois qui président à la formation du langage, l'enseignement des sourds-muets pourra reposer sur des bases scientifiques.

Les notions sensible et intelligente, les mouvements et les actes, la mémoire et le langage représentent ce que M. le docteur Fournié désigne sous le nom d' « activités fondamentales », parce qu'on les rencontre dans tout mode d'activité de l'esprit. Il réserve le nom de « modes supérieurs de l'activité psychique » à la conscience, à la volonté, à la pensée, à l'imagination, à la raison, toutes choses considérées jusqu'à présent comme des « facultés fondamentales », et qui ne sont, comme le démontre l'auteur, que des modes d'activité parfaitement déterminables. M. Fournié place, enfin, les facultés de l'âme un peu plus haut, c'est-à-dire dans l'essence même de l'âme.

Le chapitre qui clôt la liste des éléments constitutifs de l'âme est consacré aux « sentiments de l'individualité. » Ces sentiments proviennent de l'individu considéré dans son ensemble et dans ses rapports avec lui-même, avec ses semblables et avec Dieu. Cette nouvelle manière de considérer les besoins, les passions, les vices, les vertus de l'être humain, a permis à l'auteur de rattacher ces sentiments généraux à leur véritable origine et de les faire entrer dans un classement général des éléments psychiques.

Après avoir ainsi analysé, défini séparément chacun des éléments constitutifs de l'âme, M. Fournié, dans une dernière partie, reprend en main les fils séparés de son analyse, il les groupe dans leurs relations naturelles, et les considérant dans leur ensemble, il arrive à une définition raisonnée de l'âme.

Ici, nous nous arrêtons; laissant à des gens spéciaux le soin

(1) *Physiologie de la voix et de la parole. — Physiologie du sourd-muet.*

(2) Luys. *Recherches sur le système nerveux*, page 345.

de juger et d'apprécier cette définition raisonnée de l'âme.

Aussi bien, est-il temps de résumer notre impression.

L' « Essai de psychologie » que nous venons d'analyser est une œuvre essentiellement neuve, et dans la méthode et dans la nature des idées. Cette œuvre s'adresse tout d'abord aux physiologistes et aux médecins, mais elle ne passera pas inaperçue de ceux qui ont souci de connaître l'origine réelle de nos sentiments et les conditions physiologiques de l'activité humaine.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De la contagion dans les angines couenneuses communes et dans les angines diphthéritiques.

C'est par centaines que nous voyons ici, dans nos salles et en ville, des *angines couenneuses communes* pour employer le langage de Bretonneau, angines sans gravité, et des *angines diphthéritiques* accompagnées d'adénite, de croup et souvent d'infection générale, avec leucocythose, endocardite végétante, infarctus pulmonaires et sous-cutanés et néphrite parenchymateuse albuminurique.

Ces deux espèces d'angines, comme on le sait, sont très-différentes dans leur nature, dans leur marche, et dans leurs terminaisons.

Elles ne se ressemblent que par leur caractère anatomique d'exsudation folliculaire blanchâtre des amygdales, pouvant s'étendre et former des pellicules couvrant l'amygdale, le pharynx, la luette et atteignant le larynx.

Ces points sont formés de fibrine, de mucine et de leucocythes entremêlés comme dans les fausses membranes larges et bien formées.

Seulement, dans l'angine couenneuse commune, ces points d'exsudation blanchâtres s'étendent rarement bien loin, ils se réunissent à un point voisin pour former une tache plus large, ils amènent parfois l'ulcération de l'amygdale ou la suppuration superficielle de la glande, mais ils n'engendrent pas le croup ni l'intoxication diphthéritique. La maladie ne s'accompagne pas d'albuminurie, de leucocythose, ni de phénomènes généraux graves. Elle reste locale et guérit en sept ou huit jours.

Tous les médecins ont vu des faits semblables qui sont extrêmement communs, non-seulement chez les enfants, mais encore chez l'adulte et ceux qui ont une expérience assez longue de la profession, distinguent avec soin ces angines simples des angines véritablement diphthéritiques. Comme elles viennent souvent d'une exposition au froid, ils les appellent aussi *angine à frigore* et ils ont raison. En les comprenant dans la diphthérite, Bretonneau était dans le vrai, au point de vue anatomique, mais cliniquement, faire rentrer ces angines dans la diphthérie, c'est contraire a l'observation. Qu'en résulte-t-il? C'est que, beaucoup de jeunes médecins qualifiant du titre d'angine couenneuse les cas de maladie où ils observent l'exsudation blanche, pointillée des amygdales, jettent l'épouvante dans les familles et croient souvent guérir de véritables angines couenneuses, lorsqu'ils n'ont guéri que des angines couenneuses simples qui guérissent très-aisément par toutes les médications.

Ces angines couenneuses simples sont toutes des affections locales et elles ne deviennent jamais infectieuses.

Malgré cela, elles se transmettent par contagion avec la plus grande facilité. Elles sont mille fois plus contagieuses que l'angine diphthéritique qui ne l'est pas autant qu'on le dit.

Il n'est pas de famille où lorsque, sous l'influence du froid, il se développe une angine couenneuse commune, avec exsudation pointillée blanche des amygdales, on ne voie deux ou trois personnes de la maison être prises de la même manière. Et, ici, la contagion s'opère des parents et des domestiques aux enfants, ou bien des enfants aux parents et aux personnes qui les soignent. Si c'est le père, la mère ou la bonne qui commencent, les enfants sont pris à leur tour ou réciproquement. C'est une maladie des plus contagieuses, mais, comme elle n'a pas une gravité bien terrible, le fait n'a pas d'importance en pratique. — Il n'est intéressant qu'en pathogénie d'après les conséquences qu'il en faut tirer pour la nature de l'angine diphthéritique.

Ceux qui, à tort, selon moi, font de la diphthérite une maladie primitivement générale infectieuse comme la variole ou la scarlatine, invoquent surtout la contagion comme preuve à l'appui de leur opinion. — Cette preuve est sans force puisque l'angine couenneuse commune, maladie simple toute locale, est également contagieuse et même encore plus facilement contagieuse. — Il en est de cette angine comme de la stomatite ulcéro-membraneuse qu'on a voulu ranger dans la diphthérite à cause de son produit et qui n'est qu'une affection locale également douée de propriétés contagieuses.

La contagion à distance, par l'air, ne prouve pas qu'une maladie soit primitivement générale. Une foule de maladies locales sont contagieuses par l'atmosphère sans qu'aucun contact direct soit nécessaire. — L'air chargé de miasmes, de ferments morbides, de sporules, de germes bactériques, etc., peut être le moyen de transport d'une foule de maladies parasitaires et d'une foule de maladies jusqu'ici réputées inflammatoires.

L'ophthalmie purulente est bien la plus locale des maladies. Elle est aussi contagieuse que possible et n'entraîne jamais d'accidents généraux. Son germe n'est autre, dit-on, que la poussière des cellules de pus oculaire desséché et voltigeant dans l'atmosphère.

On a dit, et le fait se trouve dans les journaux de médecine militaire, qu'en Algérie, on observe quelquefois, sur les soldats, des blennorrhagies qui n'ont pas d'origine vénérienne et qui seraient des catarrhes épidémiques et contagieux de l'urèthre.

La coqueluche, catarrhe pharyngo-épiglottique, maladie locale ne devenant jamais infectieuse, se transmet par contagion de la manière la plus évidente, et M. le docteur Poulet croit en avoir découvert l'origine dans une certaine espèce de bactéries qu'il a fait connaître en 1867.

La grippe, le coryza, la stomatite ulcéro-membraneuse, le catarrhe du canal de Sténon qui produit les oreillons sont également des maladies contagieuses épidémiques qui se transmettent par des germes invisibles, encore inconnus, disséminés dans l'atmosphère. Doit-on considérer ces germes contagieux si variés comme des bactéries desséchées formant la poussière que nous respirons? Cela serait au moins prématuré. Un jour peut-être la science découvrira dans les grains de poussière d'un rayon de soleil la forme spécifique des germes d'une maladie spécifique, mais cela n'est pas encore fait. Il est donc sage de rester dans les limites de l'observation et de n'admettre comme réel que ce qui est démontré.

Ce qu'il y a à démontrer en clinique, pour le médecin, c'est que chaque maladie reproduit son germe comme la plante reproduit sa graine; c'est que chaque organe malade produit un pus et des granulations qui lui sont propres; que le pus de la stomatite ulcéro-membraneuse ne produit pas

plus l'angine gangreneuse et couenneuse, que l'angine couenneuse ne produit la stomatite ulcéro-membraneuse. — Ce que je dis là de ces maladies, on peut le dire de la plupart des autres maladies contagieuses. Ce qui sort d'un oreillon comme germe transmissible, ne germera que s'il touche le canal excréteur de la salive et s'il tombe sur les gencives ou sur les amygdales il ne produira rien. — A chaque graine son fruit. Le pus dysentérique ne produira pas la blennorrhagie ou l'ophthalmie purulente, il ne produira que la dysentérie, et il est très-rare de voir des organes différents devenir malades par suite de la germination d'un principe morbide élaboré par l'un d'eux.

Cela se voit cependant pour le pus blennorrhagique qui, né dans l'urèthre, peut produire l'ophthalmie blennorrhagique, mais ce fait est exceptionnel. En général, la spécificité d'organes entraîne la spécificité des germes morbides. — Voilà pour les maladies contagieuses locales.

Maintenant, pour les maladies contagieuses générales, comme les fièvres éruptives, et les typhus, dans lesquels la nosohémie joue le principal rôle, le principe morbide ne devient dangereux que lorsqu'il a déterminé la maladie par une sorte de fermentation du sang dans laquelle il se reproduit. — Bactéries du sang de la variole, bactéries du typhus, bactéries de la septicémie avec les granules moléculaires qui les accompagnent en si grand nombre, voilà le principe morbide figuré que l'on croit pouvoir reconnaître. Est-ce bien là le principe morbide? Le fait n'est pas démontré. En quoi les bactéries du sang variolique diffèrent-elles des bactéries du sang de la fièvre typhoïde ou du sang de telle autre maladie épidémique générale. — On ne saurait le dire, et les nombreuses variétés bactériques décrites par Ehrenberg, Davaine et les autres naturalistes, n'ont pas de caractères différentiels qui puissent faire reconnaître les bactéries de la variole, de celles qui s'observent dans la fièvre typhoïde.

A cet égard, il faut attendre que l'on soit arrivé à des faits plus précis et à des appréciations plus rigoureuses.

Comme on le voit, la contagion d'une maladie ne prouve pas qu'elle soit une maladie générale produisant l'infection du sang et comme conséquence des lésions organiques disséminées.

S'il est vrai qu'il en soit souvent ainsi, la contagion existe également dans une foule de maladies primitivement locales et pouvant rester telles ou devenir générales si des circonstances favorables se présentent. — La pustule maligne est de ce nombre.

Parmi elles se trouve aussi l'angine couenneuse commune, très-contagieuse, mais restant locale et ne faisant presque jamais périr les malades.

C'est là un fait qu'il n'est pas inutile de rappeler, afin d'enlever au caractère contagieux de certaines maladies fébriles, une signification d'empoisonnement de l'organisme qui n'existe pas.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Ganglion suppuré au voisinage de la parotide. Fistule salivaire.

Je veux vous dire, aujourd'hui, quelques mots d'un petit malade du dehors, qui est venu nous consulter pour une fistule de la région parotidienne, consécutive, nous a-t-on dit, au développement d'un ganglion suppuré. Cet enfant est d'une constitution délicate; il présente, en outre, à la surface des téguments de la tête quelques petites éruptions qui annoncent qu'il est un peu lymphatique. De là, aux ganglions qui suppurent, il y a, vous le savez, bien peu de chemin à faire.

Rien n'est plus commun que des ganglions qui suppurent; et c'est surtout au cou, vers la partie inférieure que l'on rencontre ce genre d'affection. Mais que deviennent les fistules qui succèdent à ces ganglions? Cette étude ne manque pas d'intérêt.

Ces fistules diffèrent dans les produits qu'elles peuvent fournir, suivant la nature des ganglions malades. Est-ce une adénite aiguë suppurée? La suppuration finit par détruire le tissu ganglionnaire, et il est rare alors que la maladie ne guérisse soit spontanément, soit par l'intervention du chirurgien qui se borne à prescrire, pour hâter la cicatrisation, des applications de pommade, d'onguents, etc.

S'agit-il d'une adénite chronique? Des poussées inflammatoires se déclarent de temps en temps; la fistule se ferme, se rouvre, et la maladie se prolonge ainsi indéfiniment, donnant lieu chaque fois à une suppuration assez franche.

Le ganglion a-t-il de la tendance à sécréter des produits caséeux, ainsi que cela se voit chez les individus qui, comme notre petit malade, sont un peu prédisposés à la scrofule? Dans ces cas, la fistule donne peu, mais le liquide qui s'en écoule n'est pas franchement purulent; il est mélangé à des produits caséeux, et quand des symptômes inflammatoires viennent à éclater, leur manifestation s'accompagne de phénomènes locaux et généraux en même temps que les ganglions voisins peuvent se prendre à leur tour.

Les ganglions ne sont pas les seules tumeurs qui, dans cette région du cou, sont susceptibles de suppurer. Certains kystes également peuvent s'enflammer et laisser après eux une fistule intarissable. Mais ces faits sont trop rares pour que nous nous y arrêtions davantage.

Ici, à quelle variété de ganglions avons-nous eu affaire? En dehors de la fistule que nous avons sous les yeux, nous ne trouvons pas vestige d'autres ganglions. Ce fait nous indique déjà que nous sommes en présence d'une maladie bénigne : il n'y a, en effet, que les ganglions de bonne nature qui soient uniques; ceux de mauvaise nature ont de la tendance à se multiplier. Ici, il est vrai, le ganglion a suppuré, mais actuellement on n'en retrouve plus trace, et la maladie se borne à une seule fistule par laquelle s'écoule un liquide qui, à la simple inspection, paraît clair comme de la salive; c'est à peine si en pressant, on peut obtenir quelques gouttelettes de pus en quantité extrêmement minime, et qui communiquent un aspect légèrement louche au produit de la sécrétion.

Par conséquent, en raison de la nature de l'écoulement et en tenant compte des données habituelles de la pathologie, nous sommes autorisés à admettre qu'il y a eu chez cet enfant une adénite, laquelle, en suppurant, a amené la mortification d'un certain nombre d'acini de la glande parotidienne avec laquelle le ganglion malade se trouvait en contact; puis les parties mortifiées de la parotide se sont éliminées, et il en est résulté plusieurs petites fistules salivaires qui sont venues s'ouvrir dans le conduit primitif. Ce diagnostic, qui nous est confirmé d'ailleurs par l'examen microscopique auquel nous avons soumis le liquide que fournit la fistule, est rendu plus certain encore, s'il est possible, par ce fait que, pendant que l'enfant mange, il s'écoule de l'orifice fistuleux une quantité abondante de salive.

Que faut-il faire pour guérir cet enfant? Pour cela trois

procédés sont à notre disposition. Le premier, et en même temps le plus simple, consiste à comprimer le trajet fistuleux, de manière à empêcher aux produits de la sécrétion salivaire de s'épancher dans la petite cavité. On y arrive en favorisant l'adossement des parois au moyen de lotions iodées qui en déterminent l'adhérence. Ce moyen est long et n'est pas toujours suivi de succès.

Le second procédé est plus sûr : il consiste à agrandir largement la cavité par une incision, et à modifier les parois de la poche, soit en les excitant avec le nitrate d'argent, soit, si celui-ci ne suffit pas, avec des caustiques plus énergiques. Cette méthode m'a toujours réussi et j'y recourrai volontiers chez notre petit malade si la compression, jointe aux lotions iodées que je me propose d'essayer préalablement, ne donne pas de résultats satisfaisants.

Enfin, le troisième moyen qui reste à notre disposition est, en quelque sorte, intermédiaire entre les deux précédents. On introduit simplement, par l'orifice fistuleux une petite quantité d'un caustique quelconque, nitrate d'argent ou pâte de Canquoin, puis l'on fait la compression. Mais cette méthode a un inconvénient : avec elle, en effet, l'inflammation que l'on cherche à provoquer pour obtenir l'adhérence des parois, peut se propager aux parties voisines et donner lieu à un abcès.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'insuffisance mitrale et des phénomènes cardiaques dans la fièvre typhoïde (1).

(Leçon recueillie par le docteur Garcin, chef de clinique.)

IV

La myocardite, que nous avons invoquée pour expliquer les divers symptômes cardiaques de la fièvre typhoïde, n'est pas une pure hypothèse, c'est un fait; mieux encore, c'est une lésion bien et dûment constatée. La clinique peut ici pleinement s'appuyer sur le témoignage de l'anatomie pathologique, qui a le droit de réclamer une grande part dans cette découverte de la science moderne. Sans doute, Graves et Stokes connaissaient déjà plusieurs des phénomènes cardiaques du typhus fever, le frère aîné de notre dothiénentérie, mais ils n'en avaient pas pénétré la nature. Lorsque Zeuker eut décrit les altérations musculaires de la fièvre typhoïde et que Waldeyer eut établi leur processus inflammatoire, une question devait être posée, celle de savoir si la myosite n'atteint jamais le cœur. Il fallait rechercher la lésion et en déterminer les symptômes. Un problème anatomique et un problème clinique se présentaient à la fois : Hayem a eu, plus que personne, le mérite et l'honneur de les résoudre tous deux. La myocardite aura désormais sa place parmi les manifestations de la fièvre typhoïde.

Quelle est cette place? quels sont les rapports qui unissent l'altération du muscle cardiaque avec l'affection générale dont elle dépend? tel est le quatrième et dernier problème dont nous recherchons aujourd'hui la solution.

Ces rapports sont réciproques. Il y a une action productrice de la fièvre typhoïde sur la myocardite et une influence modificatrice de la myocardite sur la fièvre typhoïde.

A. — L'action pathogénique de la dothiénentérie sur la myosite cardiaque mérite d'être étudiée moins dans son ensemble que dans ses principaux éléments.

Dans son ensemble, nous savons qu'elle est réelle, qu'elle est fréquente, qu'elle est inégale chez les divers sujets; mais il sera toujours difficile d'en déterminer les limites et surtout de préciser où elle commence. Au point de vue anatomique, elle est reliée à l'état sain par une série de congestions plus ou moins intenses, et de modifications nutritives plus ou moins accentuées, qui établissent des transitions insensibles entre le muscle normal et le muscle réellement enflammé. Au point de vue clinique, il y a aussi une série de troubles fonctionnels à nuances diverses, où l'on voit une myocardite légère et un état général intense produire sur le cœur des effets communs, de sorte qu'on ne saurait dire dans quelle proportion exacte la myocardite vient s'ajouter à la dothiénentérie. Une observation attentive nous l'a montrée dans un quart des cas; il est probable qu'une observation plus attentive encore et moins difficile pour l'acceptation des cas douteux, en trouverait un plus grand nombre; il est possible aussi qu'une observation, plus sceptique et moins fréquemment répétée, parvienne plus rarement à la saisir.

Examinée dans ses principaux éléments, cette influence de la fièvre typhoïde sur la myocardite peut être considérée au point de vue étiologique, au point de vue sémiotique, au point de vue thérapeutique.

Au point de vue étiologique, il nous faut rechercher les rapports de la myocardite avec les causes qui ont produit la dothiénentérie; au point de vue sémiotique, les rapports de la myocardite avec chacune des formes, chacun des principaux symptômes de cette affection; au point de vue thérapeutique, enfin, les rapports de la myocardite avec les divers traitements employés.

S'il est un fait pour nous bien établi, c'est que la myocardite ne se développe pas nécessairement en raison directe de l'intensité de l'intoxication typhoïde. Nous en avons trois preuves : d'abord, la myocardite complète avec souffle mitral, a pu se développer dans un simple cas de fébricule typhoïde; le sujet de notre septième observation en est un exemple. En second lieu, plusieurs de nos malades les plus graves, de ceux qui ont succombé, ne nous ont pas présenté de phénomènes cardiaques. Notre mortalité, dans la dothiénentérie, ayant été de un sur sept, nous n'avons perdu que trois de nos dix-sept sujets atteints de myocardite, et sur les trois, un seul avait une myocardite intense; deux, par contre, une myocardite légère; plusieurs de ceux qui ont eu les symptômes les plus intenses et les plus prolongés de cette affection, notamment les sujets de notre quatrième et de notre quatorzième observation, sont aujourd'hui complétement rétablis. C'est là peut-être une série comme il ne s'en reproduira pas de longtemps et dont il faut bien se garder de tirer des conclusions exagérées. Enfin, il est des cas, et notre dix-septième sujet en est le type, où les symptômes cardiaques sont beaucoup plus accusés que les autres signes de la dothiénentérie: ce sont des fièvres typhoïdes à forme cardiaque.

Ce défaut de rapports entre l'intensité de la fièvre typhoïde et ses phénomènes cardiaques produits par cette maladie serait capable d'étonner ceux qui, suivant une tendance trop répandue aujourd'hui, oublient une notion fondamentale en étiologie: tout état morbide est le produit de deux facteurs, une cause extérieure qui le propose et une prédisposition interne qui l'accepte. Cette prédisposition, qui est générale, appartenant à l'individu tout entier, se double de prédisposition propre à chaque organe. Pour qu'une influence

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 novembre.

morbide se fasse sentir, il faut donc non-seulement qu'une action extérieure se présente, mais encore que l'individu et ses organes soient disposés à la recevoir.

La disposition n'est pas toujours et constamment la même chez le même sujet et chez le même organe. Tel individu tel organe qui, à un moment donné, a repoussé une influence morbide, la subira plus tard. C'est ce que nous voyons dans la myocardite typhoïde où interviennent deux influences accessoires qui méritent d'être notées : l'âge du sujet, la période de la maladie.

L'état civil de nos malades, la plupart étrangers, laisse trop à désirer pour que nous puissions établir, dans la question de l'âge, une statistique sérieuse, mais, parmi nos sujets, la myocardite a été rare au delà de trente ans, et la jeunesse a paru favoriser le mal.

Quant à la période de l'affection, nous avons constaté, comme Hayem, que le second septénaire est le plus souvent celui où commencent les troubles cardiaques. Cette règle n'est cependant pas sans exception. Chez notre quatorzième malade, ils ont débuté au sixième jour; c'est aussi, suivant toute probabilité, au sixième jour qu'ils ont débuté chez notre dix-septième malade, dont les renseignements très-vagues ont été confirmés par l'apparition des taches rosées lenticulaires, deux jours seulement après les premiers troubles du cœur.

Au point de vue sémiotique, nous remarquons que la myocardite a coïncidé, chez nos sujets, avec toutes les formes de la dothiénentérie : l'ataxique avec délire violent, l'adynamique, la forme commune, la forme légère. Les troubles nerveux les plus divers se sont manifestés, tantôt avec elle, tantôt en dehors d'elle; les phénomènes thoraciques les plus accentués l'ont accompagnée ordinairement; le plus souvent, quand elle s'est produite, les symptômes abdominaux ont été légers. Avec elle, comme en dehors d'elle, les bruits vasculaires ont été habituels et les hémorrhagies par les muqueuses ont été fréquentes. Aucune tendance à la gangrène chez ceux qui en ont été atteints.

Mais, de tous les symptômes, celui qu'il importait le plus d'étudier dans ses rapports avec la myocardite, c'est la température. Nos faits sont loin de concorder tous avec la théorie de Liebermeister, qui fait de l'élévation de la température la cause des myosites que produisent les pyrexies. Sans doute, chez quelques-uns de nos sujets, le thermomètre a dépassé 40 degrés. Il s'est élevé à 40,6 dans notre dix-septième observation, à 40,5 dans la quatorzième. Mais, par contre, chez d'autres malades, il est resté très-bas; chez notre huitième malade, par exemple, il n'a pas dépassé 39,2. Chez le dixième, il s'est arrêté à 38,8; puis est survenue une rechute, où la température s'est élevée à 40,2, sans que, à part une impulsion un peu tumultueuse, de nouveaux phénomènes cardiaques se soient manifestés.

Il y avait à rechercher encore si, en diminuant l'impulsion cardiaque, la myocardite ne modifierait pas les relations ordinaires entre la température centrale et celle des extrémités. Notre chef de clinique, M. le docteur Garcin, a bien voulu se charger de ce problème; il est arrivé à des résultats négatifs.

Au point de vue thérapeutique, enfin, n'ayant pas suivi une médication uniforme, mais ayant fait, autant que possible, la médecine des indications, nous étions, jusqu'à certain point, en mesure d'apprécier si l'emploi de tel ou tel agent médicamenteux favorise la myocardite. Ici encore, les résultats de nos recherches ont été négatifs, et nous ne pouvons ni formuler une accusation, ni lancer un soupçon contre une médication déterminée.

B. Mais la myocardite née de la fièvre typhoïde peut, à son tour, exercer une certaine influence sur la maladie qui l'a produite et modifier les problèmes que celle-ci présente au praticien.

Elle agit, en effet, sur le diagnostic, qu'elle obscurcit et complique; sur le pronostic, qu'elle aggrave; sur le traitement, enfin, où il y a des moyens qu'elle écarte et d'autres qu'elle réclame.

Elle obscurcit et complique le diagnostic en lui posant des questions nouvelles et des questions d'une grave difficulté. Quand ses symptômes se manifestent, le médecin doit rechercher s'il se trouve en présence d'une myocardite, d'une endocardite ou de troubles nerveux. Constatant à la fois un état typhoïde et des phénomènes cardiaques, il peut se trouver hésitant entre l'endocardite ulcéreuse et la fièvre typhoïde avec myocardite, c'est-à-dire entre la maladie où l'affection cardiaque produit un état typhoïde et celle où la fièvre typhoïde produit une affection cardiaque.

Elle aggrave le pronostic un peu par sa signification, puisque souvent elle indique une intoxication profonde, bien que nous ayons observé ces faits qui font exception à cette règle, un peu par la terrible complication qu'elle peut provoquer, la mort par syncope, complication dont vous n'avez pas à douter, bien que vous ne l'ayez pas observée dans nos salles. N'oubliez pas cependant que la plupart des myocardites guérissent sans laisser de traces.

Enfin, elle doit influer sur le traitement. Elle est une indication pour les toniques du cœur, notamment l'alcool, le quinquina et le café. Elle est une contre-indication pour les bains froids, à cause des morts subites par syncope, auxquelles elle prédispose. Elle modifie l'emploi de certaines substances, de l'acide salicylique, par exemple, qui, à cause de son action dépressive sur le cœur, doit être administré dès lors à dose plus faible et associé à l'alcool.

Vous voyez donc que la connaissance de la myocardite des typhoïdes n'est pas indifférente au praticien.

NÉCROLOGIE

Les obsèques de M. le docteur Bouvier, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, ont eu lieu vendredi.

M. Panas, président de la Société de chirurgie, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société de chirurgie de Paris, remplir un triste devoir, celui de rendre un hommage public à la mémoire d'un de nos collègues les plus illustres.

La perte de M. Bouvier nous a été d'autant plus sensible, qu'un fatal accident est venu nous le ravir au milieu d'une verte vieillesse, alors que tout semblait lui promettre des jours heureux au sein d'une famille qui le vénérait et l'adorait.

Qui de nous, messieurs, a pu s'empêcher d'admirer, il y a peu de jours encore, ce vieillard presque aveugle, qui se faisait conduire régulièrement chaque mardi à l'Académie de médecine pour y suivre assidûment les séances.

Ce vieillard respectable et d'un abord affable et bienveillant, n'était autre, vous le savez, que M. Bouvier.

Hors d'âge désormais pour produire de nouveaux travaux, il venait puiser, dans le sanctuaire de la science qu'il aimait tant et qu'il avait si brillamment cultivée, des enseignements utiles. Digne exemple à offrir aux générations qui s'élèvent et dont elles ne sauraient trop profiter!

Naguère encore, M. Bouvier suivait avec la même assiduité, et en y prenant une part active, les séances de la Société de chirurgie, qu'il a contribué à illustrer par ses travaux et par son réel talent d'orateur.

La Société de chirurgie reconnaissante l'a nommé son président pour l'année 1858, et lui a conféré plus tard le titre de membre honoraire.

Ce n'est, messieurs, ni le lieu ni l'heure de vous parler des travaux scientifiques de notre regretté collègue. Ce soin incombe au secrétaire général, qui, lorsque le moment sera venu, saura remplir ce pieux devoir avec tout le talent que nous lui connaissons. Qu'il me suffise de dire ici combien est grande la place que M. Bouvier s'est faite par son talent et par son savoir parmi ses contemporains.

Travailleur infatigable, esprit perspicace, orateur et écrivain distingué, notre collègue possédait en lui toutes les qualités qui font que son nom restera à jamais gravé dans les fastes de la médecine française contemporaine.

La Société de chirurgie, fière de l'avoir compté parmi les siens, conservera le souvenir ineffaçable de sa mémoire et, par la voix de son président, lui adresse un dernier adieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

293. Passerat. Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée.

294. Rabasté. Essai sur le diagnostic du cancer du poumon.

295. Perrin. Interprétation nosologique de la réapparition des symptômes de la fièvre typhoïde pendant la convalescence de cette maledie.

296. Fauconnier. Contribution à l'étude de l'uréthrite chronique simple chez l'homme considérée surtout au point de vue anatomo-pathologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 novembre, M. Faye, membre de l'Institut, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Brunet, dont la démission a été acceptée.

— Mercredi dernier a eu lieu l'inauguration de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Trois discours ont été prenoncés, le premier par M. l'inspecteur général Chauffard, délégué par le Gouvernement; le second par M. le recteur, et le troisième par M. Lortet, doyen de la nouvelle Faculté. M. le doyen, en terminant son discours, a énuméré aux étudiants les devoirs de leur condition; il leur a parlé de travail, d'assiduité, de discipline. Cette allocution a été chaleureusement applaudie.

— M. le docteur de Pietra Santa fera, à la salle des Conférences, 39, boulevard des Capucines, le mardi 27 novembre, à huit heures et demie du soir, une conférence sur l'acclimatement dès Européens en Algérie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9 248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).
Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune*, *rouge et gris*), tel est le secret de l'*Élixir vineux de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot. *J. Laroche*

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Coton iodé préparé par J. THOMAS.
pharmacien de 1re classe,

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Goudron végétal Le Beuf.
Il possède l'avantage d'offrir *sans altération* et sans perte *l'ensemble* des principes actifs du goudron, et de représenter conséquemment *toutes les qualités* de ce médicament complexe. (*Com. Thérap. du Codex*, par A. GUBLER, 2e édit., p. 167 et 314.) Exiger la signature de l'inventeur.

Dépôt dans les principales pharmacies.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT
Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies*, *métrorrhagies*, *ménorrhagies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Le Phosphate monocalcique
Cristallisé de BARBARIN.

C'est le *phosphate de chaux* à son *maximum* de pureté et de puissance.

Solution et sirop reconstituant, titré à 1 gr. par 30.

Vin reconstituant, titré à 1 gr. par 60.

Paris, 163, rue de Belleville et toutes les pharm.

Koumys — Edward
Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward
Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.
Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

DÉPÔT CENTRAL : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

Bourboule, SOURCE Choussy.
Eau minérale chaude (60°25), saline mixte et la plus *arsenicale* connue (12 milligrammes d'acide arsénieux par litre).

C'est avec l'eau de la Bourboule-Choussy qu'ont été faites dans les hôpitaux de Paris, notamment à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis par MM. Guéneau de Mussy, Bazin, etc., les expériences qui ont fondé la réputation de la Bourboule.

Applications. — Anémies, scrofules, rhumatisme et goutte atoniques, syphilis tardive, fièvre intermittente, affections de la peau, des os, des articulations, maladies de poitrine, etc., etc.

Emploi. — Deux à trois verres par jour aux repas.

Dépôt. — Chez les pharmaciens et les marchands d'eaux minérales.

Envoi direct par M. CHOUSSY, propriétaire à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Diathèse urique.
Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Diabète, Albuminurie, Coliques néphrétiques, Coliques hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan
AU SEL DE BERTHOLLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; FAYARD, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique
LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

N° 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1877. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce n'est pas séance de l'Académie de médecine, c'est séance de l'Académie de chirurgie qu'il faudrait dire aujourd'hui. C'est la chirurgie seule, en effet, la grande chirurgie, la chirurgie des grandes opérations, des grands délabrements, avec toutes ses graves conséquences d'hémorrhagie et de septicémie, qui a été en cause hier, et qui, très-probablement, va occuper à peu près seule un assez grand nombre de séances, à en juger par l'empressement que les chirurgiens ont mis à demander la parole. Il s'agit de cette grave opération dont M. Verneuil entretenait l'Académie dans l'une de ses précédentes séances, et qui fait si grand peur, suivant sa juste expression, à tous les chirurgiens, la désarticulation de la hanche, et, à cette occasion, des importantes questions de l'hémospasie, de la réunion et des pansements antiseptiques. MM. J. Rochard et Perrin, si compétents l'un et l'autre, ont engagé hier contradictoirement le débat auquel M. Verneuil avait fait appel. On trouvera dans le compte rendu les argumentations de ces deux éminents chirurgiens. La question est trop importante pour que nous ne croyons pas devoir, avant de laisser s'engager plus avant cette discussion, mettre sous les yeux de nos lecteurs ce qui doit en être la base, c'est-à-dire l'exposé des faits et des méthodes qui constituent le fond de la communication de M. Verneuil. C'est ce que nous ferons dans le prochain numéro.

Dans cette séance, l'Académie avait à procéder à la nomination d'un membre dans la section de pharmacie. M. Riche a été élu à une imposante majorité.

L'Académie poursuit à la fin de ses séances les lectures de rapports de prix qui, à en juger par les considérants seuls exposés au public (les conclusions étant réservées pour les comités secrets), ne laissent espérer qu'une bien faible récolte de lauriers pour le jour de la distribution solennelle.

Dr Brochin.

Si nos lecteurs veulent bien nous le permettre, nous leur signalerons, à cette place d'honneur, deux nouvelles publications de notre collaborateur et ami M. le docteur Bouchut.

L'une est la *troisième édition* du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale,* en collaboration avec M. A. Després. Cet énorme volume, à deux colonnes de texte, comprendra la thérapeutique de toutes les maladies médicales et chirurgicales avec le formulaire de toutes les médications nouvellement introduites dans la science, et rendra les plus utiles services à tous les praticiens.

L'autre est la *septième édition* du *Traité des maladies des enfants à la mamelle et de la seconde enfance,* augmentée de plusieurs chapitres importants.

La préface est précédée d'une lettre au ministre de l'instruction publique que nous publions ici, et qui dit tout haut ce que chacun dit tout bas depuis tant d'années. La *Gazette des hôpitaux* ayant toujours rendu justice à l'éminent médecin des enfants, lui ayant, depuis plus de vingt ans, ouvert largement sa publicité, à la satisfaction de ses lecteurs français et étrangers, est heureuse de reproduire cette préface.

Les succès de l'enseignement libre et de sa pratique spéciale la plus considérable de Paris, ont répondu à ce que l'injustice du gouvernement de l'instruction publique en France a eu d'offensant et de persécuteur pour M. Bouchut.

A monsieur le ministre de l'instruction publique.

Monsieur le ministre,

Voici bientôt trente-trois ans que ce livre a été imprimé pour la première fois. C'est aux sympathies de plusieurs générations d'élèves que j'en attribue la propagation et le succès. Il est dans la bibliothèque de tous les médecins; il a été traduit en *anglais,* en *allemand,* en *russe* et en *espagnol.* — J'en donne aujourd'hui la *septième édition,* augmentée d'un grand nombre de recherches importantes.

Si j'énumère un peu plus loin tous mes apports à la symptomatologie et au diagnostic des maladies de l'enfance, c'est moins par un sentiment d'orgueil, qui, d'ailleurs, serait suffisamment excusable, que pour établir le chemin parcouru par moi en clinique depuis l'apparition de ce livre. *Cherchez et vous trouverez,* dit l'Evangile : depuis trente-trois ans, je n'ai cessé d'observer, de chercher et d'enseigner à l'hôpital; il n'est pas surprenant, parmi tant de choses offertes à mes regards, qu'il s'en soit rencontré de nouvelles et dignes d'entrer définitivement dans la science.

C'est pour moi un devoir de faire ces remarques, en présence des injustices sans nombre dont j'ai été la victime de la part du gouvernement de l'instruction publique. Avec tant de découvertes cliniques en tout genre, avec les titres scientifiques considérables que j'expose à la première page de ce livre, et lorsque je puis me féliciter de voir tous ces ouvrages répandus à profusion dans le monde entier, comment n'aurais-je pas quelque fierté de mes œuvres. Mais cette glorification est inutile. Je ne puis que plaindre la France où tant d'hommes célèbres ont été et sont tenus à l'écart des fonctions publiques au profit de médiocrités impuissantes. On n'a pas réussi

à étouffer mon enseignement ni à me pousser au désespoir. J'ai combattu en riant de mes adversaires et en prenant le masque du pseudonyme dans les concours académiques pour être sûr d'obtenir un prix qui ne m'eût jamais été accordé sous mon nom véritable. Soutenu par cette passion virile du travail qui élève l'âme au-dessus des atteintes de l'intrigue et qui entretient les ardeurs du dévouement à la science, je me suis complétement relégué dans l'étude de l'homme malade. Là, il n'y a plus d'ennemis. On ne peut craindre que son insuffisance : mais si l'on parvient à en triompher au point de pouvoir saisir quelques phénomènes ignorés ou mal connus, alors on se trouve bien dédommagé de la critique des impuissants.

Ce que j'ai découvert a été contrôlé par le public d'élèves et de médecins qui m'a entouré dans mon enseignement clinique. Cela me suffit. J'ai su voir et comprendre ce que d'autres regardaient sans voir. J'ai eu du bonheur à le chercher et à le dire, une satisfaction non moins grande à l'écrire, et ces plaisirs-là sont, en France, la véritable et souvent l'unique récompense du savant.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le ministre, votre très-devoué serviteur.

Hôpital des Enfants-Malades, 28 novembre 1877.

E. Bouchut.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Diarrhée sénile.

Le malade, qui va faire le sujet de cette leçon, est un homme de soixante-deux ans, paraissant avoir joui autrefois d'une constitution robuste, et qui est entré à l'hôpital pour une diarrhée dont le début remonte à environ quatre mois. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents : cet homme déclare seulement qu'il était fréquemment sujet, au renouvellement de chaque saison, à avoir de la diarrhée. Quelque temps avant d'être pris de la diarrhée pour laquelle il est actuellement en traitement, il eut un phlegmon érysipélateux de l'avant-bras qui suppura, et c'est après la guérison de cet abcès, que la diarrhée commença à se montrer sans s'accompagner toutefois ni de coliques, ni de douleurs. Sous l'influence de ce phénomène, cet homme ne tarda pas à s'affaiblir et bientôt la diarrhée prit une telle intensité, qu'il eut une véritable incontinence de matières fécales.

A l'entrée du malade à l'hôpital nous avons constaté les phénomènes suivants : le ventre ne présente pas de ballonnements; il n'est pas douloureux, ni spontanément, ni à la pression ; le foie paraît normal ; la rate non plus ne semble pas avoir varié dans ses dimensions. Enfin, interrogé sur sa manière de vivre, cet homme nous a déclaré s'être toujours bien nourri ; il n'a, dit-il, subi aucune cause de refroidissement, n'habite pas, un logement humide et ne présente enfin dans ses antécédents, aucun accident de nature à nous éclairer sur la cause de sa maladie.

Vous savez qu'en effet, dans les cas de ce genre, les vices du régime peuvent quelquefois être accusés de produire la diarrhée : l'ingestion de substances non appropriées, de l'eau en trop grande quantité ou trop froide sont fréquemment cause de diarrhée incoercible. Le catarrhe gastrique agit de la même manière, par action réflexe et par vice de sécrétion. Mais ce qu'il importe surtout de rechercher avec le plus grand soin dans les faits de cette nature, ce sont les maladies générales. Parmi celles-ci, la tuberculose est de toutes la plus importante et ce que l'on ne se rappelle peut-être pas assez, c'est que la diarrhée est souvent une des premières manifestations de la tendance à la tuberculisation. Enfin, cette forme est également une des plus graves, parce qu'elle indique une propension à la généralisation de la maladie et que, de plus, le malade ne mangeant pas et n'assimilant pas, les accidents marchent beaucoup plus vite chez lui que chez tout autre.

L'arthritisme a été mis aussi souvent en avant et non sans raison dans cette étiologie. Il en est de même de l'intoxication paludéenne qui est également plus souvent qu'on ne le croit la cause première de cette forme de diarrhée. M. Jules Simon, en particulier, a rapporté des faits très-curieux, dont l'origine a été prouvée par le succès de la médication quinique.

Dans ces cas, la diarrhée était le seul symptôme d'impaludisme qu'il fût possible de constater. Pour mon compte, j'ai observé moi-même plusieurs fois des faits analogues dans lesquels j'ai obtenu le même succès par le sulfate de quinine.

Enfin, toutes les circonstances qui amènent la débilitation de l'économie, sont une cause de diarrhée. A ce titre, la vieillesse est une des causes puissantes de diarrhée, à tel point qu'on a décrit isolément la diarrhée des vieillards, avec des altérations anatomiques telles que des épaississements ou des altérations de la muqueuse intestinale. Dans ces cas, sauf la diarrhée, il y a, comme chez notre homme, peu de troubles digestifs, pas de douleurs abdominales, même dans des cas où l'autopsie a permis de découvrir de profondes ulcérations de l'intestin. Les malades deviennent pâles, bouffis, leur peau s'amincit, ils maigrissent et tombent dans une profonde apathie. Cette diarrhée se rapproche ainsi beaucoup par sa forme de celle de la pellagre. L'étiologie, dans ces conditions, n'a cependant rien de spécial ; ce que l'on peut dire, c'est que la vieillesse constitue une prédisposition extrême à l'entéro-colite. Chez le malade en question, il est difficile d'invoquer une autre raison que son âge ; non pas son âge calculé sur le nombre des années, car il n'a que soixante-deux ans, mais l'âge qu'il présente par son état de vieillesse anticipée. On a dit en effet, il y a longtemps et avec raison, qu'on a l'âge de ses artères ; or cet homme a les artères âgées ; elles sont athéromateuses et de plus il présente tous les attributs de la sénilité.

Dans un cas semblable, le pronostic est toujours des plus sérieux. D'après M. Durand-Fardel, tout vieillard, qui a présenté cet état pendant plusieurs semaines, est incurable. Cette opinion est certainement exagérée, mais il est réel que la guérison est extrêmement difficile parce que l'on n'a chez les gens âgés aucune action sur les organes qui balancent la fonction intestinale, à savoir les reins et la peau. Chez notre malade, bien que rien dans ses antécédents n'établisse qu'il y ait chez lui de l'intoxication paludéenne antérieure, nous avons donné le sulfate de quinine. Sous l'influence de ce médicament, la diarrhée s'est beaucoup modifiée ; au lieu d'être constamment inondé de ses matières, le malade n'a plus que trois ou quatre selles par jour.

Comment peut agir le médicament dans ce cas ? Il semblerait, d'après ce qui s'est passé chez ce malade, que le sulfate de quinine, outre ses propriétés anti-périodiques, par la propriété dont il jouit de provoquer la contraction des capillaires, peut diminuer la vascularisation intestinale et modifier ses sécrétions. Quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on invoque, l'observation montre quel parti on peut tirer de ce médicament dans des cas semblables.

DU SUC INTESTINAL

ET DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES PURGATIFS

Par M. le docteur Leven

J'ai communiqué, il y a trois ans, un travail à l'Académie de médecine relatif au suc intestinal, et la conclusion de ce travail était que le suc intestinal n'était pas alcalin, comme le prétendaient les physiologistes, mais acide. Mes conclusions étaient fondées sur des expériences faites avec l'infusion des membranes intestinales dans l'eau distillée.

De nouvelles recherches faites sur les substances purgatives m'ont confirmé dans ma première opinion. Les physiologistes qui ont cru avoir constaté que le suc intestinal est alcalin, opposaient le milieu intestinal alcalin au milieu stomacal acide, considéraient l'estomac comme un organe fermé, où la peptonisation des substances azotées se fait et comme indépendant de l'intestin.

Les expériences pour obtenir du suc intestinal ne leur fournissaient pas du suc intestinal, ainsi que je l'ai dit, mais la plupart des éléments du sang qui constituent un liquide alcalin. Frerichs, Budder et Schmidt, Collin, tiraient une anse d'intestin de l'abdomen d'un animal, appliquaient à ses extrémités deux ligatures et la rentraient dans l'abdomen.

Après quelques heures, ils examinent un liquide qui s'est déversé dans l'intestin; ce liquide est alcalin, et ils l'ont considéré comme étant du suc intestinal.

Armand Moreau ne se contente pas de faire les ligatures, il enlève tous les nerfs qui vont à l'anse intestinale et trouve dans l'intestin, après quelques heures, un liquide alcalin.

Pour ces expériences, qui exercent un traumatisme, on ne produit pas plus de suc intestinal qu'on ne produit de suc gastrique en irritant la muqueuse stomacale avec une sonde ou un autre instrument.

En étudiant l'action des drastiques sur l'intestin, j'ai trouvé un liquide identique à celui qu'on obtient par ce traumatisme, et qui n'est pas du suc intestinal. Je donne 50 centigrammes de coloquinte à un chien, et le tue après deux heures. Je trouve dans l'intestin 150 grammes d'un liquide alcalin; le liquide est chargé de leucocytes, d'albumine, de chlorure de sodium, etc., la plupart des éléments du sang y sont réunis, sauf la matière colorante du sang.

Avec l'huile de croton, le jalap, j'ai les mêmes résultats. Ils ne diffèrent que par le temps nécessaire pour l'excrétion du liquide.

Les phénomènes physiologiques qui accompagnent cette excrétion sont les suivants :

Dans une première période, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin est pâle, le calibre des vaisseaux rétréci, les vaisseaux sont effacés, les mouvements de l'estomac et de l'intestin énormement augmentés.

Cette période est suivie d'une deuxième, où les vaisseaux sont dilatés, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin sont diminués.

Ce qui revient à dire que le drastique irrite les nerfs sensitifs, que l'irritation se transmet aux nerfs vaso-moteurs; de là, contraction des vaisseaux et accélération des mouvements stomacaux et intestinaux, qui est en rapport avec leur état anémique.

Le drastique produit donc le même effet que le traumatisme sur l'intestin.

Il détermine une véritable saignée et congestionne tous les viscères de l'abdomen, et fait excréter de l'albumine par les reins. Si on emploie une grande quantité de drastique, on verra se produire des ulcérations sur la muqueuse stomacale et celle du gros intestin, là où il séjourne le plus longtemps, et non à cause d'une action élective.

L'action des salins est toute différente. Je donne à un chien 30 grammes de sulfate de magnésie dans 70 grammes d'eau ; après une heure, j'y trouve dans l'intestin grêle 250 grammes de liquide neutre transparent, qui ne renferme pas trace d'albumine ni de leucocytes, mais est composé d'eau et de chlorure de sodium.

La muqueuse de l'intestin a la coloration normale; les vaisseaux, les mouvements de l'intestin n'ont subi aucun changement.

Ainsi l'excrétion n'est pas due à une irritation de la muqueuse et semble plutôt pouvoir s'expliquer comme phénomène d'osmose.

Si on compare les résultats de l'action des purgatifs drastiques et salins et les phénomènes physiologiques qu'ils produisent, on voit qu'ils sont tout différents.

Les liquides qu'ils produisent ne se ressemblent pas. Avec les drastiques on a un liquide alcalin visqueux, composé de leucocytes, d'albumine, de chlorure de sodium, etc., la même qu'ont obtenue Frerichs, Collin, Budder, Schmidt, en liant l'intestin.

Leur action est très-dangereuse.

Avec les salins on n'a qu'un liquide neutre, qui se compose d'eau et de chlorure de sodium.

On a émis plusieurs théories pour expliquer l'effet des substances purgatives. Il y a longtemps que Poiseuille voulait les expliquer par les lois de l'exosmose. Cette explication n'est applicable qu'aux salins.

La théorie de Thory et de ses élèves, qui pensaient que l'intestin à l'état physiologique sécrète des liquides et les résorbe, mais que les purgatifs accélèrent les mouvements de l'intestin et empêchent la résorption.

Or, la sécrétion des liquides est imaginée, et parmi les purgatifs, les drastiques seuls accèlèrent les mouvements.

Enfin, il y a une théorie qui a été soutenue par M. Vulpian, à savoir que tous produisent un catarrhe de l'intestin, et que ce catarrhe est cause de l'abondance de liquide. Ce catarrhe ne s'observe pas avec l'emploi des salins.

Quant aux drastiques, l'irritation n'est qu'une phase d'un ensemble de phénomènes physiologiques que nous avons décrits, et on peut dire qu'elle est liée à une excitation des nerfs sensitifs de l'intestin.

THÉRAPEUTIQUE

Des toniques locaux et des toniques diffusibles.

Par M. le docteur Nitard.

Depuis une trentaine d'années, il s'est fait, contre la médecine de Broussais, une réaction considérable. Au lieu de déprimer l'économie par la saignée, on cherche aujourd'hui à relever, à stimuler les forces générales en donnant des toniques.

Malheureusement ceux-ci ne réalisent pas toujours le but que les médecins se proposent. La plupart, en effet, comme l'extrait mou de quinquina, le fer et ses diverses préparations, n'ont qu'une action purement locale; ils s'adressent exclusivement à l'estomac, dont ils augmentent l'activité fonctionnelle; ils ne pénètrent pas dans l'économie, et, leur action sur la muqueuse stomacale épuisée, ils sont expulsés avec les selles.

En outre, ces toniques, que nous appellerons des toniques locaux, ont un inconvénient considérable : c'est d'être astringents et, par suite, de déterminer une constipation souvent opiniâtre. Or, cette dernière, à peine produite, a toujours pour résultat un trouble immédiat des fonctions digestives.

Pour qu'un tonique soit réellement utile, il faut donc que son action, loin d'être localisée à un seul organe, à l'estomac, s'étende sur l'économie tout entière; il faut que, entraîné dans le système circulatoire, il pénètre dans chaque organe en particulier et en réveille les fonctions ralenties. En un mot, les toniques doivent être diffusibles.

Quelques alcaloïdes et parmi eux les vins de quinquina remplissent parfaitement la première de ces conditions. Les éléments toniques de ces substances se répandent avec l'alcool qui les tient en dissolution dans l'économie tout entière, et à l'action locale qu'ils exercent sur l'estomac, vient se joindre une action générale qui retentit sur chaque organe en particulier. Mais, comme les toniques locaux, les toniques diffusibles ont le grand inconvénient d'être doués de propriétés astringentes extrêmement marquées et, par conséquent, de constiper.

Seul le vin de coca fait exception à cette règle générale, et, sous ce rapport, on peut dire qu'il a rendu un service immense à la thérapeutique, car, tandis que l'on est obligé de suspendre le vin de quinquina après un temps plus ou moins long, l'administration

du vin de coca, qui possède des vertus astringentes très-peu marquées, a l'avantage, sur le premier, de pouvoir être indéfiniment prolongée sans que la constipation soit la conséquence fâcheuse de son usage.

Nous n'énumérerons pas ici les nombreux avantages que l'on peut tirer de ce médicament, dans la plupart des maladies, des affections chroniques, affections pulmonaires, laryngite, diabète, obésité, et surtout dans ces anémies profondes que laissent après elles les maladies graves qui affectent l'économie d'une manière générale. Nous dirons seulement quelques mots d'une forme d'anémie, sur laquelle l'attention des médecins n'a pas encore été éveillée, et qui cède merveilleusement à l'administration du vin de coca. Nous voulons parler de cet état de dépression profonde de l'économie, d'appauvrissement du sang extrêmement marqué, qui résulte de l'abus prolongé des balsamiques, dans le traitement des affections des voies urinaires.

Le nombre des individus qui, atteints de blennorrhagie, font de nos jours un usage déplorable du cubèbe, du copahu, de la thérébentine, etc., est, en effet, considérable. Il est tel que sur cent dyspeptiques jeunes, on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que quarante au moins le sont par le fait des balsamiques.

De même, le nombre des malades atteints de gravelle urique, que l'usage prolongé, et à dose élevée, des moyens que nous venons de rapporter, a rendus dyspeptiques, puis névropathiques, est énorme. Comme les premiers, ceux-ci doivent le trouble profond de leurs fonctions digestives à l'abus immodéré des résines, et des oléo-résines.

Il est donc de première nécessité de relever ces individus, en leur faisant prendre, après leur avoir administré quelques laxatifs légers et quelques préparations destinées à remonter l'estomac, non pas du fer, non pas du quinquina, non pas comme nous le disions plus haut des toniques topiques qui ne serviraient à rien ou à peu de chose, mais des toniques diffusibles, c'est-à-dire qui s'adressent à la fois à l'état local en même temps qu'à l'état général et qui, de plus, ne constipent pas.

C'est alors que le vin de coca de Mariani, intervient avec de grands avantages, et réussit là où les autres ont échoué, en stimulant d'une part, par la petite quantité de tannin qu'il contient, les fonctions de l'estomac; tandis que d'autre part, les principes actifs de la coca, entraînés avec l'alcool qui leur sert de véhicule, vont exciter la vitalité de chaque organe isolément, non sans toutefois avoir préalablement exercé leur action vivifiante sur la muqueuse stomacale elle-même.

Nous disons le vin de coca de Mariani, car pour produire ces résultats, le vin de coca exige certaines conditions de préparation qui ne sont pas toujours heureusement remplies, et que le vin Mariani, qui contient les parties extractives solubles de 60 grammes de feuilles représentant 12 centigrammes de cocaïne, nous a paru réaliser au plus haut degré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente pendant l'année 1876 (commission des épidémies);

2° Une lettre de rappel du Conseil municipal de Paris à propos de la demande en autorisation d'exploiter la source des Fonds-Bouillants, adressée il y a un mois à l'Académie ;

3° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Lamallou pour l'année 1875 ;

4° Les rapports sur les services des hôpitaux militaires de Vichy et de Bourbon-l'Archambault (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail manuscrit de M. le docteur Abeille, sur le traitement des épanchements purulents de la plèvre avant de pratiquer l'opération de l'empyème ;

2° Une brochure de M. Maurivre, sur un monstre à trois membres pelviens.

PRÉSENTATIONS

M. LASÈGUE présente une jeune fille de quatorze ans, qui offre une des bosses frontales plus développée que l'autre, avec un défaut de symétrie dans les os palatins. Cette jeune fille est épileptique, ce qui vient confirmer la thèse que soutient M. Lasègue, à savoir que la déformation de la boîte crânienne est une des causes de cette maladie.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Bouvier, membre titulaire, et celle de M. Roux, associé national à Toulon.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouvier.

M. Cl. Bernard avait été désigné pour représenter l'Académie à la séance d'inauguration de la Faculté de médecine de Lyon. N'ayant pu s'y rendre, M. Bernard a écrit à M. le doyen une lettre, dont M. le président donne lecture.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Riche; en deuxième ligne, M. Bourgouin; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Grassi et Méhu, et en quatrième ligne, M. Prunier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 70, la majorité de 36, M. Riche obtient 65 suffrages, M. Méhu 4, 1 bulletin blanc. En conséquence, M. Riche est proclamé élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection de cinq membres pour former le jury du concours Vulfranc-Gerdy.

Sont élus : MM. Béclard, Gubler, Jules Lefort, Pidoux et Broca.

DISCUSSION SUR LES DIVERS PROCÉDÉS D'AMPUTATION ET DE DÉSARTICULATION.

M. ROCHARD. Dans la séance du 29 août, M. Verneuil vous a fait une communication dont l'importance n'a échappé à personne, et ne saurait passer inaperçue. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'un procédé opératoire et d'un mode de pansement appliqués à la désarticulation coxo-fémorale, c'est le principe même de la réunion immédiate qui est mis en cause, c'est la doctrine de la septicémie qui se trouve incidemment soulevée.

M. Verneuil a pratiqué quatre fois la désarticulation coxo-fémorale. Il a perdu ses trois premiers malades; il a eu le bonheur de sauver le quatrième, et il attribue son succès au procédé opératoire qu'il a suivi et au mode de pansement qu'il a adopté.

Dans son opinion, la plupart des blessés qui succombent à la suite de cette grande opération, sont enlevés par la perte trop considérable du sang ou par la septicémie. Ils meurent exsangues ou empoisonnés. Il faut donc recourir à un mode opératoire qui prévienne le premier de ces accidents et un mode de pansement qui s'oppose au second. Ce sont là les deux points qu'il s'agit d'examiner.

Lorsqu'on pratique une amputation dans la continuité d'un membre et à quelque distance du tronc, il suffit de comprimer l'artère principale pour prévenir l'hémorrhagie, mais lorsque l'instrument tranchant porte sur la racine du membre, il n'en est plus ainsi, et dans la désarticulation coxo-fémorale, la compression de la crurale au pli de l'aine ne prévient pas l'écoulement du sang qui se fait par les branches de l'hypogastrique, par les rameaux de l'obturatrice en dedans, par ceux de la fessière et de l'ischiatique en arrière. La rapidité de l'exécution n'y peut rien, quelque expéditif que soit l'opérateur, il s'écoule toujours assez de sang entre le moment où le couteau divise les rameaux et celui où ils sont liés pour que le malade ait de la peine à s'en relever. La compression de l'aorte elle-même est impuissante, parce qu'elle est impraticable sur un grand nombre de sujets et parce que les mouvements qu'il faut imprimer au bassin pendant l'opération et par conséquent au tronc qu'il termine, la rendent presque toujours illusoire, quelle que soit l'habileté de l'aide auquel elle est confiée.

Pour ménager le sang de son malade, M. Verneuil a recours à un moyen plus sûr. Il procède à l'ablation de la cuisse, comme s'il s'agissait d'enlever une tumeur volumineuse. Il abandonne le couteau pour le bistouri et divise les tissus couche par couche, en liant les rameaux au moment où il les découvre et avant de les ouvrir.

Ce mode opératoire constitue une véritable méthode, car M. Verneuil en a depuis longtemps généralisé l'emploi. C'est en 1864 qu'il l'a mise à exécution pour la première fois, et à la fin de l'année 1870, il avait déjà pratiqué de cette façon huit grandes amputations, trois désarticulations de l'épaule, deux désarticulations de la hanche, une amputation intra-deltoïdienne d'abcès, et deux amputations de jambe. Au début, ce n'était pas pour épargner le sang de ses malades, que M. Verneuil avait imaginé cette méthode, c'était pour obvier aux dangers de la compression, qu'il accusait de déterminer souvent la phlébite inguinale. Je n'ai jamais observé cet acccident dans les cas extrêmement nombreux où j'ai recouru à cette compression, et je serais disposé à l'attribuer à une autre cause, mais, je n'en suis pas moins partisan en principe de la méthode proposée par M. Verneuil. Elle présente des difficultés d'exécution, elle exige une main plus exercée que les procédés expéditifs auxquels on a eu recours jusqu'ici, elle est moins rapide et moins brillante, mais elle est plus chirurgicale dans le sens qu'il convient d'attacher aujourd'hui à ce mot. Je me bornerai à faire remarquer à M. Verneuil, sans songer le moins du monde à lui contester la priorité de cette innovation, qu'il y a près de trente ans que M. Marcellin Duval a substitué le bistouri au couteau, dans la pratique de la plupart des amputations et qu'il a formulé le précepte de lier les vaisseaux principaux avant de les diviser. Il se sert exclusivement du scalpel pour toutes les amputations de la main, de l'avant-bras, du pied, et de la jambe à sa partie inférieure, il réserve le couteau pour trancher d'un seul coup les masses musculaires d'un grand volume comme celles qu'on rencontre au mollet et à la cuisse.

Dans la désarticulation coxo-fémorale en particulier, il emploie le scalpel pour tracer ses lambeaux et les disséquer, pour couper le couturier, le droit antérieur et le tenseur de l'aponévrose; il lie ensuite l'artère fémorale et le plus souvent la veine fémorale, il divise alors toujours avec le scalpel, le premier adducteur, il lie la fémorale profonde, coupe le psoas iliaque et ouvre la partie antérieure de l'articulation. Il prend alors le couteau, tranche d'un premier coup les muscles internes, et d'un second les muscles postérieurs, il reprend alors le scalpel et divise les muscles et les tendons péri-articulaires, ainsi que le reste de la capsule. La tête du fémur s'échappe alors de la cavité cotyloïde, le ligament inter-articulaire est coupé et le membre tombe. Il y a loin de cette manière de procéder à celle de M. Verneuil.

Je ne chercherai pas à comparer entre elles ces deux manières de faire, j'ai eu simplement pour but d'établir les titres de mon ancien maître. Il a été l'un des premiers à réagir contre cette chirurgie brutale qui fait tomber les membres en trois coups de couteau comme un bucheron abat un arbre en trois coups de cognée. Il a montré la supériorité du bistouri dans la plupart des amputations et conseillé de lier les artères avant de les ouvrir. Ce précepte avait pour lui d'autant plus d'importanee, qu'il professait devant des médecins de la marine qui n'ont souvent à bord d'autre aide que leur infirmier et à une époque où il n'était pas encore question de la méthode d'Esmark pour assurer l'hémostasie préventive.

M. Rochard, faisant des réserves quant à la supériorité de la méthode ovalaire sur la méthode à lambeaux, passe au second point de la question.

Pour prévenir la septicémie, M. Verneuil, au lieu de rapprocher les parties molles jusqu'au contact, les étale dans toute leur étendue. Il ouvre la plaie le plus largement qu'il peut, dans le but d'éviter les anfractuosités, les angles, les recoins, dans lesquels les liquides peuvent séjourner. Il lui faut une large surface plane, afin de pouvoir la panser à plat comme un vésicatoire.

Il est impossible de revenir d'une façon plus radicale aux anciens errements de la chirurgie. Ce n'est pas seulement la réunion secondaire, c'est la désunion complète qu'il préconise. Je sais que M. Verneuil ne propose son mode de pansement que pour la désarticulation de la hanche, mais je ne pense pas aller au-delà de sa pensée si je dis que, dans son esprit, la réunion immédiate est condamnée en principe. C'est elle que je viens défendre.

Après un historique de la question depuis l'époque où Roux, à son retour d'Angleterre, naturalisa en France cette méthode, jusqu'à l'époque où fut imaginée l'introduction d'un tube à drainage au fond de la plaie, M. Rochard continue en ces termes :

Cette heureuse innovation fut mise en pratique pour la première fois, à la fin de 1859, à l'hôpital de Saint-Mandrier par MM. J. Roux et Arlaud, sur des blessés de l'armée d'Italie. Ils y joignirent la réunion immédiate et la suture entrecoupée, et sur 22 désarticulations qu'ils pratiquèrent de cette façon, ils n'eurent pas à déplorer un seul décès. Or, dans ce nombre figuraient 4 désarticulations de la cuisse et 13 désarticulations de l'épaule.

Ces brillants résultats peuvent sans doute s'expliquer par de bonnes conditions hygiéniques et des soins bien entendus, mais enfin, ils prouvent que les guérisons à la suite de la désarticulation coxofémorale ne sont pas si rares, lorsqu'on a recours à la réunion immédiate.

La réunion immédiate ne devait pas s'en tenir là; le 22 mai de cette année, le docteur Azam (de Bordeaux) nous communique un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation, destiné à la rendre bien plus complète encore. Cette méthode, basée sur l'emploi du drainage profond, de la suture profonde et de la suture superficielle, affronte exactement toutes les parties et ne laisse au fond de la plaie qu'un étroit canal rempli *par le drain.*

Depuis dix ans que les chirurgiens de Bordeaux ont adopté cette méthode, ils n'ont eu que 12 décès sur 202 amputations (6 pour 100); 30 amputations de cuisse n'ont donné que 6 morts (20 pour 100), et sur 33 amputés de la jambe, 3 seulement ont succombé (9 pour 100).

Enfin, M. Alphonse Guérin est allé plus loin encore dans cette voie, et l'a fait avec le même succès, en inventant le pansement ouaté, qui a constitué un progrès si réel et si peu contesté, et qui rend chaque jour tant de services dans les hôpitaux d'une salubrité douteuse.

Tels sont les résultats que la réunion immédiate peut invoquer en sa faveur. Voyons maintenant quels sont les avantages que le procédé de M. Verneuil est en mesure de leur opposer.

Au point de vue de la cicatrisation et de la bonne conformation du moignon, il est évident qu'il n'est pas favorable à l'articulation de la hanche elle-même; il me semble que ce n'est pas le moyen d'obtenir une cicatrice prompte et solide, que d'étaler ainsi la plaie, en lui donnant la plus grande surface possible. M. Verneuil, il est vrai, ne garde pas de parties molles en excès, puisqu'il convient qu'il serait difficile d'en affronter les bords, mais enfin, tel qu'il la pratique, cette plaie ovalaire a bien de 20 à 25 centimètres dans son grand diamètre, il faut par conséquent qu'un tissu inodulaire de nouvelle formation s'étale sur toute cette surface, qu'il comble aussi la cavité cotyloïde qui en forme le fond, et chacun sait avec quelle facilité ces grandes cicatrices se déchirent.

Je laisse ces considérations de second ordre pour arriver au point qui domine tout le débat, à la septicémie, que le pansement ouvert a la prétention de prévenir. M. Verneuil professe à son sujet des idées qui ne sont pas celles de tout le monde. Il la considère comme le résultat de la pénétration dans le torrent circulatoire, d'une substance toxique qu'il désigne sous le nom de *virus traumatique* et qui a pour principe actif *la sepsine*. Ce virus est engendré spontanément à la surface de la plaie, et a pour véhicule le fluide sanieux, purulent, résultant de la mortification moléculaire et superficielle des éléments anatomiques. Voilà pourquoi M. Verneuil ouvre et déplisse si largement sa plaie. Il espère par là prévenir la formation de ces clapiers dans lesquels les liquides sanieux élaborent sourdement la *sepsine*. Ce n'est pas le moment de discuter cette doctrine, l'occasion s'en présentera. Mais M. Verneuil est attaquable sur son propre terrain. Bien qu'il admette que les blessés s'empoisonnent le plus souvent eux-mêmes, opinion que je repousse pour ma part, il convient qu'il leur arrive parfois de recevoir le poison de leur voisin ou de l'atmosphère de la salle; il admet dans une certaine mesure ce qu'il appelle l'auto-infection. La *sepsine*, dit-il, est un poison fixe qui s'attache à tous les corps solides, piè-

ces de pansement, éponges, linge, charpie, instruments, doigts et vêtements du chirurgien, qui se répand dans l'atmosphère ambiante avec la poussière et les filaments de toute sorte, et qui arrive ainsi par toutes les voies au contact des plaies qu'ils absorbent, d'autant plus facilement qu'elles sont plus récentes, mais s'il en est ainsi, en étalant si largement ses surfaces traumatiques, M. Verneuil multiplie les points de contact entre ces surfaces et l'atmosphère infectée de sepsine, il ouvre toute grande la porle à la septicémie.

En admettant que son pansement à l'acide phénique lui inspire une confiance absolue, il est clair que la peau reste exposée jusqu'au moment où il est terminé, et il ne faut pas autant de temps que cela pour que le poison subtil pénètre dans le torrent circulatoire. Depuis quinze ans, Dieu sait ce qu'on a fait d'efforts pour mettre les blessés à l'abri de cette intoxication nosocomiale, à quels raffinements de précautions on a eu recours pour garantir les opérés contre l'air empoisonné des salles. M. Guérin s'en éloigne lorsqu'il veut renouveler son appareil ouaté. Lister n'opère qu'au milieu d'un nuage phéniqué. M. Verneuil ne prend pas toutes ces précautions. Il agit au milieu de l'atmosphère de l'amphithéâtre de la Pitié, sans s'occuper d'en neutraliser l'influence. Il opère tranquillement, sans se presser, il lie les rameaux à son aise, étale la plaie comme nous l'avons dit et la recouvre de sa mosaïque de tarlatane aussi perméable à l'air qu'aux liquides, et pendant tout ce temps la peau reste exposée à l'intoxication. Je ne comprends pas que cette façon d'agir puisse être regardée comme un préservatif contre la septicémie, et je crois que la réunion immédiate, combinée avec le drainage, offre plus de garanties.

En résumé, si le procédé qui fait rentrer les amputations dans la règle ordinaire des opérations et qui consiste à diviser les tissus successivement et couche par couche, en liant les vaisseaux au fur et à mesure et avant de les ouvrir, me semble constituer un véritable progrès. En revanche, le pansement ouvert me fait l'effet d'un pas en arrière.

M. MAURICE PERRIN n'a rien à ajouter à ce que vient de dire M. Rochard, relativement au meilleur moyen de prévenir la septicémie ; il se borne à présenter quelques considérations au point de vue de l'hémostase qui, déjà si importante dans toutes les amputations, prend, quand il s'agit de la désarticulation coxo-fémorale, une importance capitale.

M. Verneuil, dit-il, substitue le bistouri au couteau, supprime toute compression préventive et enlève le membre par dissection, comme s'il avait à faire l'extraction d'une tumeur, en liant à mesure les vaisseaux. En théorie, ce procédé est très-ingénieux et peut, entre des mains aussi habiles que celles de M. Verneuil, donner de très-bons résultats, mais il faut bien reconnaître que, dans la pratique, ce procédé offre de sérieuses difficultés; on court le risque de ne pas trouver facilement les vaisseaux dans les interstices musculaires, de faire par conséquent des délabrements inutiles ou même nuisibles, d'ouvrir les vaisseaux sans le savoir ou sans le vouloir et sans être préparé pour parer à l'hémorrhagie. Même pour arriver à ce résultat médiocre ou contestable, il faut des aides intelligents et habitués à ce manuel opératoire; or, on sait que ceux-ci font le plus souvent défaut aux chirurgiens d'armée en campagne qui font un grand nombre d'opérations dans de mauvaises conditions de milieu et d'assistance. C'est pour ces raisons que M. Maurice Perrin n'oserait jamais conseiller de recourir à la méthode préconisée par M. Verneuil. Il croit qu'il vaut mieux revenir aux anciens errements, tout en les modifiant dans la nature du possible.

M. Perrin préfère, en effet, de beaucoup le vieux procédé chirurgical qui consiste à faire, au préalable, la compression des vaisseaux qui doivent être divisés. La bande d'Esmarch, le garrot, la compression digitale sont autant de moyens sûrs qui rendent de réels services pour les amputations des membres dans leur longueur; mais ces procédés ne sont plus applicables aux désarticulations, parce qu'alors les vaisseaux sont situés trop haut et échappent à l'action directe des compresseurs. Dans ces cas, M. Perrin croit qu'il faut, comme il le fait, recourir de préférence à la méthode ovalaire, qui permet, avant de séparer les lambeaux, de faire saisir solidement par un aide les faisceaux musculaires au milieu desquels se trouvent les vaisseaux. Si l'on n'est pas sûr de son aide ou si l'aide lui-même ne sait pas au juste ce qu'il comprime, on peut alors comprimer la masse du lambeau et diviser successivement chacune de ses parties; on fera ainsi la section en deux ou trois fois, mais on sera assuré de le faire sans provoquer d'hémorrhagie, et le lambeau sera aussi régulier que s'il eût été taillé d'un seul coup.

M. Maurice Perrin cite à l'appui les résultats de sa pratique. Pendant la guerre de 1870-1871, il a pratiqué 8 désarticulations de l'épaule, et chaque fois, l'hémostase a été très-satisfaisante. Quant à la désarticulation de la hanche, il ne l'a pratiquée qu'une seule fois sur un officier qui, à Champigny, avait eu le fémur brisé au-dessous du grand trochanter. Au cinquième jour, il survint une hémorrhagie formidable, M. Perrin fut obligé de désarticuler la hanche et le malade succomba. En somme, M. Perrin a seulement voulu faire quelques réserves relativement à la théorie proposée par M. Verneuil.

MM. Richet, Trélat, Gosselin et Legouest, se font inscrire pour prendre part à la discussion.

RAPPORTS

M. LABOULBÈNE lit un rapport au nom de la commission du prix Civrieux. La question posée était la suivante : *De l'influence du système nerveux sur la production de la glycosurie.*

Les conclusions de ce rapport seront discutées en comité secret.

M. MAGNE lit un rapport sur le prix fondé par M. Rufz de Lavyson.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Préface de la septième édition du traité pratique des maladies des nouveau-nés, etc.

de M. le docteur BOUCHUT.

Dans ce livre j'ai cru devoir établir deux sections principales très-distinctes :

La première est relative à la *Pathologie générale* et à la *séméiotique* de l'enfance.

La seconde est consacrée à la *pathologie spéciale*, et renferme l'exposition des causes, des symptômes et des lésions apparentes ou microscopiques de chaque maladie en particulier, le diagnostic spécial et différentiel, qui est développé selon l'importance du sujet, et enfin le traitement, que j'ai exposé avec les plus grands détails.

La première partie comprend l'art d'observer et d'interroger les enfants pour saisir la nature de leurs maladies d'après un ensemble de symptômes souvent incomplet et peu caractérisé. — Là, j'ai montré tout le parti qu'il faut savoir tirer de l'*examen de la physionomie* et de ses *différences de coloration* ; du *changement d'expression des traits* dans chaque maladie, surtout dans la méningite, dans l'hydrocéphalie, dans le rachitisme, dans la pneumonie, dans le croup, dans les maladies du cœur, dans le choléra, dans les fièvres éruptives, etc. ; — de l'*interprétation des gestes* et des *attitudes* provoquées par les maladies du cerveau, du cœur, des poumons ou de l'intestin. — On y trouve les différentes modifications imprimées au *cri* par les souffrances particulières de quelques organes ; — les *caractères particuliers physiques et chimiques de matières vomies, des urines* et *des excréments*, etc.

J'ai indiqué d'après des recherches nouvelles, les *caractères extérieurs de la respiration cérébrale*, pneumonique, croupale et pleurétique ; ceux de la *circulation* et de la *température* dans leurs rapports avec la fièvre et les différentes maladies de l'enfance, — les *modifications de poids* du nouveau-né après sa naissance, — enfin la *mortalité du premier âge*, principalement dans la première année de la vie.

Toute cette partie renferme les éléments particuliers du diagnostic tirés de l'examen extérieur des malades, et, si j'y ai tant insisté, c'est que la pratique démontre que c'est d'après ces signes qu'on se fait une idée très-exacte de la nature du mal, de son aggravation ou

de son déclin, et qu'on se montre un médecin habile. Pour moi, les autres signes ne viennent qu'en seconde ligne pour appuyer ou infirmer ces premières impressions, d'autant plus importantes qu'il s'agit de l'enfance et que là, chez un enfant irrité, il est quelquefois difficile, en raison des cris du malade, de faire une bonne percussion de la poitrine, une auscultation convenable, une palpation complète, ou enfin de recourir à l'ophthalmoscopie. Dans bien des cas, sachant déjà à quelle maladie on a affaire, il suffit de voir un enfant de loin, et même s'il est endormi, pour reconnaître qu'il a moins de fièvre, et qne son croup, sa pneumonie, sa fièvre typhoïde ou sa rougeole vont mieux. — Pour le médecin des enfants, cet examen à distance vaut quelquefois mieux et apprend davantage qu'une appréciation directe si le malade pleure, crie, s'agite et ne veut pas se laisser toucher.

La seconde partie comprend *toutes les maladies médicales et chirurgicales de l'enfance*, leurs symptômes, leur diagnostic et leur traitement.

J'y ai placé un résumé d'*ophthalmoscopie médicale* ou de *cérébroscopie*, c'est-à-dire l'indication des signes fournis au diagnostic de la méningite et des maladies cérébro-spinales par l'ophthalmoscope. C'est l'exposé de recherches commencées en 1862, et, comme on pourra le voir, j'ai donné ainsi à la science le moyen d'étudier le cerveau et la moelle comme avec l'oreille on étudie les maladies du cœur et des poumons.

Les maladies y sont exposées d'après leur siége anatomique dans les différents *appareils physiologiques d'innervation, de respiration, de digestion, de circulation, de sécrétion urinaire, de génération, d'hématopoïèse*; puis j'ai décrit les *fièvres éruptives*, les *maladies parasitaires*, les *maladies de la peau*, les *maladies des glandes, des os, des muscles*, et *des articulations*, enfin les *maladies générales* et les *nosohémies*, telles que la *leucocytose*, la *fièvre typhoïde*, la *diphthérite*, la *scrofule* et la *syphilis*.

Le cadre est complet et entièrement rempli. Tout s'y trouve indiqué avec détails lorsqu'il s'agit de maladies spéciales au nouveau-né aux enfants à la mamelle et à la seconde enfance. Je n'ai abrégé que pour les maladies qui, étant communes à l'âge adulte et à l'enfance, ne sont, dans la première période de la vie, que très-peu différentes de ce qu'elles sont plus tard. C'était indispensable pour ne pas répéter ce qui se trouve dans les traités de pathologie interne et pour ne pas grossir démesurément mon ouvrage.

Dans chaque maladie, le lecteur trouvera l'*étiologie* prédisposante et déterminante ainsi que les actions parasitaires occultes qui ont été constatées dans un certain nombre de cas et qui forment une pathologie nouvelle.

L'*anatomie pathologique* et l'*histologie* viennent ensuite. C'est l'exposé des lésions visibles ou microscopiques produites au sein des tissus par les causes morbides. On y trouvera des recherches personnelles nombreuses datant de 1855, sur la *distinction de la pneumonie granuleuse et tuberculeuse* ou *caséeuse*; — sur l'*ulcération de la langue dans la coqueluche*; sur la *névro-rétinite dans les maladies cérébro-spinales* et *dans la méningite*, lésions découvertes par moi en 1862 et signalées dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 mars de cette même année ; — sur les *applications du microscope au diagnostic des maladies vermineuses*, d'après Davaine ; — sur l'*étude des parasites végétaux* du *muguet* et de différentes espèces de *teigne*. — Toute cette partie renferme les faits les plus nouveaux dignes d'être introduits dans la science.

Dans l'étendue des *symptômes* et du *diagnostic*, j'ai exposé toutes les manifestations organiques et tous les signes que fournissent les plus récents moyens d'exploration. — C'est ainsi que l'on verra le diagnostic des *méningites* et des *maladies cérébro-spinales* acquérir une précision jusqu'ici inconnue par l'emploi que j'ai su faire de l'ophthalmoscope depuis quinze ans.

On trouvera à l'article *croup* les découvertes que j'ai faites sur la présence de l'albuminurie signalée par moi en 1858, — sur la *leucocytose croupale* et *diphthéritique* signalée en 1868, sur l'*endocardite végétante des maladies aiguës de l'enfance*; — sur les infarctus sous-cutanés *de la diphthérite et des maladies septicémiques*; enfin sur l'*anesthésie*, que j'ai fait connaître en 1858, et qui est le meilleur moyen de reconnaître l'asphyxie du croup et de la bronchite capillaire.

Dans le chapitre *Pneumonie des petits enfants*, on trouvera mon indication du symptôme de la respiration expiratrice, signe de la plus haute importance ; — dans la *méningite granuleuse aiguë*, le fait de la respiration inégale, intermittente et suspireuse ; — dans l'article *angine*, la réunion des angines ulcéreuses gangréneuses, séparées à tort par Bretonneau ; — dans la description de la *scarlatine*, la mention d'un nouveau symptôme qui est la rayure blanche, de l'exanthème par une friction légère ; — dans la *fièvre intermittente*, une description de cette maladie qui n'avait encore jamais été faite par les pædiatres ; — dans les *oreillons*, le signe tiré de la rétention salivaire par *obstruction du canal de Sténon* ; — dans la *diphthérite*, la présence des ecchymoses et infarctus métastatiques de la peau qui annoncent des infarctus semblables ou des abcès métastatiques du poumon ; la thrombose cardiaque et une endocardite végétante ; la *leucocythémie aiguë diphthéritique*, qui révèle la gravité de l'état général ; — enfin, dans la *syphilis*, les preuves de la transmission des accidents secondaires du nouveau-né à la nourrice, opinion qui n'avait plus cours, lorsqu'en 1847 j'ai eu l'occasion de la remettre en honneur.

Je remercie mes confrères de l'accueil qu'ils ont fait aux précédentes éditions de ce livre, et j'espère que celle-ci aura le même succès.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 139. — SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1877. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Procédé pour la désarticulation de la hanche et mode de pansement de M. Verneuil.

En présence de l'importante question de médecine opératoire qui vient d'être portée devant l'Académie de médecine, il nous a paru indispensable, pour mettre nos lecteurs à même de suivre avec fruit les débats déjà engagés et qui paraissent, suivant toutes les vraisemblances, devoir prendre de grandes proportions, de placer sous leurs yeux les pièces principales du procès. Ces pièces, qui, en dehors du débat dont elles vont constituer la base, sont d'ailleurs par elles-mêmes d'un assez grand intérêt pratique, pour n'avoir pas besoin d'autre titre de recommandation auprès de nos lecteurs, sont la description du procédé proposé par M. Verneuil, pour la désarticulation de la hanche, et la relation du fait dans lequel il a appliqué, avec un plein succès, ce procédé et le mode de pansement qui en est le complément.

Instruit par l'expérience générale et par son expérience propre des énormes dangers qu'entraîne la désarticulation coxo-fémorale, et convaincu, comme tous les chirurgiens d'aujourd'hui, d'ailleurs, que les causes principales de ces dangers résident dans la perte considérable de sang qu'entraîne presque toujours cette opération, et dans la septicémie qui complique si souvent les suites de tous les grands délabrements, M. Verneuil s'est étudié à réaliser le procédé le plus apte à prévenir la première cause de danger, la perte du sang, et le mode de pansement le plus efficace pour conjurer l'imminence de la seconde cause de danger, la septicémie.

Nous ne nous permettrons pas de discuter en ce moment et de dire si le procédé et le mode de pansement, que M. Verneuil a imaginés à cet effet, sont les meilleurs, c'est ce que ses collègues de l'Académie sont en mesure de faire. Nous nous bornerons à en faire ici l'exposé et à rapporter le fait clinique invoqué à l'appui.

Voici d'abord le procédé :

Le membre est ischémié dans sa partie inférieure autant que le permettent l'état des tissus et la nature du mal, et le chloroforme est administré.

Premier temps. — Avec un bon bistouri à manche fixe, l'incision de 5 à 6 centimètres, partant à un travers de doigt de l'arcade crurale et dépendant, le long de la face antérieure, de la gaîne des vaisseaux fémoraux. De la terminaison inférieure de cette incision, porter le couteau en dehors et en bas, couper obliquement la face externe du grand trochanter, près de la base, et arriver au pli fessier. Suivre ce pli transversalement, puis, parvenu à la face interne de la cuisse, remonter obliquement en haut à deux bons travers de doigt du pli génito-crural, puis en dehors pour aller rejoindre le point de départ. — Cette incision ne comprend que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On lie, chemin faisant, les vaisseaux divisés.

Deuxième temps. — Ouverture de la gaîne des vaisseaux, dénudation et isolement de l'artère; recherche du lieu de la bifurcation; passage sous le vaisseau de deux fils : l'un supérieur, pour lier méthodiquement et soigneusement la fémorale commune au-dessus de la fémorale profonde; l'autre inférieur, pour lier en masse les deux branches de la bifurcation, afin de prévenir le retour du sang par les anastomoses. Section de l'artère entre les deux ligatures.

Isolement de la veine fémorale fait avec ménagement pour ne pas froisser, distendre, contendre la paroi veineuse; passer également les deux ligatures, la supérieure, pour prévenir l'issue du sang par le bout cardiaque; l'inférieure, pour empêcher le sang veineux encore contenu dans le membre d'inonder la plaie. Incision de la veine fémorale entre les deux ligatures.

Troisième temps. — Section des muscles, en commençant par le côté externe ou interne, suivant qu'on trouve la chose plus commode; en dedans, après avoir coupé les adhérences superficielles à l'union de la portion charnue avec la portion tendineuse, aller à la recherche des vaisseaux obturateurs. Lier à l'avance le paquet vasculaire, diviser le pectiné et le psoas au niveau du col du fémur; lier les vaisseaux qui, coupés en travers dans l'épaisseur de ces muscles, pourraient donner du sang. En dehors, diviser le couturier, le fascia lata et arriver au grand trochanter. En portant la cuisse dans l'adduction, on fait saillir cette éminence et l'on divise aisément les muscles qui s'y insèrent. En coupant ces derniers à la limite des tendons et des fibres musculaires, on n'ouvre que des vaisseaux insignifiants. — On coupe ainsi les muscles en dedans et en dehors, sans trop empiéter cependant sur la surface postérieure.

Quatrième temps. — Il ne reste plus qu'à couper les parties molles postérieures qui fixent encore la cuisse au bassin. On laisse pendre le membre en dehors de la table, de façon à faire largement bailler la plaie, puis faisant marcher le bistouri à petits coups, on coupe le reste des adducteurs et les muscles qui s'insèrent à l'ischion. On lie, aussitôt après l'avoir ouvert, tout vaisseau qui donne du sang....

Voici les avantages que M. Verneuil attribue à ce procédé :

En liant la fémorale commune au-dessous de l'arcade crurale, on arrête le cours du sang dans les branches si nombreuses de la fémorale profonde et on fait à sec pour ainsi dire la dissection du membre à la partie externe. On n'a plus à s'occuper que de l'obturatrice, de la fessière et de l'ischiatique; on diminue de la sorte le nombre des ligatures.

La ligature de la veine fémorale est indispensable. Seulement, il importe que cette ligature veineuse soit faite avec les plus grandes précautions pour n'enflammer la veine que dans une petite étendue et n'avoir qu'une phlébite limitée.

L'exécution de ces ligatures préalables est facilitée par la disposition de la plaie. On fait sur le trajet des vaisseaux une incision de 5 à 6 centimètres seulement, ce qui suffit, l'incision se continuant avec les deux branches commençantes de l'ovale. Rien n'empêcherait d'ailleurs, au besoin, d'en écarter et disséquer les bords de façon à mettre largement à nu les vaisseaux fémoraux.

Lorsqu'on a ainsi lié les vaisseaux fémoraux et les vaisseaux obturateurs, tout marche simplement, la ligature des artères postérieures avant ou après la division n'offre aucune difficulté.

Vingt ou vingt-cinq minutes suffisent d'ordinaire pour terminer l'opération, y compris le temps que nécessite l'hémostase.

La chute du membre laisse une plaie vaste, évasée en cône et largement béante. Cette disposition, évidemment très-défectueuse aux yeux des partisans de la réunion immédiate, paraît, au contraire, excellente à M. Verneuil, la septicémie n'étant pas à redouter dans un foyer bien ouvert, dépourvu de sinuosités.

Voici maintenant la relation du fait de guérison d'une désarticulation coxo-fémorale obtenue par l'usage du procédé opératoire et du pansement que nous venons d'exposer, après trois opérations du même genre faites à diverses autres époques sans succès.

Tumeur fibro-colloïde de la cuisse gauche; désarticulation coxo-fémorale; pas de réunion; pansement phéniqué; guérison.

Un homme de cinquante et un ans, bien musclé, vigoureux, sans antécédent morbide particulier, ayant toujours vécu d'une manière régulière et avec sobriété, à la suite d'une chute dans laquelle son membre abdominal gauche fut violemment atteint, commença à être ébranlé dans sa santé générale, en même temps que son membre inférieur, très-affaibli, devint le siége d'un gonflement rapidement croissant et de démangeaisons très-vives. Cet homme étant entré le 19 juin dernier, à l'hôpital de la Pitié, un examen attentif fit reconnaître l'existence d'une tumeur solide fibro-plastique de la cuisse. M. Verneuil se décida à pratiquer l'amputation, c'était le 4 juillet, après avoir chassé le sang du membre avec les bandes de caoutchouc et appliqué le tube élastique au pli de l'aine, il traça avec la pointe du bistouri le contour du lambeau externe; lequel fut détaché en fuite de bas en haut. Mais, avant d'atteindre la base, il reconnut que le tissu pathologique s'étendait en nappe jusqu'à la partie supérieure du fémur; il fallut renoncer à l'amputation dans la continuité, se décider immédiatement à pratiquer la désarticulation et changer en conséquence le plan opératoire. Le tube de caoutchouc ayant été enlevé, M. Verneuil se mit en devoir de détacher le membre comme une tumeur. L'incision initiale antérieure du procédé à deux lambeaux fut prolongée jusqu'à trois centimètres environ de l'arcade crurale, ce qui permit de lier la fémorale et la veine-satellite un peu au-dessous de l'origine des vaisseaux fémoraux profonds. Ensuite, sans prolonger également l'incision postérieure, de peur de rencontrer les branches de la fessière et de l'ischiatique, il acheva de détacher le lambeau externe. Chemin faisant, il lui fallut lier, d'avance ou après les avoir ouverts, plusieurs rameaux artériels.

L'opérateur procéda ensuite à la formation du lambeau interne, après avoir coupé les vaisseaux fémoraux au-dessous des ligatures. Ayant négligé de lier le bout périphérique de la veine, il se produisit un tout petit flot de sang noir qui souilla la plaie et rendit malaisées la découverte et la ligature préalable de l'obturatrice et de ses branches.

En faisant fortement rétracter en haut par deux aides la partie antérieure et supérieure des lambeaux, l'articulation put être mise à jour et ouverte, la capsule fut détachée en dedans et en arrière et les tendons s'insérant au grand trochanter furent divisés.

En incisant les insertions postérieures du ligament orbiculaire, la circonflexe fut coupée et donna un jet de sang assez fort. Le vaisseau fut saisi provisoirement avec une pince hémostatique. Enfin, le membre pendant, à moitié détaché, les parties molles de la face postérieure, au milieu desquelles se trouvaient la fessière et une ischiatique volumineuse, furent coupées.

L'opération était terminée, 600 grammes de sang au moins avaient été perdus.

Après la chute du membre, la plaie d'une très-grande étendue fut abstergée et abondamment arrosée avec le jet d'eau phéniquée, puis on procéda au pansement tel que M. Verneuil l'a institué pour toutes les plaies du cou, de la face et des larges délabrements qui résultent des désarticulations. La surface saignante largement étalée, a été tapissée jusque dans ses moindres anfractuosités, avec de petites pièces carrées de grosse mousseline à cataplasmes, juxtaposées comme des fragments d'une mosaïque et imbibées d'eau. La vaste excavation a été remplie de charpie imbibée de la même solution phéniquée. Sur cette couche mince et perméable, ont été appliqués des plumasseaux de charpie trempés dans de l'eau phéniquée et formant une seconde couche de quelques centimètres d'épaisseur. Enfin le moignon a été entouré de ouate et d'un taffetas gommé.

Immédiatement après l'opération, l'opéré ramené dans son lit a eu une syncope légère. Dans la journée, il a été très-faible, très-prostré; on a cherché à le relever avec la potion de Tood, du café et du vin de Bordeaux. Le pouls, d'abord affaissé jusqu'à 35, se releva dans la soirée jusqu'à 38.

Le lendemain, état général bon; nuit calme, pas de souffrances. La première charpie imbibée de sang a été remplacée presque tout entière; on a arrosé à diverses reprises, dans la journée, avec l'eau phéniquée, et à l'aide d'un pulvérisateur on humecte les bords de la plaie.

Les journées suivantes continuèrent à être bonnes. Il n'y a eu de fièvre traumatique que pendant deux jours et très-peu marquée; le thermomètre n'est pas monté au-dessus de 38,2; appétit, sommeil, digestion et sécrétions, tout était

resté à l'état normal. Cette excellence de l'état général était d'autant plus remarquable, et M. Verneuil insiste particulièrement sur cette circonstance, que, dans les premiers temps, la plaie n'avait pas bon aspect; elle était couverte d'un enduit grisâtre, épais et très-adhérent; les muscles boursouflés formaient à la surface des saillies mollasses, recouvertes en divers points de plaques sphacélées de plusieurs millimètres d'épaisseur. Une suppuration abondante suintait de l'énorme surface. La cavité du moignon tendait à se combler par la tuméfaction des lambeaux; aussi dut-on porter jusqu'au fond du cotyle une grosse sonde en caoutchouc, sortant en bas par la partie la plus déclive.

Malgré cette mauvaise apparence, la plaie n'était ni douloureuse, ni enflammée, les bords en étaient mous et souples, et elle n'exhalait aucune mauvaise odeur, autre que celle de l'acide phénique.

La détersion, commencée vers la fin de la première semaine, était à peu près complète vers le quinzième jour. Les bourgeons charnus à cette époque étaient très-beaux.

Cependant, cette cure fut traversée encore par deux accidents, une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur droit, et une diarrhée abondante qui dura plusieurs jours. Nonobstant ces deux accidents et les mauvaises conditions dans lesquelles fut commencée l'opération, qui ne devait être d'abord qu'une amputation dans la continuité, la cicatrisation ne cessa de faire des progrès, elle était complète à la fin du mois de septembre, c'est-à-dire un peu moins de trois mois après l'opération.

Dr Brochin.

RECHERCHES SUR LES INFLUENCES NERVEUSES

QUI INTERVIENNENT DANS LE RALENTISSEMENT DU CŒUR CONSÉCUTIF A L'AUGMENTATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE.

Par le docteur François Franck.

Dans toutes les expériences où une augmentation notable de la pression artérielle a été déterminée par l'intervention d'une cause agissant à la périphérie du système aortique, sans pouvoir influencer directement l'innervation cardiaque, M. François-Franck a observé un ralentissement plus ou moins considérable des battements du cœur.

Cette subordination de la fréquence des battements du cœur à l'élévation préalable de la pression artérielle, s'est montrée telle qu'elle avait été constatée par M. Marey dans des expériences antérieures. On a négligé, dans les discussions qui se sont produites au sujet de la loi formulée par M. Marey, le point de départ de la modification observée. M. Marey avait en vue le cas bien déterminé d'élévation *préalable* de la pression artérielle, et on lui a opposé des cas dans lesquels le cœur était primitivement en cause. La formule par laquelle il a exprimé le rapport inverse de la fréquence des battements du cœur et de la valeur de la pression artérielle, reste parfaitement exacte, si l'on tient compte des conditions indiquées par M. Marey.

Ce qu'il importait d'étudier dans ses détails, c'est le mécanisme en vertu duquel les élévations rapides de la pression artérielle agissent sur le rhythme des battements du cœur. M. François-Franck a repris cette étude, faite à l'étranger dans des conditions trop complexes, notamment par M. Navalichin (de Hazan), et M. Tschiriew (de Pétersbourg); il s'est attaché à dissocier les influences des centres nerveux encéphaliques et des centres nerveux cardiaques, dans deux séries d'expériences dont voici le résumé :

1° Dans des expériences de circulation artificielle dans les vaisseaux de la tête, le cœur ne tenant plus à l'encéphale que par les nerfs pneumogastriques, M. François-Franck a constaté que chaque augmentation de la pression intra-crânienne, produite par l'élévation du réservoir de sang défibriné, ou par la compression d'une ampoule à soupape placée sur le trajet du tube afférent aux carotides, produit un ralentissement, ou un arrêt des battements du cœur. On explorait la pression artérielle de l'animal avec un manomètre enregistreur appliqué à la fémorale ou au bout central de la carotide. Les tracés obtenus dans ces conditions sont mis sous les yeux des membres de la société.

L'augmentation de la pression intra-crânienne a été obtenue aussi en exerçant à la surface du cerveau une compression graduellement croissante, par le procédé que M. François-Franck a indiqué dans sa dernière communication sur le *choc cérébral* (*Société de biologie*, 10 novembre 1877). Les tracés montrent que les battements du cœur se ralentissent à mesure qu'on élève la compression à la surface du cerveau. L'arrêt du cœur survient quand la valeur manométrique de la compression cérébrale dépasse de un ou deux centimètres de mercure, le chiffre de la pression artérielle explorée dans la carotide ou la fémorale.

Il résulte de cette première série d'expériences, que les augmentations notables de la pression artérielle retentissent sur le rhythme des battements du cœur par l'intermédiaire des centres nerveux encéphaliques qui sont soumis à une pression exagérée, et qui réagissent sur le cœur par les pneumogastriques. Le ralentissement du cœur qui s'observe alors produit l'abaissement de la pression artérielle et *ramène cette pression au chiffre normal*.

2° L'augmentation de la pression *intra-cardiaque* ajoute son influence à celle de l'augmentation de la pression intra-crânienne. C'est ce que démontrent les expériences de circulation artificielle sur le cœur de la tortue. Ces résultats, déjà constatés maintes fois par M. Marey, sont de toute évidence : il suffit d'élever graduellement le réservoir de sang défibriné ou de pincer le tube par lequel le cœur chasse le sang qu'il a reçu, pour voir les battements se ralentir. Mais ici, comme dans les expériences de la première série, il semble nécessaire d'admettre l'intervention d'une influence nerveuse, intermédiaire entre l'influence purement mécanique (augmentation de la pression intra-cardiaque), et l'effet produit par cette influence (ralentissement du cœur). Si, en effet, on supprime, en mêlant de l'atropine au sang défibriné, l'appareil nerveux d'arrêt intra-cardiaque, les mêmes augmentations de pression qui déterminaient le ralentissement, restent sans action. Ce n'est plus que dans les augmentations considérables de la pression intra-cardiaque, produisant une véritable distension des cavités; qu'on peut observer du ralentissement : alors l'influence mécanique agit directement, en opposant au cœur une résistance presque invincible. Il y a du reste une raison théorique pour faire la plus large part à l'influence nerveuse ; si le cœur ne se ralentissait que parce qu'il a une résistance plus grande à vaincre, le ralentissement porterait, surtout sur la période systolique. Or c'est la période diastolique qui se montre surtont prolongée.

M. François-Franck admet donc que les augmentations notables et rapides de la pression artérielle chez l'animal intact, agissent sur le rhythme des battements du cœur en mettant en jeu la double influence simultanée des appareils nerveux encéphaliques et cardiaques.

Il reprendra prochainement cette étude en la complétant par l'examen des phénomènes réflexes dont le cœur est le point de départ dans les augmentations de la pression artérielle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 novembre 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Physiologie du bulbe. — M. Laborde communique les résultats de recherches expérimentales sur quelques points de la physiologie du bulbe rachidien, en particulier sur l'influence du bulbe ; 1° sur les mouvements associés des yeux; 2° sur les phénomènes trophiques et de la sensibilité de l'œil, du nez, de l'oreille et de la face en général. (Sera publié).

M. CHARCOT fait observer que M. Laborde insiste sur la difficulté de l'expérimentation en fait de localisation bulbaire; or, il est établi par l'anatomie pathologique et par la clinique qu'il y a dans le bulbe des lésions qui s'attaquent exclusivement à un noyau sans atteindre les noyaux voisins, comme, par exemple, dans la paralysie labio-glosso-pharyngée : affection dans laquelle la lésion est si nettement circonscrite. Si la destruction systématique des grandes cellules des noyaux de l'hypoglosse est une hypothèse probable, mais non encore démontrée, M. Charcot, puis ses élèves Joffroy et Pierret ont montré qu'il y a néanmoins des lésions qui s'attaquent à un seul noyau : M. Pierret a décrit notamment cette localisation systématique pour l'ataxie locomotrice et l'anesthésie de la face. Or, au point de vue expérimental, M. Charcot demande si on peut supposer un expérimentateur assez habile pour aller détruire exclusivement telle ou telle cellule, tel ou tel noyau sans déterminer aucune lésion dans les parties avoisinantes; mais ce que l'expérimentation est impuissante à produire est démontré par la pathologie; l'anatomie pathologique détermine nettement ce qui ressort des localisations bulbaires.

M. DURET dit que le procédé employé par M. Laborde dans les recherches qu'il vient d'exposer ne s'écarte pas du procédé qu'il indiquait dans la dernière séance. Quant aux résultats obtenus par lui, il les croit très-nets : sa prétention n'a pas été de toucher exclusivement au noyau, mais lorsqu'il touche un point du bulbe et que cette lésion détermine du nystagmus, alors que tous les autres points lésés ne le déterminent pas, il est en droit de dire qu'il reproduit par le traumatisme la lésion pathologique observée.

M. LABORDE dit qu'il est impossible d'arriver au quatrième ventricule sans léser le cervelet; or, on ne peut obtenir le nystagmus sans léser l'encéphale; il faut, de plus, pour obtenir les résultats décrits par M. Duret, produire des dilacérations profondes.

Dichroïsme. — M. POUCHET a observé que l'holothurie (zoophyte) communique à l'alcool dans lequel on a voulu le conserver la propriété d'être rouge par transparence, vert par réflexion (dichroïsme).

Du passage de différents gaz à travers le poumon. — M. GRÉHANT fait une communication sur ce sujet : il montre que les poumons plongés, peu de temps après leur extraction du corps, dans de l'hydrogène augmentent rapidement de volume par suite du passage de ce gaz à travers la membrane pulmonaire : il en est de même pour l'acide carbonique, mais le phénomène indiqué est plus rapide. Il ajoute qu'il croit, mais sans l'avoir encore expérimenté, que les membranes séreuses jouissent toutes de cette même propriété.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 24 novembre 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De l'influence physiologique des drastiques. — M. LEVEN fait une communication sur ce sujet. (Voir le numéro du 29 novembre.)

M. CL. BERNARD demande à M. Leven quelle réaction a, suivant lui, le suc intestinal qu'il dit n'être jamais alcalin.

M. LEVEN l'a trouvé tantôt acide, tantôt neutre, mais jamais alcalin.

M. CL. BERNARD a toujours trouvé le suc intestinal alcalin chez les herbivores et acide chez les carnivores, et croit que c'est aux aliments seuls qu'il faut attribuer ces différences.

Traumatisme cérébral. — M. DURET présente une pièce pathologique qui vient à l'appui des considérations qu'il a présentées sur les lésions de la commotion et de la contusion cérébrales. Il s'agit d'un traumatisme ayant déterminé une fracture de la base du crâne. A l'autopsie, on a trouvé une hémorrhagie à la partie supérieure du bulbe, évidemment consécutive à une contusion indirecte au niveau de l'aqueduc de Sylvius.

Du sang des vertébrés. — M. HAYEM, dans une série de recherches sur le sang des vertébrés ovipares, a pu déterminer l'existence d'éléments incolores autres que les globules blancs, et qui, suivant lui, sont le point de départ des globules rouges. Si l'on examine du sang de grenouille, par exemple, on voit des globules blancs et des éléments incolores, en forme de fuseau ou ovoïdes, finement granuleux et transparents. Dans leur intérieur, se trouve un noyau contenant des granulations dont plusieurs ont l'apparence de petites virgules. Quand ces éléments se rencontrent, ils se disposent sous forme d'amas autour desquels les globules rouges affectent une disposition en rosace. M. Hayem a pu suivre les diverses transformations que subissent ces éléments extrêmement altérables, ce qui explique comment, jusqu'ici, ils ont échappé à l'attention des observateurs; il a pu arriver à les fixer, et il est arrivé à pouvoir déterminer qu'ils ne sont autre chose que de petits globules rouges à l'état embryonnaire.

M. MALASSEZ fait observer que les recherches de M. Hayem semblent se rapprocher de celles de Frutzlinghausen sur le même sujet.

M. HAYEM répond que cet auteur n'a jamais parlé que de la transformation des globules blancs en globules rouges.

Influences nerveuses dans le ralentissement du cœur consécutif à l'augmentation de la pression artérielle. — M. FRANÇOIS FRANCK fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Kyste trouvé sur une alouette et contenant des acariens d'une espèce nouvelle. — M. MÉGNIN présente une tumeur recueillie sur une alouette, qui en présentait deux semblables placées symétriquement sur chaque aile. Cette tumeur, du volume et de la forme d'un haricot de Soissons, est un véritable kyste dermique à contenu pulvérulent, formé par un follicule plumeux extraordinairement dilaté. Le contenu pulvérulent de ce kyste se compose de deux parties : une partie blanche, centrale, beaucoup plus considérable que l'autre, composée uniquement de dépouilles d'acariens, de coques de leurs œufs vides; une partie périphérique, de couleur jaune, constituée par des myriades d'acariens vivants, à tous les états de développement. Ces acariens appartiennent à une espèce nouvelle non encore décrite; ils sont de couleur jaune rutilante, ont leurs deux paires de pattes postérieures réduites à l'état de moignons, terminés par un pinceau de quatre soies; les deux paires de pattes antérieures sont coniques, courtes, robustes, terminées par deux ongles crochus et une sorte de petite fourche intermédiaire; enfin le rostre est composé d'un suçoir conique, contenant une paire de petites mandibules styliformes et bordé d'une paire de gros palpes de quatre articles terminés par un très-petit crochet à deux dents inégales; le pénultième article des palpes s'étale supérieurement, en les recouvrant en partie, sur les deux articles voisins et porte en avant trois forts crochets à pointe dirigée en haut comme la corne du rhinocéros. C'est au moyen de ces crochets, au nombre de six pour les deux palpes, que l'acarien rampe et progresse sous l'enveloppe du kyste.

Cette espèce acarienne, qui présente, outre son rostre extraordinaire, d'autres curieux détails anatomiques, comme un appareil respiratoire trachéen complet avec deux stigmates, l'absence complète d'anus, ce qui indique que l'aliment gras, le *sebum*, que consomme l'acarien, ne laisse que des déchets gazeux; cette espèce appartient à la famille des *Trombidiés*, confine les tribus des Cheylétides et des Tétranicides, et mérite le nom de *Harpirhynchus nidulans*, que lui donne M. Mégnin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Chancres mammaires à forme phagédénique térébrante. — Chancres syphilitiques multiples des seins. — M. ALFRED FOURNIER communique deux observations de chancres mammaires : la première est relative à la forme phagédénique térébrante ; la seconde est un exemple de chancres mammaires extraordinairement multiples.

Il n'est pas très-rare, dit M. Fournier, de voir le chancre syphilitique mammaire, spécialement chez les femmes qui nourrissent, s'élargir et se creuser de façon à constituer un chancre ulcéreux, mais il est rare de le voir revêtir la forme connue sous le nom de *phagédénisme térébrant*. La femme qui fait le sujet de cette première observation a gagné la syphilis d'un nourrisson syphilitique. L'infection primitive s'est traduite sur elle par deux chancres, un sur chaque sein, tous deux accompagnés de l'adénopathie axillaire classique.

Ces chancres ont pris rapidement une extension notable et un caractère sérieux; dans l'espace d'une quinzaine de jours ils se sont élargis et creusés d'une façon menaçante, de telle sorte que celui de droite aurait facilement logé une fève dans son excavation, tandis que celui de gauche, plus étendu comme surface, présentait une dépression moyenne de un centimètre et demi à deux centimètres en dessous des parties périphériques.

Rien que par ce fait de leur excavation profonde, les lésions méritaient bien le nom de chancre térébrant. Elles ne le méritaient pas moins par l'aspect de leurs bords à la fois nettement entaillés et relevés circulairement en forme de crête, par l'état de leur fond irrégulier, inégal, blafard, semé d'enduits pultacés, avec îlots bourbilloneux, par leur aréole très-étendue et pseudo-érysipélateuse, par l'engorgement pâteux de la base, etc., en un mot par l'ensemble de leurs caractères objectifs, par leur physionomie générale. Tout graves qu'ils étaient, ces chancres mammaires guérirent avec une rapidité surprenante, puisqu'ils se cicatrisèrent en moins d'un mois.

Quand il s'agit de phagédénisme, une médication suivie d'un résultat aussi heureux est toujours bonne à mentionner. Or, la médication mise en usage a été la suivante : dans les huit premiers jours, traitement antiphlogistique local, c'est-à-dire bains, fomentations émollientes, cataplasmes de fécule, repos au lit. Au delà de la première semaine, alors que les phénomènes inflammatoires locaux se furent apaisés, pansement quotidien avec la poudre d'iodoforme. Comme traitement interne, ferrugineux et quinquina. Plus tard seulement, M. Fournier employa le traitement spécifique. A propos de l'iodoforme, il fait observer que pour obtenir un bénéfice réel dans les ulcères phagédéniques, il faut l'employer en son temps, c'est-à-dire au delà de la période aiguë.

La seconde observation a trait à un cas de chancres mammaires extraordinairement multiples. La règle est d'observer comme manifestation initiale de la diathèse, soit un chancre unique, soit un petit nombre de chancres, cinq au plus, contrairement à ce qu'on observe pour les chancres simples qui sont presque toujours multiples. Mais cependant il n'en est pas toujours ainsi; en 1856, M. Fournier, alors interne de M. Ricord, publiait l'observation d'un malade affecté de dix-neuf chancres syphilitiques de la verge et du scrotum. Comme la précédente malade, la femme qui fait le sujet de cette seconde observation, contracte la syphilis par l'allaitement d'un enfant syphilitique. La contagion s'exerce sur les seins et se traduit par la formation de vingt-trois chancres répartis de la façon suivante : 7 sur l'aréole du mamelon gauche; 16 sur l'aréole du mamelon droit. Mais ces vingt-trois lésions étaient-elles bien des chancres ? peuvent-elles être acceptées toutes comme telles ? M. Fournier conclut par l'affirmation pour les raisons suivantes :

1° Ces lésions étaient nées au contact d'un enfant syphilitique affecté de plaques muqueuses labiales.

2° Toutes semblables, à quelques différences près, de configuration et de diamètre, elles offraient au plus haut degré l'ensemble des caractères du chancre syphilitique. En effet, elles étaient nettement circonscrites, arrondies ou ovalaires, superficielles ou ulcéreuses tout au plus, effleurant plutôt qu'entamant le derme, lisses et unies, de coloration chair musculaire, parcheminées à leur base, etc.

3° Ces lésions coexistaient avec des adénopathies axillaires bien accentuées, indolentes et dures rappelant exactement les attributs propres au bubon symptomatique du chancre.

4° Enfin, l'évolution ultérieure vint confirmer pleinement le diagnostic. Dans le délai classique, des manifestations secondaires succédèrent à l'apparition des accidents primitifs.

Ce fait mérite d'autant plus d'attirer l'attention, que la forme confluente étant peu connue expose à des erreurs de diagnostic presque nécessaires. En effet, le premier médecin appelé auprès de cette malade s'est complétement mépris sur ces accidents ; méprise bien pardonnable, ajoute M. Fournier, car on est tellement habitué à voir le chancre syphilitique sous des formes toutes différentes, qu'il faut presque faire table rase de l'enseignement traditionnel pour reconnaître les expressions de syphilis primitive dans une telle pléiade d'accidents.

DISCUSSION

M. FÉRÉOL demande à M. Fournier si dans les deux cas qu'il vient de citer les accidents consécutifs ont été graves et ce que sont devenus les enfants.

M. FOURNIER répond que les accidents consécutifs ont été bénins, jusqu'ici du moins, sur la seconde malade. Pour la première, au contraire, ils ont été extrêmement graves. Cette femme, après être sortie pendant quelques semaines de Saint-Louis, y est rentrée avec la face et le crâne absolument couverts de syphilides ulcéro-croûteuses. Quant aux deux enfants, M. Fournier ne peut donner des renseignements précis que sur celui de la première observation. Cet enfant est mort après avoir présenté les accidents les plus graves.

Il serait téméraire, suivant M. Fournier, de vouloir établir une relation pronostique entre la qualité des accidents initiaux de la diathèse et la gravité ultérieure de cette diathèse. Certains auteurs ont prétendu pronostiquer l'avenir d'une syphilis, en tirer l'horoscope, pour ainsi dire, d'après la qualité de son accident d'origine, du chancre. C'est là une opinion inacceptable. Telle syphilis qui débute par le chancre le plus léger n'expose pas moins le malade à des accidents ultérieurs graves. Telle syphilis qui s'annonce comme bénigne à sa période primitive, voire à sa période secondaire, peut fort bien devenir maligne et fatale à l'étape tertiaire. Il y a plus même, au dire de certains auteurs, ce seraient surtout les syphilis originairement bénignes qui plus tard exposeraient les malades aux accidents les plus sérieux. C'est ainsi, par exemple, que M. Broadbent, dans ses leçons sur la syphilis cérébrale, dit en propres termes : « Des cas que j'ai vus j'ai déduit cette opinion, que les sujets qui sont les plus exposés aux accidents du système nerveux sont ceux chez lesquels les symptômes secondaires ont été transitoires ou légers ». Relativement à la syphilis cérébrale, ajoute M. Fournier, mes statistiques concordent absolument avec l'opinion de M. Broadbent. D'une cinquantaine d'observations personnelles, j'ai été amené à conclure ceci : que ce sont les syphilis originairement bénignes ou moyennes qui fournissent à la syphilis cérébrale le plus fort contingent.

M. FÉRÉOL a eu l'occasion d'observer un fait analogue à la deuxième observation de M. Fournier. Une jeune femme, nouvellement mariée, vient me consulter pour des érosions vulvaires absolument analogues à de l'herpès ; peu à peu cet aspect herpétiforme se modifia et se transforma en éruption syphilitique. Sur le mari, M. Féréol trouva une plaque muqueuse autour du gland ; elle était légèrement ulcérée, bien que la syphilis remontât à plusieurs années. M. Féréol put observer la transformation de ces pseudo-vésicules en papules et en chancres semblables à ceux que vient de décrire M. Fournier. Tous ces chancres, au nombre d'une douzaine au moins, présentaient le même aspect et les caractères propres de chancre

induré, un traitement fut institué et la femme, examinée trois ans après, ne présentait plus aucun accident syphilitique.

M. BUCQUOY. Que doit-on entendre par syphilis maligne? Les accidents éloignés dont a parlé M. Fournier ne doivent-ils pas être rangés dans la syphilis grave plutôt que dans la syphilis maligne? Pour M. Bucquoy, les accidents malins sont ceux qui dérivent d'une syphilis primitive grave, entraînant à courte échéance des accidents graves; la syphilis maligne, en un mot, serait maligne non pas à cause des accidents graves que l'on voit survenir à une époque déjà avancée de la maladie, mais à cause de la forme grave que revêtiraient les syphilides dès leur apparition.

M. FOURNIER concède à M. Bucquoy que le mot malin n'offre pas, dans l'espèce, de désignation bien précise, et qu'en bien des cas le terme de syphilis maligne aurait dû être remplacé par celui de syphilis grave. Cela est, du reste, sans importance. Mais il est une autre question autrement importante, celle de savoir s'il n'y a pas un rapport fréquent entre la qualité du chancre et la forme des premiers accidents qui lui succèdent. Oui, certes, ce rapport existe très-communément; il est indéniable. Ainsi, un chancre de forme phagédénique est plus habituellement suivi d'une poussée secondaire de forme grave, par exemple, de syphilides ulcéro-croûteuses. Inversement, un chancre bénin, simplement érosif, appelle généralement à sa suite une poussée secondaire bénigne. Mais pour être fréquent, ce rapport entre la qualité des premiers accidents consécutifs ne saurait être donné comme constant. En tous cas, s'il existe un rapport habituel entre la forme du chancre et celle des premiers accidents, ce rapport n'existe plus passé une certaine période. Et l'on voit très-communément des syphilis tertiaires graves, mortelles même, n'avoir eu pour prélude que le chancre le plus bénin, M. Fournier en pourrait citer de nombreux exemples.

Réserve faite pour la question du traitement, dit-il, la gravité de la syphilis tient surtout au terrain sur lequel la syphilis est appelée à germer. Le phagédénisme, par exemple, est évidemment le résultat d'une influence de terrain. Ce serait une grave erreur de croire qu'un chancre devrait être phagédénique parce qu'il résulte de la contagion d'une syphilis grave ou d'une syphilis forte, comme on dit actuellement. Le chancre phagédénique peut dériver de la contagion d'une syphilis moyenne, ordinaire ou même bénigne.

C'est là, ajoute M. Fournier, ce que m'ont appris les recherches sur la confrontation que je poursuis depuis plus de vingt ans. Il cite plusieurs exemples à l'appui, qui établissent nettement que le chancre phagédénique n'est pas toujours le résultat d'un chancre de même ordre. Il peut dériver de la contagion d'un chancre ou d'un accident secondaire de forme commune. Et de même une syphilis grave peut dériver, par contagion, d'une syphilis moyenne ou bénigne. En un mot, c'est le terrain qui fait la gravité de la syphilis, réserves faites pour les influences thérapeutiques.

M. BESNIER demande à M. Fournier son avis sur ce point: de ce qu'un malade ne présente qu'un chancre limité, superficiel, érosif, bénin en un mot, s'ensuit-il que les accidents consécutifs doivent ne revêtir qu'un caractère bénin?

M. FOURNIER dit qu'il n'est pas de rapport constant à établir entre la qualité du chancre et la qualité des accidents ultérieurs. Tout ce qu'on peut dire est ceci: 1° les premiers accidents qui suivent un chancre bénin sont très-habituellement des accidents de forme bénigne; 2° les premiers accidents qui suivent un chancre de forme ulcéreuse ou phagédénique sont très-habituellement des accidents de forme plus ou moins grave. Mais cela posé, il est impossible encore dans l'état actuel de nos connaissances, d'aller plus loin et de rien préjuger de plus pour un avenir éloigné. Ainsi, il est possible qu'une syphilis originairement grave n'aboutisse pas ultérieurement à des accidents de gravité proportionnelle et il est possible surtout qu'une syphilis originairement bénigne soit suivie à l'époque tertiaire des accidents les plus redoutables.

M. BESNIER partage absolument la manière de voir de M. Fournier; mais il est un autre point sur lequel il désirerait que la discussion s'engageât, c'est de savoir qu'elle est l'influence du traitement sur la production des accidents secondaires et l'évolution générale de la maladie? Il espère que cette question pourra être mise à l'ordre du jour dans une prochaine séance et discutée comme le mérite l'intérêt qu'elle comporte.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

297. Lubrez. Essai sur l'étiologie de la dysentérie et en particulier sur la non-contagion.

298. Bourotte. Observations sur l'anthrax de la face, son pronostic et son traitement.

299. Woimant. Contribution à l'étude des abcès mastoïdiens.

300. Sabatier. Des rapports du saturnisme avec les affections chirurgicales.

301. Dellestable. Des luxations du fémur au point de vue des accouchements.

302. Faurot. Essai sur les ruptures traumatiques de l'intestin sans lésions des parois abdominales.

303. Thuillier. Quelques considérations sur la taille, la circonférence thoracique, et le poids du corps chez les Français de vingt, vingt et un ans, au point de vue des conseils de révision.

304. Séjournet. Étude des modifications de la sensibilité thermique dans les ulcères variqueux.

305. Trillest. D'un nouveau procédé de cathétérisme œsophagien.

306. Serrigny. Contribution à l'étude des complications de l'iritis syphilitique.

307. Mourey. Étude sur la trépanation.

308. Artu. De l'ulcération des veines.

309. Mellié. Recherches sur le mode d'action du pansement ouaté.

310. Sidky. Recherches anatomo-microscopiques sur la muqueuse olfactive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Ollivier est prorogé dans ses fonctions d'agrégé à partir du 1er novembre 1877.

— *Faculté de médecine.* — *Cours de pathologie externe.* — M. le docteur Berger, agrégé, commencera ce cours lundi prochain, 3 décembre, à une heure, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur Dieulafoy, agrégé, ommencera ce cours mercredi prochain, 5 décembre, à quatre heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Jacquemaire, préparateur d'astronomie physique à la faculté des sciences de Lyon, est attaché en qualité de préparateur de physique à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Sont chargés, pendant l'année scolaire 1877-78, des fonctions de chefs des travaux des laboratoires les docteurs en médecine dont les noms suivent:

Laboratoire d'histoire naturelle, — M. Duchamp;
Laboratoire d'anatomie pathologique, — M, Colrat;
Laboratoire d'anatomie, — M. Charpy;
Laboratoire de physiologie, — M. Rebatel;
Laboratoire de physique, — M. Imbert;
Laboratoire de médecine expérimentale, — M. Artoing,
Laboratoire d'histologie, — M. Chandelux.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hirtz, professeur de clinique, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1877-1878, par M. Bernhein, agrégé.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Johannès Chatin, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1877-78.

Il sera spécialement attaché à la chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée et prendra part aux examens.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Heckel, professeur de botanique à la faculté des sciences de Grenoble, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de botanique à la faculté des sciences de Marseille.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Lemaire (Augustin-Adrien-Aimé), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique (emploi nouveau).

— *École de médecine de Rennes.* — M. Hamon, docteur en médecine, est chargé, pendant l'année scolaire 1877-78, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Guillin, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur en remplacement de M. Maillot, appelé à d'autres fonctions.

M. Maillot (Édouard), bachelier ès-sciences, est nommé préparateur, en remplacement de M. Gérard, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur François-Augustin Chaumezière, chevalier de la Légion d'honneur, ancien adjoint au maire de Sèvres, décédé à Sèvres, le 31 octobre 1877, dans sa quarante-deuxième année.

— *Cours de l'École pratique.* — Ces cours seront faits dans les pavillons, par MM. les chefs de pavillon, tous les deux jours, de deux à trois heures.

Pavillon 1. — M. Humbert. Splanchnologie, les lundis et jeudis.
Pavillon 2. — M. Richelot. Névrologie, les mercredis et samedis.
Pavillon 3. — M. Peyrot. Myologie et angiologie les mardis et vendredis.
Pavillon 4. — M. Bouilly. Ostéologie et arthrologie, les lundis et jeudis.

— M. le docteur Mallez a commencé son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire (semestre d'hiver), le jeudi 29 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure.

Le cours comprendra : le parallèle de la taille et de la lithotritie; le traitement des rétrécissements de l'urèthre; les projections photo-micrographiques des dépôts de l'urine et de nombreuses pièces d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire.

— *La variole à Bordeaux.* — D'après les derniers renseignements, l'épidémie de variole qui menaçait de s'étendre beaucoup est restée à peu près stationnaire depuis quelques jours. Il y avait à la fin de la semaine dernière cinquante-quatre varioleux à l'hôpital Saint-André.

On continue à signaler des cas assez nombreux dans la banlieue et même dans des villages non éloignés de la ville, notamment dans le Médoc. — (*Gazette médicale de Bordeaux.*)

De l'ovarite aiguë, par le docteur Merlon. — In-8°. Prix : 3 francs. O. Doin.

Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant par la thoracocentèse aspiratrice, par le docteur Fonson. — In-8°. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 140. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 4 DÉCEMBRE 1877. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La peur des espaces (agoraphobie, des allemands) (1).

Névrose émotive.

VI

E. — Je m'étonne que l'on ait pu songer un seul instant à rapprocher la peur des espaces de l'hypochondrie, et que l'on ait même parfois confondu l'agoraphobe avec le nosomane. Des différences fondamentales séparent ces deux individus. Le contraste est frappant. On va pouvoir en juger.

L'hypochondriaque, soit en vertu d'une prédisposition native, soit à la suite d'une sensation réelle insolite, mais vague et peu sérieuse, a l'attention éveillée du côté de sa santé physique. Il se préoccupe, redoute la souffrance, étudie l'accomplissement de ses principales fonctions, s'inquiète du jeu de ses organes, analyse ses moindres sensations et s'écoute vivre. Avec une sollicitude, dont l'exagération ne reconnaît point de limites, il observe sa langue, sa gorge, ses organes génitaux, et se livre à un examen approfondi et soucieux de ses crachats, de son urine et de ses déjections alvines. Pour lui, la particularité la moins significative a un caractère, le plus léger indice acquiert de l'importance, la plus faible apparence morbide est interprétée de la manière la plus fâcheuse. En vertu de ses propres exagérations, il est conduit à s'imposer une hygiène personnelle, un régime diététique particulier, et à prendre de sévères précautions. Il s'interdit tel aliment et recherche tel autre, choisit ses boissons, passe en revue ses vêtements et hésite sur celui qu'il doit porter dans la journée, se méfie des courants d'air, discute l'état atmosphérique et se trouve aussi mal de la chaleur que du froid, de la pluie que du beau temps. Une fois qu'il s'est de plus en plus laissé glisser sur cette pente, il a nécessairement le désir de remédier à son état. Il achète alors des ouvrages de médecine, lit complaisamment les annonces pharmaceutiques de la quatrième page des journaux, et, à mesure qu'il soigne son éducation médicale, il s'effraye davantage. Rapportant à lui-même et à sa situation propre une foule de révélations peu tranquillisantes, il redoute les périls les plus hors de propos, expérimente tous les médicaments anciens ou nouveaux, consulte divers médecins, se gargarise, se baigne, se purge, se douche, se frictionne, s'électrise, se met à la diète ou se tonifie à outrance. A bout de traitements, non soulagé, mais déçu, il s'imagine qu'il a un cancer de l'estomac, la syphilis constitutionnelle, une hypertrophie cardiaque ou une lésion hépatique, et, attendu le caractère absolument irrémédiable de son état, il annonce sa mort prochaine, probablement sans une conviction bien intime, et il déclare qu'il ne compte plus les mois qui lui restent à vivre, mais les semaines ou les jours. Il ne parle que de lui, n'est intéressé que par la rapidité ou la lenteur de ses digestions, par la facilité ou la fréquence de ses mictions, par les caprices de son intestin ou la coloration spéciale de sa dernière garde-robe. Dès qu'il peut rencontrer un interlocuteur qui se résigne à l'écouter, il se lamente, gémit, récapitule ses douleurs passées et ses infirmités présentes, et semble de la sorte s'attribuer à lui-même cette devise affligée : Souffrir pour vivre.

L'individu affecté de la peur des espaces ne connaît ni les exagérations, ni les tristesses, ni la mobilité thérapeutique de l'hypochondriaque. Il éprouve une angoisse effrayante en face du vide, mais il a le soin de dire et d'écrire qu'il se porte à merveille et que son appétit ne laisse absolument rien à désirer. La souffrance est imaginaire chez l'hypochondriaque, mais la sensation perçue par l'agoraphobe, dans des circonstances déterminées et identiques, est parfaitement réelle. Le premier est un mélancolique, le second un névropathe à son heure. L'un ressasse des gémissements monotones, l'autre est surpris à l'improviste en pleine gaieté. Tout les sépare et rien ne les rapproche.

F. — Il importe de discuter actuellement la question de savoir si la peur des espaces ne pourrait pas être confondue avec cette névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral que Morel a décrite sous le nom de « délire émotif? »

Pour cet éminent observateur, le délirant émotif est un malade susceptible, irritable, à sensibilité hyperesthésiée, très-facile à émouvoir, fatigant, exigeant, égoïste, ingrat, ayant quelques idées fixes, sans aucune compromission fatale, nécessaire et démontrable des facultés, et pouvant cependant, à un moment donné, accomplir certains actes irréfléchis, ridicules, excentriques ou peut-être dangereux. Il est impulsif à l'occasion, fantasque dans ses antipathies et souvent incompréhensible dans ses affections. Ses idées fixes, aucun raison-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.

nement ne peut les vaincre. Ses actes insolites, rien ne les relie avec des habitudes antérieures. Essentiellement paroxystique dans ses manifestations morbides, il a ses périodes d'acuité, d'intermission et de rémission. A chaque exacerbation nouvelle il se trouble, s'émeut, se lamente, pleure, devient livide et a une défaillance demi-syncopale. Qu'il s'agisse ou non d'une suppression fugitive ou d'une interprétation puérile, et cela, de la même manière et dans des conditions identiques, prévues à l'avance, stéréotypées en quelque sorte. C'est du creux épigastrique que semblent partir les premiers symptômes de ce malaise bizarre qui peut aller jusqu'à empêcher l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Celui-ci aura peur de devenir fou, de mourir subitement, d'être mordu par un chien enragé, de rouler dans un précipice, d'avaler des épingles ou de toucher des boutons de porte; celui-là n'osera pas se servir d'une arme, pâlira en face d'un rasoir ou d'une épée nue, aura des anxiétés pathologiques en bateau ou en voiture, redoutera le contact du verre pilé, craindra d'être contaminé par une substance toxique ou par l'urine et ne donnera pas la main, ne prendra jamais de bains, afin de ne point « s'assimiler les malpropretés d'autrui, » s'évanouira à la vue d'une souris, etc. Tous conviennent de l'inanité et de la sottise de leurs appréhensions, tous luttent et triomphent souvent d'eux-mêmes, tous retombent dans leurs bizarreries et leurs misères morales. Après s'être cachés des leurs, ils se dévoilent devant les étrangers. Blessés dans leur amour-propre, humiliés de leur manque de bravoure, honteux des aveux qu'ils ont à faire, ils prennent le parti de mettre leurs plaies à nu et ils vont alors interroger tels ou tels médecins.

Le délire émotif, qui ne rentre, à proprement parler, ni dans l'hystérie, ni dans l'hypochondrie, ni dans la folie, ne s'observe que dans l'intérieur des familles et non point dans les établissements spéciaux. Il est difficile à saisir dans son origine et à suivre dans son évolution; il se dérobe un peu aux délimitations précises, affecte une marche chronique, ne compromet pas absolument le niveau intellectuel ou l'exercice des facultés et ne met, en aucune façon, la vie en péril. Il peut être incidemment traversé par la peur des espaces ainsi que le prouvera l'observation qui va suivre, mais l'agoraphobie n'est plus, dans ce cas, une entité morbide, mais bien un simple phénomène secondaire, figurant dans un groupe de symptômes divers ou d'états limitrophes.

Obs. X. — M. Georges ***, âgé de trente-neuf ans, rentier, se disant homme de lettres, ex-secrétaire de la direction d'un théâtre, actuellement à la recherche de la rédaction d'un journal politique, littéraire ou musical, a une physionomie étrange, du clignotement des paupières et un tic de la face. Il parle avec une très-grande volubilité, interrompt sans cesse ses interlocuteurs, s'anime, gesticule presque à la façon d'un choréique, ne possède sur toute chose que des opinions plus que superficielles ou tout à fait provisoires, et ne paraît avoir nul souci de ce que l'on pourra penser de lui, de sa mobilité, de ses tergiversations ou de ses contradictions.

D'après ce qu'il rapporte, il est extrêmement nerveux et impressionné à l'excès par une bonne ou une mauvaise nouvelle; il s'émeut, pleure ou s'irrite très-facilement; il prétend avoir été éperdument amoureux de plusieurs femmes, et il ne relit jamais leurs lettres, sans s'attendrir beaucoup; il ne boit pas un verre de vin de Bordeaux sans s'exalter, ou un verre de vin de Champagne sans se griser; il aime à converser avec lui-même, à se faire des demandes et des réponses, et il déclare qu'il se fait parfois des réparties « risibles; » il déclame souvent, récite des vers et se place devant une glace pour étudier ses gestes; il possède une mémoire surprenante et des aptitudes peu communes pour la mécanique, les perfectionnements et les inventions; il a fait trois pétitions au Sénat et proposé d'importantes réformes économiques; on s'est emparé de ses idées en Amérique et on les a réalisées; il regrette de ne point s'être fait recevoir avocat, il aurait recherché surtout les procès en matière de contrefaçons ou de brevets d'invention; il a failli être sous-préfet, etc.

Au point de vue de ses conditions générales et spéciales de santé, voici ce qu'il avoue : étant enfant, il n'a jamais pu être conduit à l'église, à jeun, sans être pris de syncope; à treize ans, il a eu des troubles de conscience et a éte effrayé sur les conséquences possibles d'un sacrilége ; à dix-sept ans, à la suite de lectures émouvantes, il a eu un jour la pensée d'attenter à sa vie, et il a essayé de s'asphyxier, puis de s'empoisonner; il n'a jamais pu voir le sang d'un animal, les grands couteaux ou les armes à feu; il chancelle à la vue d'une panoplie, évite de passer devant la boutique d'un armurier et a peur des chiens; il ne peut pas entendre parler d'une maladie, sans se croire affecté ou menacé de l'état morbide dont il est question; il redoute par dessus tout la syphilis, porte toujours des gants et donne rarement la main; il ne peut pas se faire la barbe, est effrayé à la vue d'un rasoir et n'a jamais pu tenir un fleuret; dans une voiture découverte, il se montre très-inquiet, et croit toujours qu'il va verser; il est très-malheureux, s'il vient à être coudoyé, heurté ou pressé dans une rue, parce qu'il peut avoir été touché par un syphilitique, par des gens malpropres ou imprégnés de miasmes, ou enfin « par des femmes se trouvant dans le sang; » il est convaincu qu'il mourra subitement et l'on trouvera chez lui trois lettres renfermant des instructions particulières au sujet de certains objets qui devront être placés dans son cercueil; il croit aux pressentiments, aux influences néfastes, « aux coïncidences préparées, » et, sans les partager absolument, il respecte toutes les superstitions; il a peur dans certaines rues, surtout dans les rues sans boutiques, et il y en a qu'il ne traverse jamais; il est mal impressionné, anxieux ou effrayé, lorsqu'une rue débouche tout à coup à un carrefour; il peut rester debout devant une fenêtre donnant sur une rue, mais il ne peut pas s'accouder à une fenêtre s'ouvrant sur un jardin spacieux, sur une place, sur un quai ou sur les bords de la mer; il ne pose pas le pied sur un balcon ou sur une terrasse, sans que les larmes lui viennent aux yeux; il n'a jamais osé prendre un bain de rivière; il s'est interdit l'équitation; il ne monte point en haut d'un monument ni sur l'impériale d'un omnibus; il ne peut pas se promener seul sur une route, dans un parc ou en pleine campagne, parce que « l'immensité le rapetisse et le fait frissonner; » il avoue enfin qu'il est original, qu'il se connaît bien, qu'il voudrait à tout prix « fortifier ses nerfs et être comme tout le monde. »

L'observation qui précède se rapporte bien, on le voit, à un véritable délirant émotif avec manifestations agoraphobiques secondaires, et non point à un cas primitif de peur des espaces. M. Georges *** a toujours évité de répondre nettement aux questions qui lui ont été posées au sujet de ses ascendants et de ses collatéraux, mais son état mental concorde si bien avec toutes les excentricités, les émotivités et les particularités que j'ai observées chez les descendants d'aliénés, de suicidés, de convulsifs et de névropathes, et que j'ai décrites dans mes leçons sur *la folie héréditaire*, que l'on me permettra de soupçonner gravement, dans l'espèce, l'hérédité pathologique.

En somme, le délire émotif n'est rien autre chose que la résultante de toutes les impressionnabilités anxieuses possibles, tandis que la peur des espaces se limite à une angoisse pénible, terrifiante, en face du vide ou dans les conditions absolument spéciales que j'ai fait connaître.

G. — La peur des espaces se différencie-t-elle de la névropathie cérébro-cardiaque? Ce dernier état morbide est constitué, d'après M. Krishaber, par des troubles des sens, de la locomotion et de la circulation et par quelques phénomènes secondaires.

Aux perturbations sensorielles se rattachent des concep-

tions fausses ou perverties pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Les sens sont toujours hyperesthésiés.

Les troubles de la locomotion consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par du vertige et par des étourdissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois, il n'y a que de la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement. D'autres fois enfin, la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude.

Comme troubles de la circulation, on note surtout une irritabilité du système vasculaire telle que le moindre mouvement, comme le fait de se mettre debout étant assis, de se placer sur son séant étant couché, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a en outre de fréquentes et violentes palpitations; elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des moments de contraction désordonnée du cœur, le pouls radial est petit, le plus souvent lent, mou, très-dépressible.

Pendant la période la plus intense, il survient des lypothymies et, dans quelques cas rares, des syncopes avec perte complète de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'angoisse précordiale presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'angine de poitrine.

Les phénomènes secondaires consistent principalement dans des bouffées à la tête, des bourdonnements d'oreilles, des visions terrifiantes, de l'insomnie, des cauchemars, des sueurs, de la lassitude générale, des nausées, des vomissements, de l'amblyopie, de la photophobie, un sentiment de strangulation, de l'amnésie, des névralgies multiples, de l'inappétence et de l'amaigrissement.

Comment pourrait-on confondre toute la symptomatologie compliquée qui précède, et qui semble se rattacher si nettement sur certains points à des manifestations de l'alcoolisme, avec les signes si simples et si précis à la fois que j'ai attribués à la peur des espaces? La névropathie cérébro-cardiaque, telle que l'a décrite M. Krishaber, est un état très-complexe, d'un diagnostic difficile, dans lequel le vertige et les accidents cardiaques jouent des rôles importants et probablement sérieux, mais qui ne sauraient s'appliquer un seul instant à l'agoraphobie.

La névropathie cérébro-cardiaque est un état pathologique qui ne porte avec lui aucun caractère distinct, défini, invariable, pathognomonique, et qui paraît être plutôt une résultante diffuse de phénomènes variés qu'une entité morbide fixe et reconnaissable du premier coup d'œil et par tout le monde. La peur des espaces, au contraire, se produit d'une manière toujours identique, dans des conditions déterminées, et a pour caractéristique l'angoisse. L'une est une névrose volontiers insaisissable, qui ne possède presque rien, et qui vit d'emprunts; l'autre est une névrose émotive d'un seul morceau, qui se suffit à elle-même, qui se cantonne dans l'anxiété terrifiée, qui s'impose et se fait facilement reconnaître. Celle-ci est une affection qui attend encore ses lettres de grande naturalisation scientifique, celle-là tend de plus en plus à devenir un paragraphe orthodoxe de la nosologie.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

—

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Ce résultat de la compression digitale, s'il devait être confirmé par l'expérience à venir, est assurément fort encourageant.

L'expérience de nos hôpitaux n'est cependant pas tout à fait aussi satisfaisante que cette série d'observations publiées dans les recueils. Nous avons ici huit cas dans lesquels la compression, exercée d'une manière ou d'une autre, a été employée avec succès dans des anévrysmes fémoraux et ilio-fémoraux. Dans cinq de ces cas, la compression fut exercée sur l'aorte ou l'iliaque primitive, à l'aide du tourniquet abdominal pendant le sommeil chloroformique, et dans le sixième en comprimant l'iliaque externe pendant six heures avec l'aide de l'anesthésie. Il ne reste que deux cas de succès de la compression sans anesthésie, dans l'un desquels l'anévrysme, que l'on croyait siéger sur la fémorale profonde, fut guéri par la compression mécanique de l'iliaque externe. C'est le cas du docteur Patrick Watson, d'Édimbourg, qui l'a publié. L'autre, était un anévrysme fémoral situé dans le canal de Hunter. Le malade, âgé de soixante ans, était soigné par M. Tyrrel, à l'hôpital Mater Misericordiæ de Dublin, et fut guéri en dix jours de compression intermittente, digitale et mécanique de l'artère fémorale.

Cette préparation (XIII, 189), d'un cas traité à l'hôpital Saint-Barthélemy, par M. Savary, trop récemment pour faire partie de la table, montre un anévrysme de la fémorale, guéri par la compression, étant manifestement athéromateux, il y avait en outre une tumeur pulsatile à l'épigastre. La maladie résultait d'un coup de pied de cheval reçu un mois environ auparavant, et qui avait évidemment causé une rupture partielle de l'artère. Tous les symptômes des anévrysmes étaient très-manifestes. Après une heure (60 minutes) de compression digitale exercée alternativement par le chirurgien interne et l'infirmier-major, sur la fémorale, sur le rebord du bassin, la tumeur devint plus dure et les pulsations étaient moins apparentes; après trente minutes encore de compression (90 minutes en tout), le bruit et les pulsations avaient disparu, et la tumeur était complétement et définitivement consolidée. La guérison fut constatée plus tard, et il paraît que le malade est vivant et se porte bien à l'heure qu'il est.

Le cas de Linhart (Gurlt, Jahrb., 1860-61, p. 116), présente ceci d'intéressant : il y avait un anévrysme de chaque côté et les artères étaient affectées de dégénérescence athéromatheuse. Du côté droit, l'anévrysme situé dans la moitié supérieure du membre, avait le volume d'un œuf; du côté gauche, il était un peu plus petit. Dix-huit heures de compression digitale intermittente, en quatre jours, suffirent pour guérir l'anévrysme du côté droit, qui était le plus gros, tandis qu'il fallut cinq cent trente-neuf heures, pendant soixante-dix-sept jours, sept heures par jour, pendant onze semaines, pour le plus petit anévrysme. A la fin, cependant, tous les deux furent guéris,

Trois fois, sur ces douze cas, la compression mécanique avait été préalablement essayée et fut abandonnée deux fois

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 octobre.

parce qu'elle produisait l'ulcération de la peau, et une fois à cause de la douleur.

Dans le cas de Fröhlich (Gurlt, Jahrb., 1803-05, p. 201), un anévrysme de la grosseur d'une pomme, siégeant à la partie moyenne de la cuisse, fut guéri par le malade lui-même en se comprimant la fémorale, pendant une durée qui variait de cinq minutes à une demi-heure, aussi souvent que possible, pendant cinq semaines.

Le nombre des insuccès est, en réalité, moindre dans cette table que ne l'indiquent les chiffres à première vue. L'un était un cas d'anévrysme diffus de la fémorale, résultant de la ligature de cette artère, pour un anévrysme poplité (Parker, Transact. de l'*Associat. méd. Amér.*, 1849, v. II, p. 228). La compression digitale, pendant soixante-douze heures, amena une guérison apparente. Après une récidive, la compression, à l'aide d'un poids, pendant sept jours, compléta la guérison. Il est évident qu'un nouvel essai de compression digitale, si on l'eût jugé convenable, eût amené le même résultat. Un second cas (Wagner, Berlin, *Klinik Wocheusch*, 1866, n° 27) consistait en un anévrysme situé immédiatement au-dessous du pli, peut-être pas d'une manière tout à fait complète, mais du moins fort avancée. Le malade, âgé de soixante-douze ans, mourut pendant la durée du traitement, probablement par suite d'une dégénérescence générale des organes circulatoires. L'anévrysme était en partie formé par la paroi artérielle et en partie *diffus*, c'est-à-dire formé par le tissu cellulaire environnant. Le traitement consista en partie dans la compression mécanique appliquée sur l'extrémité de l'iliaque externe, et quand celle-ci ne put plus être supportée, dans la compression digitale qui apporta un grand soulagement aux douleurs causées par le tourniquet. A l'autopsie, on trouva que le caillot, bien que peu solide, était cependant suffisamment formé pour empêcher l'eau, injectée avec une force modérée dans l'artère, de passer dans la tumeur anévrysmale.

Cette belle préparation, de Dublin, vous montre la guérison dans son état définitif; mais je ne puis vous en citer l'observation.

Nous voyons donc que la compression, soit mécanique, soit digitale, réussit souvent dans la compression de la fémorale. Cette artère se prête si facilement à la compression digitale, à son passage sur le pubis, et ce mode de compression est tellement supérieur, pour des raisons que je vais indiquer, aux moyens mécaniques, que je l'emploierais toujours de préférence quand c'est possible. L'iliaque externe, au contraire, est située profondément dans le ventre et ne peut que difficilement être comprimée par le doigt pendant un temps suffisant, au lieu que les cas d'Albers et de Verdier montrent que là la compression mécanique peut s'appliquer pendant un temps illimité.

Mais, d'autre part, nous avons un grand nombre de cas où la compression a échoué, et dans quelques-uns elle semble avoir entraîné la mort.

Notre table d'hôpital comprend en tout dix-huit échecs de la compression. Trois fois la mort est survenue sans qu'on ait pratiqué d'autre opération. Un de ces cas est celui qu'a décrit M. Birkett, dans le cinquante-deuxième volume des transactions médico-chirurgicales; le malade mourut de pneumonie après trois applications du tourniquet abdominal pendant l'anesthésie. Le second cas est celui qu'a soigné, à l'hôpital Saint-George, mon collègue M. Pick, et publié dans le dernier volume de *Saint-George's Hospital Reports;* après la guérison apparente par la compression digitale maintenue pendant trois jours, l'anévrysme commença à s'accroître rapidement, la gangrène survint et le malade mourut une heure ou deux après l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale. Ici la fémorale avait été rompue dans un effort Le troisième cas arriva à l'hôpital Saint-Barthélemy, en 1872, et il est relaté dans le *Bristish medical journal,* du 6 juillet de la même année. Le malade, âgé de soixante-douze ans, mourut avec une suppuration du sac et une thrombose de la veine, après la compression mécanique de la fémorale.

Parmi les autres quinze cas d'insuccès, se trouve un cas de M. Stokes, de Dublin, dans lequel, après l'échec de la compression abdominale, on plaça sur l'aorte une ligature temporaire suivie de mort. C'est un anévrysme comprenant les artères abdominales aussi bien que la fémorale.

Il y a un second cas qui consistait en une rupture de la fémorale près du pli de l'aine, suivie de la formation d'un sac secondaire. Ici, comme la tumeur augmentait de volume sous l'influence de la compression, le sac fut ouvert et l'artère liée au-dessus et au-dessous, mais il survint une hémorrhagie secondaire. Le membre fut amputé et le patient s'éteignit dans l'hecticité. Ces deux cas étaient tous deux en dehors de ce qu'on rencontre dans la pratique ordinaire. Les autres treize cas étaient des anévrysmes de la fémorale à forme plus ordinaire, dans cinq desquels, après l'insuccès de la compression, l'artère fut liée avec succès (l'iliaque interne dans un cas et la fémorale dans quatre), bien que une fois il ait fallu amputer la jambe. Dans sept autres cas, la mort est survenue après la ligature de l'artère en dessus (six fois l'iliaque externe et une fois la fémorale). Dans le huitième cas malheureux, après l'insuccès de la compression digitale, on employa deux fois la galvano-puncture; la seconde fois, elle amena l'inflammation du sac et l'on eut à en craindre la rupture. La fémorale fut liée mais le malade, âgé de soixante-quinze ans, s'éteignit d'épuisement.

Il est singulier que, outre le cas rapporté plus haut, dans lequel, après l'insuccès de la compression, le sac fut ouvert et l'artère liée au-dessus et au-dessous, il y a huit autres cas d'opération ancienne dans la cuisse. Dans plusieurs de ces cas, l'opération fut faite comme dans ceux publiés par M. Birkett (*Med. chir. trans.*, I, 431) et M. Henri Smith, à cause de la rupture sous-cutanée ou *diffusion* de l'anévrysme. Une fois, cependant, elle fut nécessitée par une plaie de l'anévrysme qui avait été ouvert comme un abcès. Dans ce cas, on ne put trouver le vaisseau et le membre fut amputé avec succès. Dans un autre cas, que soignait M. Syme, en 1862, et qui semble avoir été un anévrysme ilio-fémoral, le sac fut ouvert en haut et en bas, vers les points où l'artère semblait avoir son calibre normal et on la lia à chaque extrémité du sac; on coupa le ligament de Poupart en faisant cette opération. Le malade mourut le dix-huitième jour après l'opération. La cause de la mort n'est pas indiquée.

Outre ce cas, il ne mourut que deux autres malades. L'un était soigné par M. Holmes Coote, à l'hôpital Saint-Barthélemy, en 1867, et en en trouvera l'observation dans les *Reports* de cet hôpital. Comme le fait remarquer M. Coote, c'était plutôt une plaie d'artère qu'un anévrysme. La veine était également blessée, mais elle ne paraît pas avoir été liée. Une grave hémorrhagie survint la nuit; on amputa alors la cuisse, mais le malade mourut. L'autre cas est une rupture de la fémorale profonde suite d'effort; on éprouva de grandes difficultés pour trouver le vaisseau lésé, et le malade mourut du choc occasionné par une opération d'une aussi longue

durée. Je devrais peut-être ajouter que, dans un des cas heureux, la veine fémorale fut accidentellement comprise avec l'artère dans la ligature.

Je pourrais ajouter aux précédents un fait publié par M. Gay, il y a quelques années (*The Lancet*, vol. I, 1868, p. 780). J'ai eu occasion de voir le malade l'année dernière, et il était mourant d'une affection viscérale, sans aucun lien avec l'opération qui a réussi sous tous les rapports, la plaie s'étant parfaitement cicatrisée, la circulation du membre complétement rétablie, et le malade, aussi actif que le permettait son état général, fort affaissé. Il est mort depuis, mais on n'a pu faire l'autopsie.

Cette énumération d'une série de cas formidables, traités d'une manière décisive et radicale par une opération aussi grave que l'est généralement l'opération ancienne dans l'anévrysme fémoral, montre certainement que ses résultats, entre les mains des chirurgiens d'hôpitaux de nos jours, sont meilleurs qu'on aurait été tenté de le croire *à priori*, et je ne doute pas que le traitement suivi dans ces cas soit celui que les chirurgiens devraient toujours adopter dans tous les cas de rupture d'anévrysme de la fémorale, bien que je n'ignore pas que cette complication n'a pas empêché qu'on n'ait pratiqué, avec succès, l'opération de Hunter. Dans *The Lancet* (vol. II, 1851, p. 30), il y a un exemple dans lequel M. Howell, de Clapton, lia la fémorale par la méthode de Hunter, avec un succès complet, chez une femme qui avait un anévrysme de la partie inférieure de la cuisse, qui s'était ouvert à travers la peau, donnant lieu à une hémorrhagie évaluée à une pinte. Il survint de la suppuration dans le sac, mais il n'y eut plus d'hémorrhagie et la tumeur disparut.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er décembre 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du sang. — M. HAYEM fait une nouvelle communication relative à l'étude du sang des vertèbres, et produit de nouveaux faits à l'appui de cette opinion que le sang des vertèbres ovipares contient des globules incolores, diffluents, évidemment altérables, qui ne sont pas des globules blancs, et qui, suivant lui, ne sont autre chose que les germes des globules rouges.

Atrophie du noyau du facial dans la paralysie glosso-labio-laryngée. — M. MATHIAS DUVAL, continuant ses recherches sur le facial, a constaté, à l'autopsie d'un malade ayant été atteint d'une paralysie glosso-labio-laryngée, une atrophie parfaite du noyau inférieur du facial. Il fait passer les pièces sous les yeux de la société.

Des lésions de l'appareil de l'ouïe consécutives à la lésion de la racine inférieure du trijumeau. — M. GELLÉ apporte un complément aux recherches de MM. Laborde et Mathias Duval, sur quelques points de la physiologie du bulbe. Il montre des pièces appartenant à un chien, chez lequel a été lésée la racine inférieure du trijumeau et où l'on peut constater des lésions avancées du bulbe et la membrane du tympan, consécutives à cette lésion du trijumeau.

M. LABORDE présente un dessin qui montre combien, chez ce chien, la lésion du bulbe était circonscrite. Cette lésion expérimentale, en effet, est aussi bien circonscrite et localisée que celles que produit la nature.

Nouvelle méthode de calorimétrie. — M. DARSONVAL présente un nouveau calorimètre. (Sera publié.)

Glycosurie passagère consécutive à un traumatisme cérébral. — M. ALBERT ROBIN, à l'occasion de la théorie nouvelle soutenue par M. Duret sur la commotion cérébrale, rapporte un cas de glycosurie passagère consécutive à une commotion cérébrale. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, étant tombé d'un siége de voiture, fut amené à l'hôpital Beaujon, portant des ecchymoses sur la tête, et après être resté plusieurs heures sans connaissance. Comme il avait de la rétention d'urine, M. Robin pratiqua le cathétérisme et constata dans les urines la présence d'une notable quantité de sucre. Peu de temps après, un nouvel examen permit de constater qu'il n'y avait plus de traces de sucre.

Voilà donc un fait parfaitement authentique de glycosurie temporaire consécutive à la commotion cérébrale.

M. CLAUDE BERNARD fait observer que ce fait peut se produire expérimentalement chez les animaux.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Poinsot (de Bordeaux), qui sollicite le titre de membre correspondant national.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort de M. Bouvier, membre honoraire.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DESPRÈS n'est pas d'avis qu'il faille, dans tous les cas de mal de Pott, traiter d'emblée les malades par l'immobilisation. Cette pratique ne peut en rien prévenir les abcès par congestion et la tuberculisation pulmonaire.

M. VERNEUIL pense, au contraire, que, tant qu'il ne sera pas possible d'établir un diagnostic différentiel entre un mal de Pott bénin et un mal de Pott malin, il sera toujours très-sage d'agir, dès le début, comme si l'on avait à traiter la variété la plus grave. Quant à l'influence de l'immobilisation sur les abcès par congestion, on sait que, depuis que l'on traite la coxalgie par cette méthode, on observe beaucoup moins d'abcès.

M. DESPRÈS croit qu'il est facile de diagnostiquer les variétés grave ou bénigne du mal de Pott au début, en se fondant sur les antécédents des malades. Un enfant né de père et de mère tuberculeux ne guérira pas, tandis que le pronostic sera beaucoup moins grave si le père et la mère sont sains. M. Verneuil compare à tort la coxalgie avec le mal de Pott. L'immobilité est utile dans le traitement de la coxalgie parce qu'on veut obtenir l'ankylose.

M. SÉE considère l'immobilité comme indispensable pour la guérison du mal de Pott. Cependant il n'hésite jamais à faire abandonner la gouttière de Bonnet dès que les petits malades sont assez guéris pour s'en passer. Le séjour à Berck est alors très-utile, mais le traitement qu'on y suit est simplement hygiénique.

M. MARJOLIN a vu guérir par l'immobilisation, contrairement à ce que croit M. Desprès, des enfants atteints de mal de Pott grave. Le séjour prolongé au lit n'est pour rien dans la production des méningites tuberculeuses qu'on observe quelquefois chez ces malades. Malheureusement, la pénurie de lits dans les hôpitaux d'enfants s'oppose à ce qu'on reçoive assez tôt ces petits malades et à ce qu'on les garde assez longtemps.

M. TRÉLAT a reçu de M. Dally une lettre demandant une petite rectification à la communication qu'il a faite dans la dernière séance. L'enfant qui a fait l'objet de la communication de M. Trélat n'est resté que six mois en traitement chez M. Dally.

M. LANNELONGUE a vu de véritables maux de Pott guérir sans suppuration. Le rôle des appareils est très-important. L'immobilisation que l'on recherche n'est pas le véritable but des appareils de contention ; ils sont destinés à maintenir les parties situées au-dessus

de la gibbosité. M. Lannelongue n'admet pas les variétés bénigne et maligne du mal de Pott.

M. GUYON. Le repos est souvent une précaution indispensable à prendre. Lorsque les malades s'y soumettent, on a toutes les chances pour éviter les abcès par congestion.

M. TRÉLAT s'associe à l'opinion de M. Lannelongue et n'admet aussi qu'une seule variété de mal de Pott. Mais il prend toujours la précaution d'immobiliser le malade.

M. DESPRÈS n'est pas adversaire absolu de l'immobilisation, mais il la réserve pour les cas où il y a menace d'abcès.

NOMINATION D'UNE COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES DE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Sont élus : MM. Verneuil, Lucas-Championnière, M. Sée, Giraud-Teulon.

COMMUNICATION

Corps étranger de l'abdomen. — M. TILLAUX communique le fait suivant : un homme de trente-trois ans, soumis à des hallucinations, voulut se suicider en s'enfonçant dans l'abdomen une aiguille longue de onze centimètres et demi. L'aiguille disparut dans l'abdomen, à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, et s'implanta dans la colonne vertébrale. M. Tillaux put l'extraire sans difficulté vingt-quatre heures après ; il s'écoula quelques grains de sang, mais le malade guérit sans accident. Quels organes avaient pu être atteints par cette aiguille ? M. Tillaux fit deux expériences sur des cadavres et constata sur le premier que l'aiguille avait traversé le bord inférieur du colon transverse, plusieurs anses d'intestin grêle et la veine iliaque gauche ; sur l'autre sujet, le colon transverse n'était pas traversé, et l'aiguille avait glissé entre deux anses d'intestin grêle. La veine iliaque gauche était traversée. Chez le malade de son service, il n'y a eu aucun accident primitif ni secondaire. M. Tillaux se demande si ce résultat favorable ne doit pas être attribué à ce que le corps étranger n'a été retiré qu'après plusieurs heures.

M. LANNELONGUE préférerait agir sans retard dans un cas semblable.

M. SÉE serait disposé à tenir la même conduite que M. Lannelongue.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Catalogue des pièces du musée Dupuytren, publié sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur HOUEL, conservateur des collections de la Faculté. — 1er et 2e vol. avec atlas. Paris, 1877.

Les plus belles collections, comme les plus belles bibiothèques, seraient en grande partie perdues pour l'utilité publique sans les classifications et les catalogues qui, seuls, en rendent l'usage facile et fructueux. Tout le monde connaît notre beau musée anatomo-pathologique, dit musée Dupuytren, en mémoire de l'illustre chirurgien qui, après avoir cultivé lui-même avec succès l'étude de l'anatomie pathologique, a si efficacement contribué à en propager l'enseignement par la création de la chaire si dignement occupée par Cruveilhier et ses successeurs. Un premier catalogue a été dressé déjà en 1842 et publié par les soins de de MM. Denouvilliers et Lacroix. Mais, bien que conçu sur un vaste plan, il est devenu aujourd'hui manifestement insuffisant. On aura une idée de cette insuffisance quand on saura que les pièces que contenait alors le musée, presque toutes exclusivement relatives aux maladies des os, étaient au nombre de 1,000 seulement, taudis qu'aujourd'hui le nombre s'est élevé à près de 6,000. Il fallait compléter ou mieux refaire entièrement à nouveau cette œuvre indispensable. Le savant et zélé conservateur du musée, M. Houel était évidemment le mieux en mesure d'entreprendre un pareil travail, d'autant qu'il l'avait déjà esquissé une première fois dans son *Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée*, publié en 1857. Mais comme une œuvre de cette nature et de cette étendue ne pouvait être faite sous sa seule responsabilitée et avec ses seules ressources. C'est sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris qu'elle a été mise à exécution. Ce sont les 1er et 2e volumes de cette publication importante, qui en comptera 6 ou 7, chacun avec son atlas, que nous avons sous les yeux et que nous annonçons aujourd'hui.

Voici quel est l'ordre adopté pour la classification des pièces. C'est par appareils ou systèmes organiques qu'elles ont été disposées, à savoir : appareil de de la locomotion (système osseux, système musculaire, système nerveux) ; appareil des sens ; appareil de la circulation ; appareil de la digestion avec ses glandes annexes ; appareil de la respiration ; appareil génito-urinaire ; système cutané et cellulaire. Une dixième division comprend les monstres.

Chacun de ces grands appareils ou systèmes formera dans le catalogue un chapitre distinct, qui pourra être divisé en autant de subdivisions secondaires que le comportera chacun d'eux. Chaque grand appareil a un numérotage spécial. M. Houel a pris les dispositions spéciales qui sont indiquées dans le catalogue, pour que chaque pièce, soit autant que possible, placée à côté de celle avec laquelle elle peut être comparée. Les dispositions adoptées permettront aussi, quand cela deviendra nécessaire, de publier un supplément au catalogue. Enfin, comme toutes les pièces n'ont point une importance égale, afin de faciliter encore les recherches, on a signalé en tête de chaque subdivision d'un grand appareil, dans une appréciation succincte, les pièces les plus intéressantes et qui sont de nature à attirer plus spécialement l'attention. Pour chaque pièce, à défaut d'une observation complète, ce qui ne serait pas toujours possible, et ce qui eût pris d'ailleurs une trop grande place dans le texte, la source de l'observation est indiquée.

Les deux volumes qui viennent d'être publiés comprennent l'appareil de la locomotion. Les maladies du système osseux constituant un des groupes les plus complets du musée, ne comprennent pas moins, à elles seules, de mille huit cents pièces environ. Leur description fait dix-neuf articles : fractures ; cicatrices des os après les amputations ; expériences de Flourens sur le développement des os et leur régénération ; expériences sur les greffes animales, inflammations, caries et tubercules des os ; altérations des os causées par les tumeurs, les collections liquides, les productions organiques développées dans leur voisinage, dans les cavités qu'ils forment ou dans l'épaisseur même de leur tissu ; nécroses ; gangrène sèche des membres ; exostoses et hyperostoses ; atrophie des os ; ramollissement, ostéomalacie ; kystes, cancers et tumeurs diverses ; déformations et rachitisme ; corps étrangers ; carie ; enkyloses ; luxations, etc.

Les atlas qui accompagnent ce deuxième volume se composent de cinquante planches comprenant cent quarante-neuf pièces reproduites d'après le procédé d'impression photographique de Thiel aîné.

Dictionnaire de botanique, par H. BAILLON. — Septième fascicule. Prix : 5 francs. — Gr. in-4° avec bois et planche coloriée. — Paris, Hachette et Ce.

Avec ce septième fascicule, nous voyons se terminer la lettre B, et commencer la lettre C.

En parcourant ce fascicule, on trouve un moins grand nombre d'articles très-détaillés, ce qui donne comme résultat final un plus grand nombre de mots, et par conséquent, de renseignements. Cependant, à côté des intéressantes notices consacrées par le docteur Eugène Fournier, à Brebisson, Broussomet, R. Brown, Brunfels, Burmann, etc., il nous faut signaler particulièrement les nombreux articles des cryptogames. On lira avec intérêt les articles consacrés aux Bulbes, au Café, et enfin au Calice.

Même soin typographique, profusion de gravures très-remarquables, et enfin une très-belle chromolithographie représentant le *Vanda tricolor;* telles sont, en dernier mot, le complément de ce nouveau fascicule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre éminent confrère M. le docteur Barth, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre et ancien président de l'Académie de médecine, agrégé libre de la Faculté, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'association de médecine de la Seine, commandeur de la Légion d'honneur, etc. Sa grande notoriété et la haute situation à laquelle était arrivé M. Barth comme praticien et médecin consultant nous dispensent de rappeler en ce moment par quels échelons et avec quels titres il y était arrivé. Sa vie scientifique sera honorée en temps opportun comme elle mérite de l'être. Mais, nous ne voudrions pas ajourner plus longtemps l'expression de l'hommage qui est dû à sa grande honorabilité, à la bienveillance de son caractère, à la bonté et à l'inépuisable charité de son cœur.

M. Barth est mort le 30 novembre, dans sa soixante-douzième année, il a succombé, croyons-nous, aux suites d'une fièvre intermittente de mauvais caractère qu'il avait contracté dans un voyage récent à Rome.

Ses obsèques auront lieu mardi 4 décembre à midi très-précis, en l'église Saint-Thomas d'Aquin. On se réunira à la maison mortuaire, rue de Lille 46.

— *Faculté de médecine.* — Laboratoire d'histologie, directeur, M. Ch. Robin; sous-directeur, M. Cadiat, agrégé. — Les exercices pratiques d'histologie, ont lieu tous les jours de une heure à cinq heures dans la salle des démonstrations. — La Faculté met gratuitement à la disposition des élèves tous les réactifs et les instruments nécessaires à ces exercices. MM. les élèves sont priés de se faire inscrire chez le chef du matériel de l'École pratique.

— *École pratique des hautes études.* — Laboratoire d'histologie zoologique, directeur, M. Ch. Robin. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours de midi à cinq heures au laboratoire, boulevard Saint-Germain, n° 114, où les élèves doivent se faire inscrire près du directeur adjoint, M. le docteur G. Pouchet.

— *Collége de France.* — M. le professeur Cl. Bernard commencera son cours le mercredi 5 décembre 1877, à dix heures et demie, et le continuera les vendredi et mercredi de chaque semaine à la même heure. Il traitera de l'expérimentation physiologique.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Cours de zoologie (reptiles, batraciens, poissons). M. le professeur Léon Vaillant ouvrira ce cours le jeudi 6 décembre 1877, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (bâtiment de la ménagerie des reptiles), et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

Le professeur traitera de l'organisation de la physiologie et de la classification des batraciens de l'époque actuelle et fossile, en s'attachant à faire connaître les espèces utiles dans l'économie domestique, l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques.

— M. le docteur H. Picard continuera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, à partir du lundi 3 décembre, les lundis, mercredis ou vendredis, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique au lieu des mardis jeudis et samedis.

— Les maires des communes de Mailly, Trouan-le-Grand, Trouan-le-Petit, Poivres, Semoine, Dosnoy et Grandville, (cantons de Ramerupt et Arcis-sur-Aube, nous informent que ces localités sont actuellement privées de secours médicaux : un docteur actif pourrait se créer rapidement une position avantageuse. — Pour plus amples renseignements s'adresser au maire de Trouan-le-Grand, canton de Ramerupt (Aube).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de thérapeutique, par le docteur B. Paulier, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 fort vol. in-18 de 1012 pages. Prix : 10 francs. — O. Doin.

Traité philosophique des fièvres périodiques, par le docteur A. N. Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux. — Paris, 1877, 1 vol. grand in-8°. Prix : 8 francs. — F. Savy.

Du phimosis et de la balano-posthite syphilitiques, par le docteur J.-A. Rizat. — In-8° avec 5 planches hors texte contenant 20 figures en chromo-lithographie. Prix : 5 francs. — O. Doin.

Contribution à l'étude de l'action physiologique du chloral sur la circulation et la respiration. Recherches critiques et expérimentales, par le docteur Troquart. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude du Gelsemium sempervirens et de son action dans le traitement des névralgies, par le docteur Eymery-Heroguelle. — In-8° avec figures. Prix : 2 fr. 50. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 141. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1877. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après le dépouillement de la correspondance, la séance a été levée en signe de deuil.

M. Barth, dont l'Académie honorait ainsi la mémoire, fut un des derniers représentants d'une glorieuse génération médicale. Son nom doit être réuni à ceux des Trousseau, des Cruveilhier et de tous ces maîtres illustres dont il était le candidat dans une élection restée célèbre à la Faculté de médecine. Par un excès de modestie, M. Barth avait interdit qu'aucun discours fût prononcé à ses obsèques. Mais à l'Académie, M. Henri Roger, son collaborateur et ami, doit faire son éloge dans la séance de mardi prochain.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Paralysie de la troisième paire par compression d'une tumeur spécifique.

Le malade que je vais vous présenter aujourd'hui offre un assez grand intérêt, et par la rareté de la maladie dont il est atteint, et par la manière dont on peut considérer le développement étiologique de son affection.

Cet homme a cinquante et un ans, il est garçon d'hôtel. Il n'a pas, dit-il, d'habitudes alcooliques; néanmoins il est probable qu'il a dû faire un usage immodéré de vin, de café, de liqueur, etc. Il y a vingt ans, en 1857, il a eu, sur le frein de la verge, un chancre phagédénique; on constate, en effet, à la partie sur laquelle celui-ci s'est développé, une sorte de perforation de forme circulaire, mais bien que ce caractère appartienne ordinairement au chancre simple non infectant, il n'est pas possible ici de méconnaître la nature syphilitique de cette lésion, attendu que, quelques semaines plus tard, une éruption se manifesta sur la peau et que des plaques muqueuses apparurent dans la gorge. Ces accidents cédèrent d'ailleurs promptement à l'usage de pilules mercurielles.

Ce qui confirme encore ce diagnostic, c'est que, deux ans plus tard, cet homme fut atteint d'une affection du testicule droit, que Demarquay considéra comme appartenant à la syphilis, et qui ne fut probablement autre qu'une induration de la tunique albuginée. Enfin, de même que les manifestations précédentes, elle disparut au bout de quelques jours de traitement par l'iodure de potassium.

Enfin, ce sujet qui, avant d'être entaché de syphilis, avait eu un enfant bien portant, en a eu deux autres depuis et tous deux sont morts très-peu de temps après leur naissance. Ceci est un fait fréquent, ainsi que vous le savez, chez les nouveau-nés issus de parents syphilitiques : il n'a pas, il est vrai, en lui-même, une valeur absolue, mais, joint aux autres caractères que je viens de vous énumérer, il nous permet d'affirmer, d'une manière positive, que cet homme a été en puissance de la syphilis et que nous pouvons le considérer comme syphilitique.

Un autre fait qui mérite également d'être mentionné est le suivant : Il y a sept ans, en 1870, cet homme a ressenti brusquement, sans cause connue, un léger étourdissement; et, en même temps, il a éprouvé un sentiment d'engourdissement, d'insensibilité et à la fin d'impuissance musculaire. Ces phénomènes, qui existaient sous forme d'hémiplégie, à droite, n'ont duré que deux jours; au bout de ce temps, tout avait disparu. Nous verrons plus tard quelle signification on doit leur attribuer.

Les choses en étaient là quand, dans la dernière semaine de Pâques, un soir, il a éprouvé tout à coup, dans la rue, un étourdissement tel qu'il est tombé sans connaissance; néanmoins la perte des facultés dura peu; au bout de quelques instants, il put se relever et regagner, en titubant, son domicile. Cet accident avait eu lieu après un repas copieux, aussi l'attribua-t-il à un peu d'ébriété. Mais le lendemain, à son réveil, il s'aperçut, avec étonnement, que son œil droit était fermé et que, malgré ses efforts, il lui était impossible de l'ouvrir; il lui restait, en outre, un peu d'étourdissement et il éprouvait encore quelques douleurs de tête.

Celles-ci, d'ailleurs, avaient précédé l'accident. Elles existaient, depuis environ quatre mois, dans différentes parties de la tête, principalement le soir. Elles se faisaient sentir également dans les membres, particulièrement aux membres inférieurs, sous forme d'élancements subits, d'éclairs, suivant son expression, et, comme les précédentes, elles étaient surtout vespérines et nocturnes. Après avoir consulté un ou deux médecins, voyant que son œil restait toujours fermé, le malade se décida à entrer à l'hôpital où nous avons constaté l'état suivant :

La paupière droite est complétement baissée; il est impossible au malade, quelque effort qu'il fasse, d'ouvrir son œil. Mais il ne s'agit pas simplement d'une paralysie du muscle

releveur de la paupière, car lorsqu'on examine cet homme avec un peu d'attention, on constate un état particulier de spasme se manifestant sous forme de petites contractions consécutives que l'on retrouve encore dans la paupière de l'œil sain. Ce clignotement est-il le résultat d'un peu de blépharite, de conjonctivite, ou bien doit-on le rattacher à une cause centrale? Cette dernière opinion est la plus vraisemblable; la blépharite légère, dont il est en même temps atteint, ne suffit pas, en effet, pour expliquer ce phénomène; et, d'autre part, je ne vois pas de difficulté à admettre qu'il se soit développé sous l'influence d'une altération spéciale du système nerveux dont nous aurons à nous occuper tout à l'heure.

Continuant notre examen, nous remarquons que le globe de l'œil est attiré en dehors, qu'il existe un strabisme externe très-prononcé. Ce phénomène est dû évidemment à la contraction permanente du muscle droit externe, le droit interne étant paralysé. En outre, il est également impossible au malade de diriger son œil en haut et en bas : en haut, l'œil se meut à peine et, malgré ses efforts, la cornée transparente reste toujours en vue; en bas, il ne se déplace pas davantage; il reste constamment fixé dans la même position, toujours placé au centre de l'orbite. La paralysie porte donc également sur les muscles droits supérieurs et inférieurs.

C'est encore en vain que le malade essaye de faire tourner son œil sur l'axe antéro-postérieur : comme les précédents, le petit oblique est paralysé et, de son inertie, résulte une traction de l'œil en bas et en dehors. Le malade incline-t-il la tête à gauche, l'œil reste toujours immobile. Tandis que le gauche suit la direction dans laquelle il est entraîné, le droit est complétement incapable d'exécuter le mouvement de rotation que le malade s'efforce de lui imprimer.

De plus, le malade voit double. Lorsqu'il regarde directement en face et dans le plan horizontal, les images qu'on lui présente paraissent au même niveau. L'image de l'œil paraît, au contraire, plus basse quand il regarde en bas, et elle paraît plus haute lorsqu'il regarde au-dessus du plan horizontal. Enfin, l'écartement des deux images est d'autant plus prononcé que l'objet est porté à gauche, c'est-à-dire dans la direction de l'œil sain et, par conséquent, vers le muscle paralysé. Cette diplopie particulière qui a été signalée par M. Cusco, comme un signe caractéristique de la paralysie du petit oblique, tient à ce que l'œil gauche, n'étant point dévié, il reçoit l'image de l'objet qu'on lui présente en un point de la rétine où sont perçues, à l'état normal, les impressions lumineuses, tandis que pour l'œil droit, dévié en dehors, cette image se peint sur une portion de la rétine située en dehors de la tache jaune.

Quant à la dilatation de la pupille que l'on a signalée dans ces cas, il est assez difficile, au premier abord, d'en constater l'existence. Le malade présente, en effet, une sténose extrêmement marquée; néanmoins, avec un peu d'attention, on remarque que celle-ci est surtout manifeste à gauche et que la pupille du côté malade, quoique rétrécie, est relativement plus dilatée que l'autre. Ce phénomène, d'ailleurs, pourrait manquer; la mydriase faisant quelquefois défaut dans la maladie dont nous nous occupons. Cela tient alors, ainsi qu'il ressort d'une observation de Grant, à ce que le rameau moteur qui se rend au ganglion ophthalmique, au lieu de venir, comme c'est le fait habituel, de la troisième paire, est fourni par la sixième. Ici, je ne pense pas que nous puissions invoquer cette anomalie anatomique : je crois plutôt que si la mydriase est si peu apparente, cela tient simplement à la sténose antérieure des deux pupilles.

Nous avons donc, d'une manière extrêmement tranchée, les différents signes et symptômes qui caractérisent la paralysie du nerf de la troisième paire, du tronc nerveux qui prend son origine à la face interne du pédoncule antérieur du cerveau.

De tous les nerfs qui se distribuent à l'œil, c'est incontestablement celui de la troisième paire qui est le plus souvent affecté de paralysie, et presque toujours celle-ci est symptomatique. Au lieu de survenir, comme la paralysie du facial, par exemple, sous l'influence de conditions extérieures au cerveau, celle de la troisième paire est très-exceptionnellement idiopathique, de sorte qu'elle doit toujours faire penser d'abord à une lésion, à une maladie principale, et c'est sur ce fait que je désire appeler votre attention.

Les maladies, sous l'influence desquelles la paralysie de la troisième paire se manifeste, sont de plusieurs sortes. En première ligne, je noterai la sclérose du cerveau et surtout celle de la moelle. Duchenne (de Boulogne) a insisté, avec raison, sur ce fait qu'un grand nombre de malades qui avaient été primitivement affectés de paralysie des muscles de l'œil, dont ils avaient guéri, étaient atteints, quelques années plus tard, d'ataxie locomotrice. Le même symptôme apparaît également encore, mais moins souvent, au début de la sclérose disséminée. Enfin, on l'a vu, très-rarement il est vrai, précéder les premières manifestations de la paralysie générale.

Eh bien, ne pouvons-nous pas nous demander si cet homme ne serait pas arrivé au début de l'une de ces maladies?

En effet, non-seulement il existe chez lui cette paralysie des nerfs de la troisième paire, mais encore il présente, du côté du système nerveux, quelque chose de particulier, du tremblement, des secousses spasmodiques des paupières, et ces phénomènes sont parfaitement accusés des deux côtés. De plus, il éprouve dans les muscles des douleurs en éclairs, fulgurantes, qui rappellent celles de l'ataxie. Enfin, un autre signe sur lequel j'appelle votre attention : il présente un certain degré d'excitation cérébrale ; il est loquace, aime à parler de lui, à se mettre en évidence.

Ces symptômes sont-ils suffisants pour que nous puissions admettre une ataxie locomotrice commençante? Non. Mais en raison de leur existence, je ne serais pas étonné qu'il fût atteint plus tard de cette affection. De même, ne pourrait-il pas se faire qu'il soit affecté un jour de paralysie générale? Ne présente-t-il pas, en effet, les signes de l'alcoolisme, ce tremblement, cette excitation cérébrale, ces rêves effrayants qui caractérisent cet état, et celui-ci n'est-il pas en lui-même une des causes les plus fréquentes de désorganisation du système nerveux? Enfin, ne présente-t-il pas cet arc sénile de la cornée transparente, ces artères, sinon athéromateuses, du moins roulantes sous les doigts et qu'on rencontre chez les gens qui font abus de l'alcool.

Mais s'il n'a pas une affection des centres nerveux caractérisée par de la sclérose, quelle est la maladie sous l'influence de laquelle est survenue cette paralysie des nerfs de la troisième paire? Cette cause, nous la trouvons dans les antécédents du malade.

J'ai insisté, en effet, sur les manifestations spécifiques qu'il avait présentées autrefois, et peut-être serait-on en droit de rattacher la maladie actuelle à la syphilis; et cela, avec d'autant plus de raison, que le plus ordinairement la paralysie de la troisième paire est symptomatique de cette diathèse, plutôt que des maladies des centres nerveux dont je vous parlais tout à l'heure. En effet, dans ces cas, il existe fréquemment, soit dans le crâne, soit dans le cerveau lui-même, des exos-

toses ou des gommes qui, en se développant, détruisent ou simplement compriment les nerfs de l'œil, principalement celui de la troisième paire, lequel, en raison de la longueur plus grande de son trajet, y est plus exposé, et entraînent ainsi certaines lésions qui peuvent donner lieu à la paralysie des muscles, que ces nerfs tiennent sous leur dépendance.

Quant à la nature de la lésion dont nous constatons les effets, il nous est impossible de l'établir d'une manière précise. Est-ce une exostose, une gomme, un syphilome? Tout ce que nous pouvons affirmer ici, c'est que c'est le tronc du nerf lui-même qui est lésé, attendu qu'aucune des parties innervées par les différents rameaux qui émanent de ce tronc n'a été épargnée par la paralysie. Tout ce que nous pouvons dire encore, quant au siége de la lésion, c'est que celle-ci est située sur le trajet du nerf et non pas dans le cerveau lui-même, parce que nous ne trouvons chez ce malade aucun phénomène particulier, aucune douleur dans le côté du corps opposé à la paralysie du nerf crânien.

Toutefois, il y a une raison qui pourrait, jusqu'à un certain point, faire croire que la lésion siége dans le cerveau lui-même, et que, de là, elle atteint la racine du nerf.

C'est cet accident, dont je vous ai parlé au début de cette leçon, cette attaque d'hémiplégie de la sensibilité et de la motilité qui s'est produite il y a sept ans, et qui pourrait faire penser à une affection centrale siégeant soit dans la capsule interne, soit dans le pédoncule du côté gauche. Mais si l'on songe combien cette affection a été fugitive; si l'on réfléchit qu'elle est séparée de la lésion actuelle par un espace de sept ans; je crois que l'on doit voir plutôt dans ce fait un simple phénomène d'ischémie, probablement due à un athérome des artères du cerveau, et n'ayant aucun rapport direct avec la maladie que nous avons sous les yeux en ce moment. On objectera peut-être que, dans le cas actuel, les phénomènes ont apparu brusquement, sous forme d'ictus, et qu'il est vraisemblable d'attribuer la compression du tronc nerveux non pas aux tumeurs, mais plutôt à une hémorrhagie; mais n'observe-t-on pas également cette même brusquerie du début, dans les cas où le nerf est comprimé par une tumeur? Pendant longtemps, en effet, celui-ci la subit ; la substance cérébrale supporte la compression ; puis, tout à coup, sous l'influence d'une congestion momentanée, provoquée chez cet homme par un excès gastrique, surviennent des phénomènes subits, à la suite desquels les signes de compression persistent.

Un mot maintenant sur le pronostic de l'affection dont cet homme est atteint. Je crois qu'il va guérir, et que, sous l'influence d'un traitement régulier, nous verrons les muscles de l'œil recouvrer leur activité. Sous ce rapport, la nature spécifique de la maladie est d'un bon pronostic. Dans ces cas, en effet, il est ordinaire de voir le traitement venir promptement à bout des symptômes et la guérison s'ensuivre. Néanmoins, il est une réserve à faire : cet homme, vous ai-je dit, me paraît avoir autre chose; il accuse, ainsi que je vous l'ai fait remarquer, surtout dans les membres, des douleurs fulgurantes; il a du spasme des paupières ; il présente des phénomènes d'alcoolisme et par conséquent peut-être, après être guéri de son affection actuelle, des phénomènes surviendront-ils, se rattachant à une lésion profonde de la moelle ou de l'encéphale, soit à l'ataxie locomotrice, soit à une sclérose disséminée, peut-être même à la paralysie générale.

Quant au traitement, il est bien simple et découle du diagnostic. Dans les cas semblables, l'iodure de potassium, à la dose élevée de 3, 4, quelquefois 5 grammes, est le médicament par excellence. Cependant il est bon de savoir que, chez certains individus, il ne donne parfois que des résultats médiocres ou même absolument nuls. Il convient alors de l'associer au mercure.

En outre, il ne faut pas oublier que, dans le traitement des affections tertiaires de la syphilis, on doit avoir en vue l'état général du malade. C'est ainsi qu'on soutiendra leurs forces par une bonne alimentation ; que l'on prescrira les vins généreux, le vin de quinquina, les préparations ferrugineuses dans quelques cas; en un mot, on entretiendra la santé générale, en même temps que l'on combattra la maladie par la médication spécifique. D'autre part, on empêchera les excès de toutes sortes, de veilles, de nourriture et surtout l'abus de l'alcool.

Malgré ce traitement, il se pourra que la maladie persiste ; on se rappellera alors les prescriptions et la pratique de Duchenne (de Boulogne), et l'on aura recours à l'électricité, qui réussit quelquefois à rendre l'activité aux muscles de l'œil paralysés.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Tétanie. — Diarrhée chronique. — Guérison.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

Nous avons eu à traiter, il y a déjà près de deux ans, une affection si obscure dans ses causes, si originale dans ses allures symptomatiques, et si mystérieuse dans sa nature, que nous ne pouvons résister au désir de la livrer à la publicité. Au surplus, comme elle est récemment connue et que c'est à M. L. Corvisart qu'elle doit ses lettres de naturalisation parmi nous, nous pensons que cette observation sera doublement intéressante. — Si nous avons attendu jusqu'aujourd'hui, c'est que nous avons voulu laisser au temps le soin de convertir en certitude, des espérances prématurées de guérison, traversées par de nombreuses rechutes.

Madame G..., quarante-neuf ans, rentière, à Mirecourt, tempérament nerveux et lymphatique, sans antécédents morbides, nous fait appeler, le 28 janvier 1876, pour une diarrhée chronique compliquée d'accidents nerveux de la dernière gravité.

Nous trouvons notre intéressante malade alitée, débilité extrême, anémie profonde, marasme névrosique, inappétence, diarrhée chronique, faciès profondément altéré. Jusqu'alors sa santé a été excellente, et lui a permis de doubler, sans accidents, le cap orageux de la ménopause.

Elle raconte que les causes de son affection pourraient bien se rattacher aux événements de la guerre de 1870. L'invasion arrivait avec ses ruines dans nos provinces, et, comme elle habitait une ville frontière, elle voyait ses plus chères affections menacées, et sa fortune, péniblement acquise pendant trente ans, s'écrouler en quelques jours au milieu des désastres de la patrie.

C'est de cette sombre époque que date l'origine de sa maladie, et qu'elle a vu son embonpoint fleuri s'étioler et se fondre chaque jour, sous l'influence des angoisses naturelles.

Le mal débute en 1871. Débilité et prostration, inappétence, diarrhée, émaciation. Cet état dura jusqu'en 1873, pour être suivi en 1874 de vomissements bilieux pendant près d'un mois; elle reste, en 1875, près de cinq mois sans manger, puis enfin, lorsque l'organisme est arrivé à un degré extrême de débilité, d'émaciation et d'anémie, la tétanie éclate en novembre 1875.

Malgré un régime tonique et les préparations arsénicales prescrites, à fortes doses depuis deux mois, par son médecin, les accidents augmentent, les forces déclinent, et, à travers un pronostic assombri par cette tempête des éléments nerveux, on entrevoit, sur ses traits profondément altérés, l'empreinte d'une terminaison fatale.

Le début de la crise s'annonce par un malaise général caractérisé par des troubles de la vue, fourmillements de la face répandus sur le haut de la poitrine. Courbature, lypémanie, hallucinations de l'ouïe, pesanteur dans les poignets, dans les doigts qui se fléchissent, fourmillements aux avant-bras, engourdissement des jambes, étreintes douloureuses à l'attache humérale des deltoïdes, crampes d'estomac, indigestion, quelques vomituritions spasmodiques ou sympathiques, selles liquides grisâtres, ardoisées, d'une odeur infecte repoussante; tels sont les prodromes de cette affection presque toujours provoquée par l'impression du froid ou une perturbation atmosphérique.

La tétanie survient alors et se manifeste par la contracture des extrémités supérieures, les doigts sont étendus raides, fortement fléchis à angle droit sur la main qui est elle-même incurvée vers l'avant-bras. Impossibilité absolue de briser cette contracture sans réveiller des douleurs atroces, mais qui sont, par une détente subite, suivies d'un soulagement immédiat; mains froides, anesthésie complète à une piqûre qui traverse la phalangette de l'index, sensibilité tactile conservée, figure contractée grimaçante, yeux demi-clos, larmoyants, trémoussements fibrillaires des muscles adducteurs du pouce appréciables à la vue et au toucher, légère cyanose des lèvres, sugillation des ongles déterminée par la paralysie des filets contractiles du grand sympathique, spasme des muscles de la langue, bredouillement. Les accidents se localisent ordinairement aux extrémités supérieures, d'autres fois aux orteils qui se raidissent sous la contracture de peu de durée.

Les crises n'ont jamais lieu que le jour, et cela pendant une heure et demie, deux heures et même trois.

Au milieu de l'anarchie de tous les mouvements organiques, la respiration est libre, l'intelligence lucide, et la circulation, avec une précision mathématique, compte 84 pulsations filiformes par minute.

En présence de tels désordres, les indications thérapeutiques sont nettement dessinées : 1° rétablir l'équilibre des fonctions dont la ruine est la cause de tant de manifestations névropathiques; 2° prescrire les antispasmodiques pour opérer la détente du spasme nerveux.

Nous prescrivons la potion avec hydrate de chloral.

Les premiers accidents conjurés, il s'agissait de savoir si la disposition névrosique était sous la dépendance du trouble digestif (diarrhée), ou s'il fallait l'attribuer à une affection nerveuse du grand sympathique? Dans la première hypothèse, en modifiant l'irritabilité intestinale, on devait guérir; dans la seconde, il fallait recourir aux antispasmodiques.

Pour nous, le remède doit être, dans ces conditions, la pierre de touche du diagnostic, c'est un réactif, l'antidote du mal qui, par combinaison chimique ou par affinité élective, neutralise la cause morbide. Le nitrate d'argent, qui peut être assimilé à la strychnine, puisqu'il développe le pouvoir excito-moteur de la moelle, et que, par son action topique, il modifie la muqueuse intestinale, nous parut remplir cette double indication; il fut donné, à la dose de 1 centigramme par jour avec autant d'opium et en injection rectale, à 30 centigrammes pour 200 grammes d'eau.

2 février. — L'amélioration est immédiate, les crises ont disparu, selles plus consistantes et déjà modifiées.

4 février. — Amélioration progressive, faciès meilleur, une selle par jour, presque moulée, gris blanchâtre, moins ardoisée. Crême de riz, un œuf à la coque, eau ferrée, vin de Bordeaux.

8 février. — Légers accidents de tétanie, mais de courte durée, alimentation substantielle, vin de quinquina.

Inutile de fatiguer l'attention par des détails fastidieux et sans intérêt pour l'intelligence du traitement, qu'il suffise de savoir que si les crises ne reparaissent plus, si les selles sont radicalement modifiées, le sel argentique peut en revendiquer l'heureuse influence : aussi le prescrivons-nous a la dose de 0,03 centigrammes par jour) Pour stimuler l'appétit, nous donnons les poudres amères, colombo, poudre de noix vomique, carbonate de magnésie.

1er mars. — Quelques velléités de crise que le sel d'argent maîtrise aussitôt.

15 mars. — Appétit excellent, mais le faciès reste altéré, yeux cernés, forces prostrées, vin d'Aroud.

29 mars. — Depuis cinq jours, les accidents de tétanie sont imminents, impressionnabilité maladive, inappétence, indigestion. Hydrate de chloral, inhalation d'éther, eau distillée de fleurs d'orangers et de laurier cerise, les accidents ont été conjurés. Alimentation choisie.

5 avril. — Le mieux persiste, première sortie, 1 kilomètre à pied, mais avec fatigue extrême, appétit, langue nette, faciès toujours altéré mais les spasmes n'ont pas reparu. La maigreur est extrême, soixante-douze livres au lieu de cent-quarante avant la maladie. Sirop de bromure de potassium, on cesse le sel d'argent.

12 avril. — Tétanie au maximum d'intensité. Hydrate de chloral et nitrate d'argent. A partir de cette époque et sans doute sous l'influence d'une température douce, la convalescence s'établit. Appétit, sommeil, selles normales. Traitement *ut supra*. Pilules de protochlorure de fer.

Le 31 mai, le poids est de quatre-vingt-quatre livres; le 31 juilllet quatre-vingt-dix, et le 31 août quatre-vingt-seize; mais au retour des premiers froids de novembre, 4°9, qui sont ordinairement rigoureux en Lorraine, des selles grises, ardoisées, infectes, sont le prélude d'accidents nerveux, qui éclatent deux jours après.

Le mois de janvier, qui a été relativement doux, n'a donné lieu à aucune manifestation morbide, puis le vent du nord, qui souffle avec violence en mars, a fait tomber le thermomètre à 7°0, ramène une crise de moyenne intensité.

8 avril. — Crise terrible qui dure trois heures; on avait depuis longtemps discontinué le nitrate d'argent.

Vers les premiers jours de mai, un soupçon de contracture que le chloral fait avorter.

Octobre 1877. — L'été s'est passé sans aucun accident, les selles ont complétement changé de nature, faciès excellent, coloré, soupçons de menstrues, dernières protestations d'une maternité qui s'éteint, et premiers indices d'une vitalité qui renaît : pèse au 31 octobre cent onze livres. On peut donc considérer la guérison comme définitive.

S'il fut jamais une question de pathogénie difficile à résoudre, c'est bien celle de la tétanie. L'expression symptomatique est si variée, si mobile, si fugace que le sens vous échappe, pour la traduire sous une forme méthodique. Il est cependant quelques données qui nous permettront, peut-être, de dégager cette inconnue. Ne pouvons-nous admettre que, par suite d'impressions morales, tristes, d'angoisses, l'économie, profondément troublée dans ses fonctions nutritives, ait préparé le terrain sur lequel devait agir fatalement l'impression morbide, On sait qu'il existe, dans la circulation nerveuse, une foule de modalités distinctes qui ne sont que l'expression de l'état des fibres nerveuses, de la circulation sanguine et de la composition du sang. Or, avec des organes si délicats, si impressionnables, quoi d'étonnant que l'instrument joue faux et donne des notes discordantes? D'un autre côté, personne n'ignore que la lésion des filets sympathiques altère les sécrétions biliaires et pancréatiques et produit cette diarrhée sudorale (Trousseau), désignée sous le nom vague de flux cœliaque, qui a toujours précédé l'hyperkinésie.

Je veux bien que l'impression irritative soit externe *à frigore*, soit interne, qui met en jeu ce mécanisme d'un ordre particulier ait produit cette vibration centripète, suivie d'acte reflexe, et terminée par un mouvement centrifuge, mais pourquoi, dans un cas donné, cette impression se traduit-elle par une paralysie ou une contracture, tandis que dans une autre elle se manifeste par une névralgie ou une diarrhée? La question, serrée de près par une logique rigoureuse, nous paraît insoluble, irréductible, et d'un déterminisme trop obscur, pour se contenter d'une simple hypothèse qui ne lui donnerait même pas une signification diagnostique.

On peut, toutefois, en s'appuyant sur l'étiologie et sur l'induction tirée de la filiation des faits, admettre que ce sont les émotions qui ont troublé les fonctions de nutrition, débilité l'économie, épuisé le système nerveux, produit l'amaigrissement et l'anémie consécutive, enfin, ce tempérament névrosique avec ses folles manifestations et ses dangers.

Que, sur ce terrain ainsi préparé, l'élément nerveux, modifié dans sa fibre histologique, libre dans ses allures, sans frein modérateur, a donné lieu à la plus légère irritation, à des divagations nerveuses, délire musculaire, troubles secrétoires si caractéristiques qui ne sont que l'expression fugitive de la névrose.

Et que, dans ces conditions morbides, c'est le traitement antispasmodique, et surtout le nitrate d'argent, qui nous a paru le mieux remplir les indications thérapeutiques.

REVUE DE LA PRESSE

Paralysie du nerf radial *a frigore*. — L'akinésie radiale d'emblée n'est pas admise par tous les savants. Récemment encore, dans un mémoire à l'Académie (1871) M. Panas rejetait la paralysie *a frigore*, la rapportant à la compression de ce nerf pendant le sommeil. M. le docteur Gavoy ne nie pas l'akinésie radiale par compression, mais cependant on ne peut, d'après cet auteur, lui attribuer les observations de paralysie survenues d'emblée pendant l'état de veille ainsi qu'il l'aurait vu, dans le fait suivant.

La nommée M..., âgée de trente-sept ans, sans antécédents pathologiques entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Tessier. Elle raconte qu'en plongeant sa vaisselle dans l'eau froide, après l'avoir lavée dans l'eau chaude, elle s'est aperçue que ses doigts étaient maladroits, que les assiettes lui glissaient de la main, ce qui l'embarrassa bientôt à tel point qu'elle dut renoncer à son travail; elle ne sentait plus ses doigts; sa main était engourdie.

Examinée attentivement, la main droite retombe pendante sur l'avant-bras, les phalanges sont légèrement fléchies, un peu écartées; les trois derniers doigts exécutent de petits mouvements; ceux du pouce et de l'index sont presque abolis; leur extension est impossible, ainsi que celle du carpe et du métacarpe. La malade ne peut exécuter les mouvements de pronation ou de supination, si l'on a soin d'annihiler l'action des muscles du bras. La main, placée à plat sur le lit, peut écarter et rapprocher les doigts péniblement et avec effort. Si l'on soutient fortement le poignet dans la main, la malade peut serrer avec vigueur. La sensibilité tactile est très-obtuse, la douleur conservée, ainsi que la sensibité thermique. La contractilité électrique est conservée, la sensibilité électrique diminuée.

M. Gavoy ajoute avoir vu la même cause produire le même phénomène chez un zouave, qui avait traversé un ruisseau pendant une marche, les pieds et les jambes étant en sueur. Les membres inférieurs furent subitement engourdis; la marche devint difficile, et enfin impossible.

De même un officier du 140e de ligne s'étant couché pendant la journée sur un lit d'auberge, au mois de décembre, sans feu, se réveilla avec une paralysie du nerf facial, paralysie de Bell. Enfin la fille d'un médecin militaire aurait été atteinte de paralysie de Bell, après une promenade en voiture aux Champs-Élysées, pendant la soirée. — (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

Vertige goutteux. — A propos d'un malade de son service atteint de vertige goutteux, M. Lasègue a fait de cette affection le sujet d'une intéressante leçon.

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui fut pris, il y a cinq mois de douleurs dans les jointures; il a eu principalement des engourdissements douloureux dans un poignet. Ce qui frappait surtout, c'était que les doigts se redressaient difficilement et il était facile de constater que cette difficulté tenait à une rétraction de l'aponévrose palmaire. De plus l'articulation du pouce était gonflée et douloureuse. Avant les cinq derniers mois, jamais cet homme n'avait présenté de phénomènes articulaires. Mais, depuis vingt ans il était sujet à des vertiges; récemment même, à la suite d'un de ces vertiges, il était tombé d'un premier étage. En dehors de cela, pas de dyspepsie, pas de migraines, pas de soupçon d'alcoolisme.

Dans un cas semblable, dit M. Lasègue, la première idée qui doit venir pour qualifier cet accident, c'est celle du vertige goutteux.

La goutte, en effet, peut, suivant ce médecin, se manifester uniquement par des vertiges pendant fort longtemps. Ce phénomène présenterait d'ailleurs des formes assez variables. Tantôt il revêt l'allure brusque et rapide qui est observée chez ce malade; d'autres fois l'individu est pris d'une sorte de malaise dont il ne se rend pas compte, il ne peut pas se lever, quitter sa place, ni répondre aux questions qu'on lui pose; pendant une heure ou deux il semble avoir perdu une partie de ses facultés intellectuelles. C'est là un vertige tout particulier, mal accusé, auquel M. Lasègue a donné le nom de vertige mental, et qui se caractérise beaucoup plus par un défaut d'équilibre matériel. D'autres fois encore, le malade est saisi de frayeur, ses yeux se brouillent, il perd un instant la conscience de ce qui l'entoure: la peur qu'il éprouve a une certaine analogie avec celle qui s'observe dans le vertige des gens qui sont placés sur une hauteur.

Dans toutes ces circonstances, il faut chercher l'étiologie rhumatismale ou goutteuse de ces accidents; s'il s'agit de la goutte, il y a un indice qu'on rencontre presque toujours lorsque le malade a dépassé la quarantaine, c'est la rétraction de l'aponévrose palmaire qui donne un peu à la main la déformation connue sous le nom de main en griffe. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Des bains chauds dans le rhumatisme chronique. — Partant de ce principe que toutes les eaux minérales, qui agissaient avec efficacité contre le rhumatisme chronique, étaient à une haute température, M. Lasègue s'est demandé si ce n'était pas cette température même qui était l'élément principal de la médication plus encore que la composition chimique de l'eau. L'expérience lui aurait donné raison, car, dans un bon nombre de cas, il dit avoir vu que très-souvent, à la suite de bains surchauffés, les malades présentaient une grande amélioration. Les bains ne doivent pas être donnés d'emblée à la température voulue; on les échauffe progressivement jusqu'à 40 ou même 45°, si le malade peut le supporter, et une fois qu'il y a été placé. M. Lasègue a vu après une cure prolongée par les bains simples de 40 à 45° administrés tous les deux jours pendant des mois, des malades absolument confinés au lit, pouvoir reprendre une partie de leurs occupations et se servir de nouveau d'articulations condamnés jusque-là à l'immobilité! On peut employer ainsi cette médication presque indéfiniment. Toutefois il faut avoir la précaution de ne pas administrer ces bains pendant les crises aiguës ou subaiguës du rhumatisme chronique.

Pour la médication interne, lorsqu'il y a contre-indication aux bains, ce qui se présente souvent, M. Lasègue a recours de préférence à la teinture d'iode à très-haute dose; il est arrivé à donner ainsi cinquante à soixante gouttes par jour. Dans ce cas, pour éviter l'iodisme, il faut donner le médicament au moment du repas.

Dans les cas d'inappétence ou de dyspepsie, chez les rhumatisants comme chez les goutteux, le médicament qui réussit le mieux pour rétablir les fonctions digestives est le jus de citron donné en très-grande abondance. Il a beaucoup plus d'efficacité que les amers ou les médicaments dits apéritifs. Mais, pour qu'il soit bien supporté, une précaution indispensable est de le donner absolument pur; mélangé à l'eau ou avec du sucre, il est beaucoup moins bien toléré par l'estomac. — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Petit adénome sudoripare du cuir chevelu. — M. le docteur Pingaud, aurait eu l'occasion d'extirper, il y a quelque temps, à l'hôpital du Val-de-Grâce, une petite tumeur du cuir chevelu, qui, au point de vue clinique, offrait les particularités suivantes : située, à très-peu près, au niveau du vertex, la tumeur, du volume d'un gros pois, se présentait, à la surface de la peau, sous la forme d'un bouton légèrement aplati, dont la surface entièrement glabre, blanche

et polie, n'offrait aucun point déprimé ou noirâtre qui correspondît à l'orifice oblitéré d'une glande de la peau. Bien que ressemblant tout à fait à une loupe ordinaire, la tumeur n'offrait ni la consistance pâteuse habituelle des jeunes loupes à parois minces, ni la consistance dure des vieilles loupes à parois épaisses et rigides. Elle donnait aux doigts qui la pressaient, la sensation d'une petite masse fibromateuse élastique, demi-enchassée dans le derme chevelu comme le serait un œuf dans un coquetier.

L'examen microscopique montra qu'effectivement la tumeur était pleine, formée d'un tissu dense, blanchâtre, comme lardacé; sa calotte supérieure se confondait sans ligne de démarcation appréciable, avec le derme qui paraissait atrophié, tandis que la portion restante était profondément enchassée dans l'épaisseur même du cuir chevelu.

Cependant l'examen histologique démontra que l'on s'était complétement mépris sur la nature de la tumeur. En effet, à un faible grossissement, elle paraissait lobulée comme une glande; chaque lobule présentait sur la coupe la disposition suivante; il existait un stroma fibreux peu abondant composé de tissu conjonctif ayant l'aspect normal; le stroma circonscrivait des mailles allongées ou arrondies qui communiquaient souvent entre elles et qui renfermaient des cellules épithéliales. Il n'y a pas de globes épidermiques. Tantôt les mailles étaient comblées par les cellules, tantôt on distinguait au centre un orifice arrondi, circonscrit par des cellules. Il s'agissait donc là d'un adénome des glandes sudoripares. (*Prog. méd.*)

Nouveau traitement de la paralysie du nerf facial. — M. le docteur Mascarel préconise le moyen suivant contre la paralysie *a frigore* du nerf facial.

Dès le premier jour, on introduit une aiguille en platine à un centimètre de profondeur ou à un centimètre et demi, dans la direction du trou stylo-mastoïdien, vers la sortie du crâne du nerf facial. Une seconde aiguille en platine est placée horizontalement au devant de l'orbite du côté paralysé dans les fibres musculaires supérieures de l'orbiculaire des paupières; puis, avec une pile, quelle qu'elle soit, même d'une faible intensité, on met chacun des pôles en rapport avec ces aiguilles, et l'on fait passer des courants intermittents pendant douze, dix-huit ou vingt minutes. On détermine ainsi des contractions excessivement violentes, presque convulsives dans le muscle orbiculaire des paupières et quelquefois, dès la première séance, les paupières arriveraient au contact.

Le deuxième jour, même opération; l'aiguille palpébrale est placée dans la partie inférieure des chairs de l'orbite.

Le troisième jour, le quatrième, le cinquième et le sixième, l'aiguille faciale est successivement plongée dans les muscles de la face qui restent les plus réfractaires, l'autre aiguille étant toujours enfoncée vers le trou stylo-mastoïdien. Après sept ou huit jours de ces manœuvres, la paralysie faciale disparaîtrait pour toujours.

A l'appui de ces faits, M. Mascarel, rapporte, entre autres, trois observations de paralysie du nerf facial ainsi guéries.

La première est relative à une jeune fille qui, dans le cours de ses règles, s'étant exposée à un refroidissement, s'aperçut bientôt qu'elle avait une certaine difficulté à articuler; la joue était immobile du côté gauche; la paupière supérieure ne pouvait plus se fermer. Les sinapismes, les sudorifiques ayant échoué l'électricité fut appliquée suivant le mode expliqué plus haut : l'aiguille faciale est d'abord introduite dans l'orbiculaire; le second jour au milieu de la face, et le troisième jour successivement en haut, au milieu et en bas. La paralysie était vaincue.

La seconde observation est celle d'un ancien militaire qui, s'étant endormi en chemin de fer le corps en sueur et la tête exposée au double courant d'air du vasistas ouvert, présentait, deux jours après, tous les symptômes de la paralysie complète du nerf facial, à gauche, sans céphalalgie, sans aucun trouble dans les autres organes. A la septième séance électrique, la maladie avait complètement disparu.

Dans la troisième enfin, il s'agit d'un ouvrier coutelier qui, après avoir passé une journée pénible à aiguiser des rasoirs, le lendemain matin s'aperçut que sa figure était tout de travers. Les aiguilles furent immédiatement appliquées mais le malade étant très-pusillanime, les séances ne purent être faites que tous les deux jours. Cependant à la quatrième, la paralysie faciale disparaissait pour toujours. — (*Bull. génér. de thérapeut.*)

Tumeur mélanique de la racine du nez. — M. le professeur Broca a observé, à l'hôpital des cliniques, un cas de tumeur mélanique du nez. Un homme, entré pour une blépharite ciliaire, portait à la racine du nez une petite tumeur peu apparente, mais dont les caractères méritaient de la faire prendre en sérieuse considération. Cette tumeur n'a paru être, au début, qu'une verrue qui a été irritée et excoriée par des grattages très-fréquents; elle s'est accrue ensuite très-lentement, et le malade s'étant mis à porter des lunettes, elle s'est trouvée ainsi le siége d'une irritation constante. Plus tard, cette tumeur est devenue noire, renfermant une grande quantité de pigment et présentant les caractères de tumeurs mélaniques. On sait, dit M. Broca, qu'une certaine quantité de ces tumeurs ont une grande tendance à la généralisation. Aussi, lorsqu'on rencontre des mélanomes qui ne sont pas bien circonscrits et prennent un accroissement plus ou moins rapide, serait-il prudent de les enlever. Certes, les petites tumeurs mélaniques, constituées par les grains de beauté, ne paraissent habituellement pas bien dangereuses, et cependant il faut les surveiller car une très-petite différence les sépare des tumeurs malignes. Il faut se défier surtout des mélanomes lorsqu'ils se développent sur une cicatrice; cette variété de tumeur se montre beaucoup plus souvent sur des cicatrices de brûlures que sur celles qui succèdent à l'emploi de l'instrument tranchant. M. Broca explique cette particularité par ce fait que la chaleur ne limite pas son action aux parties sur lesquelles elle est appliquée, mais s'étend plus loin et altère les tissus sous-jacents, d'où la tendance chez un sujet prédisposé à la formation de ce genre de tumeurs. Il en serait de même des caustiques. Aussi M. Broca, dans le cas en question, employa de préférence l'instrument tranchant plutôt que les caustiques, parce qu'avec ces derniers on aurait risqué, chez cet homme qui présente une tendance à la mélanose, d'avoir plus facilement encore une récidive. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Saint-Laurens (Hautes-Pyrénées) et de Lamotte-les-Bains (Isère) (commission des eaux minérales);

2° Le tableau des épidémies qui ont régné dans le département de la Loire-Inférieure en 1876;

3° Les documents relatifs à une épidémie de variole qui a régné en 1876 dans la commune d'Érée (Ariége) (commission des épidémies);

4° Un certain nombre de communications concernant les soins à donner aux ouvriers mineurs (section d'hygiène).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Bounewyn, pharmacien-chimiste à Bruxelles, qui sollicite le titre de correspondant étranger;

2° Une observation concernant une famille sexdigitaire; observation recueillie et transmise par M. Lenglin, médecin-vétérinaire à Arras (Pas-de-Calais) (renvoyée à M. Broca).

M. le Président, au nom du conseil, propose à l'Académie de lever la séance en témoignage de la douleur causée par la mort de l'un de ses membres les plus éminents et les plus aimés, l'un de ses anciens présidents, M. Barth, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, président de l'Association des médecins de la Seine, commandeur de la Légion d'honneur, etc. « D'ailleurs, ajoute-t-il, c'est tout dire, M. Barth était M. Barth. »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à trois heures un quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

311. Beckerich. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie.

312. Massola. Des injections de chloral dans l'empyème.

313. Boiron. Des produits pseudo-membraneux de la plèvre et des modifications qu'ils apportent dans les signes physiques de la pleurésie.

314. Lutel. Des tumeurs du sein chez l'homme.

315. Raimondi. Du traitement des maladies scrofuleuses par les eaux salino-iodurées de salès.

316. Soulier. De la mort par le froid extérieur au point de vue médico-légal.

317. Dumas. Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

318. Darolles. Du cancer pleuro-pulmonaire (au point de vue clinique).

319. Schneider. Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.

320. Jacquinot. Étude sur les symptômes viscéraux de l'ataxie locomotrice progressive.

321. Toigne. Du vertige épileptique, de son diagnostic et de son traitement.

322. Pierron. Des paralysies de la troisième paire. (Essai de sémiotique).

323. Mermet. Du pemphigus dans les névroses.

324. Chaumel. Contribution à l'étude des complications laryngées de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Barth ont eu lieu hier mardi à l'heure indiquée, au milieu d'un concours considérable d'assistants. Le conseil supérieur de l'instruction publique, la Faculté de médecine et le corps des agrégés, l'Académie de médecine, la Société anatomique, l'association des médecins de la Seine y étaient officiellement représentés et à ces délégations s'étaient joints un grand nombre de médecins que le titre seul d'amis y avait attirés et un nombre au moins égal de gens du monde, clients reconnaissants, ou amis de la famille. L'église de Saint-Thomas d'Aquin n'était pas assez grande pour recevoir tout ce cortége, un grand nombre de personnes n'ont pu y trouver accès. Après la cérémonie, le corps de notre éminent confrère a été transporté, accompagné par des membres de sa famille et par son collaborateur et ami fidèle, M. Henri Roger, à Bagneux, où il a désiré être inhumé. Il n'y a point eu de discours.

— *Faculté de médecine. — Avis.* — 1° Les examens pour le premier de doctorat auront lieu jusqu'au 15 mai et les examens pour le deuxième de doctorat jusqu'au 31 mai.

2° Passé ces délais, il n'y aura plus d'examens de cette nature. Les élèves ajournés ne pourront se représenter qu'au mois d'octobre.

3° Les consignations pour le premier examen de doctorat seront reçues jusqu'au 30 mars.

4° Les consignations pour le deuxième examen de doctorat seront reçues jusqu'au 30 avril.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le lundi 14 janvier 1878, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre place à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 10 décembre 1877 et fermé le samedi 29 décembre 1877, à trois heures.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Liste des lauréats des concours de fin d'année :

Élèves en médecine de première année : 1er prix, M. Delanef (d'Issoire). — 2e prix, M. Ducrochet (de Maringues).

Élèves en médecine de deuxième année. — 1er prix, M. Dauge (de Vichy). — 2e prix, M. Manissolle (d'Ambert).— Mentions honorables : MM. Coste (de Job), et Champommier (de Clermont).

Élèves en médecine de troisième année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Imbert, de Charrost (Cher), et Heulz (de Clermont).

Élèves en pharmacie. Prix de concours. Travaux pratiques. — 1er prix, M. Girard (de Clermont). — 2e prix, M. Bourdier (de Chazeuil) (Allier).

Prix de laboratoire. — 1re année, M. Lamotte (de Clermont). — 2e année, M. Passelaigue (de Clermont).

Prix des hospices. — MM. Heulz et Imbert. — Mentions honorables : MM. Domas et Deschamps.

Prix Fleury. — M. Deschamps (de Clermont). — Mention honorable : M. Dauge (de Vichy).

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de deux membres associés libres nationaux. — 2° Élection du bureau pour l'année 1878. — 3° Constitution médicale du mois de novembre. Policlinique. — 4° M. Courtaux : morphinisme chronique. Hématémèse. Mort. — 5° M. Bernier (de Bournonville) : angine gangréneuse. Traitement par l'acide phénique. — 6° M. Commenge : rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude. — M. Girault : traitement des hydropisies séreuses.

Aperçu de la théorie du germe contage, de l'application de cette théorie à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Considérations sur les moyens prophylactiques, par Henri Guéneau de Mussy. — Brochure grand in-8°. Prix : 1 fr. 50. — Germer-Baillière et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 142. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1877. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Contribution à l'étude des localisations cérébrales.

Deux malades entrés dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, pour des affections tuberculeuses auxquelles ils ont succombé, ont fourni l'occasion de vérifier, chacun d'eux pour un point spécial, l'exactitude de la détermination des localisations fonctionnelles de diverses parties du cerveau.

Le premier est un homme de cinquante-deux ans, entré mercredi dernier dans les salles, présentant deux ordres de symptômes prédominants, de la diarrhée et de la gêne de la respiration avec un peu de toux et d'expectoration. Il avait sept à huit selles liquides par jour. L'auscultation et la percussion faisaient aisément reconnaître les signes d'une tuberculisation plus ou moins avancée dans les sommets des deux poumons. Cet homme, dont la maladie paraissait remonter à six mois, était très-affaibli. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, il devint infiltré et présenta bientôt tous les signes d'une cachexie finale, et, entre autres, un état comateux que l'on crut devoir attribuer à un épanchement séreux du cerveau. Il n'avait présenté jusque-là aucun signe d'altération de la sensibilité ni du mouvement.

Cet homme étant venu à succomber, voici ce que l'autopsie a montré : 1° des ulcérations multiples dans le gros intestin, la fin du colon et le rectum, au fond desquelles on trouvait de petites granulations ; 2° des tubercules à divers degrés dans les deux poumons ; 3° une exagération de volume du foie avec dégénérescence graisseuse ; et 4° enfin, un commencement de ramollissement de la partie moyenne du lobe sphénoïdal du cerveau, c'est-à-dire de l'une de ces portions du cerveau auxquelles ne sont dévolues aucune des fonctions de sensibilité ou de motilité, et que l'on a désignées à cause de cela sous le nom de centres muets.

— Le second malade est un homme d'environ cinquante-cinq ans, présentant, comme le précédent, des symptômes de phthisie tuberculeuse, qui se réveilla un jour avec un sentiment de faiblesse musculaire du bras droit. A son entrée à l'hôpital, on constata, en effet, une impotence presque complète de ce membre et, de plus, un certain degré d'embarras de la parole, il bredouillait en parlant. Aucune altération d'ailleurs dans l'intelligence. Loin de diminuer, ces symptômes ne firent qu'augmenter graduellement pendant son séjour à l'hôpital, et il s'y ajouta un malaise général et de la fièvre. La paralysie allant croissant en étendue et en intensité, cet homme finit par tomber dans le coma et succomba.

En présence de cette monoplégie persistante du côté droit et augmentant d'intensité jusqu'à l'issue fatale, étant donnée la notion de physiologie qui localise le siége du mouvement des membres supérieurs à la portion moyenne du lobe pariétal, on s'attendait à trouver dans ce point la lésion cérébrale. C'est, en effet, ce qui a eu lieu. On a trouvé les traces d'une méningo-encéphalite dans le point désigné. On a trouvé, en outre, dans les poumons et les reins, des tubercules à divers degrés d'avancement.

Ce sont là des faits dont nous ne donnons ici qu'en passant le signalement sommaire, et qui sont bons à enregistrer comme éléments de la question des localisations cérébrales, en ce moment à l'étude.

Nouvelles applications de la méthode des injections hypodermiques.

1° Traitement des métrorrhagies par les injections sous-cutanées d'ergot de seigle.

Une communication faite à la Société de thérapeuthique, sur un extrait aqueux de seigle ergoté, préparé en vue de l'usage hypodermique, a donné, à plusieurs des médecins des hôpitaux, l'idée d'en faire l'application au traitement des hémorrhagies utérines, et MM. Moutard-Martin, Bucquoy, Guéneau de Mussy, Édouard Labbé, Dujardin-Beaumetz sont venus successivement faire connaître, à la Société, les résultats généralement favorables, qu'ils en ont obtenus. M. Constantin Paul en a voulu faire l'essai à son tour ; voici les résultats qu'il consigne aujourd'hui dans le *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous faisons cet emprunt.

M. Constantin Paul a adopté la formule suivante, qui est celle dont s'était servi déjà avec avantage M. Moutard-Martin :

Extrait hydro-alcoolique d'ergot des hôpitaux.	2 gr.
Eau.	15 »
Glycérine.	15 »

Il l'a employé dans quatorze cas, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

La première malade qu'il a traitée par cette méthode, est une femme de quarante ans, entrée dans le service pour un cancroïde du col de l'utérus. Cette femme, en proie depuis dix mois à des pertes blanches avec dépérissement, avait eu, en outre, de l'œdème des membres inférieurs. Le col, en partie détruit, donnait un écoulement mucoso-purulent fétide et de fréquentes pertes sanguines. Trois jours après son entrée, elle fut prise d'une métrorrhagie abondante. M. C. Paul prescrit 1 gramme de la solution ci-dessus en injection sous-cutanée, ce qui représente 66 milligrammes d'extrait. Cinq minutes après, la perte est arrêtée.

Une deuxième malade, également atteinte de métrorrhagie symptomatique d'un cancroïde du col de l'utérus, a des métrorrhagies depuis quinze ans, d'abord rares, mais devenues fréquentes depuis deux ans. Au moment où elle entra à l'hôpital, elle avait une de ces hémorrhagies si abondante, que l'interne de garde crut devoir faire le tamponnement du vagin. L'hémorrhagie est arrêtée, mais elle reparaît quatre jours après. On pratiqua, à trois reprises, une injection sous-cutanée, comme dans le cas précédent, et chaque fois la perte s'arrête en moins de dix minutes.

Une troisième malade qui a déjà subi plusieurs opérations pour un cancroïde du col, a également de fréquentes hémorrhagies. La première hémorrhagie, qui survient à l'hôpital, est arrêtée dix minutes après la première injection. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie, deuxième injection, même résultat.

Quinze jours plus tard, nouvelle hémorrhagie plus abondante que les précédentes, quatrième injection, arrêt au bout de dix minutes.

Pendant plus d'un mois, la malade ne perd plus que de l'eau roussâtre. Mais après ce laps de temps, il survient une nouvelle perte considérable; cinquième injection arrêtant l'hémorrhagie dans l'espace de dix minutes.

Le même jour, dans la soirée, l'hémorrhagie reparaît, on fait une sixième injection qui arrête encore la perte; trois heures après, elle se reproduit encore et est arrêtée de la même manière.

Le lendemain, la perte se reproduit, mais si faiblement qu'il suffit de quelques compresses d'eau fraîche sur le ventre, pour la faire cesser. Depuis lors, les hémorrhagies n'ont plus reparu.

Une quatrième malade, à la suite d'une fausse couche, n'a pas cessé de perdre du sang avec la même abondance que si elle avait ses règles. Cet état durait depuis six semaines. Une seule injection suffit pour arrêter la perte au bout de seize minutes.

Chez une cinquième malade, une métrorrhagie très-abondante est arrêtée presque instantanément, en moins de cinq minutes.

Chez une sixième, venant d'accoucher, il s'agit d'une hémorrhagie extrêmement abondante survenue à la suite de la délivrance. Une seule injection suffit pour l'arrêter.

En résumé sur quatorze cas de métrorrhagies abondantes combattues par les injections sous-cutanées d'extrait d'ergot, chaque fois l'hémorrhagie a été arrêtée dans un espace de temps qui n'a pas dépassé seize minutes.

2° Injections sous-cutanées de chloroforme pour combattre la douleur.

M. Besnier a essayé, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, la méthode d'injection sous-cutanée de chloroforme, à titre d'analgésique, qui a déjà été mise en usage dans ces derniers temps en Angleterre et en Amérique, mais qui jusqu'à présent ne paraissait avoir fixé l'attention d'aucun praticien en France.

Le but de M. Besnier a été de remplacer, à titre général, les injections morphinées par l'emploi d'un analgésique, qui n'aurait pas les inconvénients attachés au morphinisme aigu ou chronique.

Voici les résultats de ses premiers essais qu'il a consignés dans une lettre adressée à la Société de thérapeutique et reproduite également par le *Bulletin*. Nous laissons parler M. Besnier.

« Le premier malade sur qui je fis dans ce but une injection de chloroforme était un homme de mon service de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'une sacro-sciatique à douleurs atroces; il avait déjà été traité sans succès par divers médecins, qui ne lui avaient cependant ménagé ni les révulsifs cutanés ni les injections de morphine.

Je renouvelai moi-même les injections morphinées; elles produisaient toujours des vertiges et des cauchemars tels, que le malade, tout à fait découragé et rebuté, se refusa, un matin, au traitement, aimant mieux conserver sa douleur, assez cruelle cependant pour qu'il fatiguât ses voisins par ses cris et ses gémissements incessants.

Il ne consentit à se laisser injecter que quelque chose qui ne contînt pas de morphine: ce fut du chloroforme. Dix gouttes furent introduites; pas de douleur; frémissement dans toute la cuisse; soulagement non pas seulement immédiat, mais instantané; plusieurs heures de calme parfait. Le soir, une nouvelle injection de quinze gouttes fut faite, aussi heureuse et aussi innocente que la première; le lendemain matin, j'injectai le contenu entier de la seringue, qui est de $1^{g},20$ environ, et, depuis, je fais d'emblée la même injection dans toutes les circonstances où il y a lieu de calmer une douleur locale, quelle qu'en soit la nature, quel qu'en soit le siége. Les malades se déclarent soulagés, aussi vite au moins et aussi longtemps qu'avec les injections de morphine. C'est là un fait sur lequel je n'ai pas à insister.

Mais ce que je veux affirmer, et ce que je trouve très-remarquable, c'est qu'aucun phénomène général ni local ne suit cette injection, qui est innocente au premier chef. La douleur produite par la pénétration du chloroforme est nulle, ou très-tolérable; aucune inflammation locale ne se développe, aucun nodus ne se forme quand l'opération est exécutée convenablement.

Je tiens essentiellement, en outre, à ajouter ici quelques mots sur ce point, car il m'est aisé de constater souvent, soit en ville, soit à l'hôpital, que la majorité des médecins et des élèves pratiquent les injections sous-cutanées d'une manière qui peut n'être pas innocente, et qu'un bon nombre de médecins de la ville les pratiquent de manière à produire des phénomènes de phlegmasie locale.

Cependant, pour être sûr de ne pas avoir pénétré dans une veine, et ne pas être exposé à produire de graves accidents par l'injection poussée dans le système sanguin directement, il faut absolument introduire la canule-aiguille *seule*, laquelle donnerait immédiatement issue à une gouttelette sanguine, si elle était engagée dans un vaisseau.

D'autre part, pour être certain de ne pas produire de phlegmasie locale ni de point douloureux persistant au niveau de la piqûre, il faut que l'injection soit toujours faite dans l'hypoderme (j'appelle ainsi le sous-sol du tégument externe, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, dont l'épaisseur varie selon les régions et selon l'embonpoint des sujets); cette couche présente, en même temps qu'une tolérance toute

particulière et une insensibilité très-propice aux injections, une faculté d'absorption extrêmement active. L'aiguille, lorsqu'elle est bien acérée et fine au point où on peut l'obtenir aujourd'hui, huilée exactement, peut être enfoncée à travers la peau sans douleur appréciable; une fois la face profonde de la peau dépassée, elle doit être engagée seulement dans l'hypoderme, mais aussi loin de la face profonde de la peau (obliquement ou verticalement) que le permet la région; aussitôt que la pointe de l'aiguille rencontre les parties sous-cutanées proprement dites : aponévroses, muscles, périoste, etc., la sensibilité reparaît. Le maniement de l'aiguille à la main est extrêmement facile aussitôt que la pointe a dépassé la face profonde du derme; il est très-aisé, si elle est maintenue dans l'hypoderme, de l'y mouvoir dans toutes les directions et de placer son extrémité au point convenable. Cela fait, l'adaptation de la seringue ne présente aucune difficulté, et l'injection peut être exécutée avec la plus absolue *sécurité,* aussi bien au point de vue des accidents locaux que des accidents généraux. »

En résumé, il ressort des faits observés par M. Besnier, que l'on peut, en opérant selon les règles précises qu'il indique, injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané du chloroforme pur, sans produire ni accident local, ni douleur vive, ni phénomène physiologique appréciable, et obtenir par ce moyen ce que l'on obtient des injections de morphine communément employées, sans que le malade soit exposé à aucun des inconvénients ni des dangers du morphinisme.

Ce sont là de bonnes expériences à suivre et à répéter.

Dr Brochin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU BULBE RACHIDIEN.

MM. Laborde, Mathias Duval et Graux ont entrepris une série de recherches, destinées à élucider certains points, encore obscurs de la physiologie et de la structure du bulbe, en particulier son influence : 1° sur les mouvements associés des yeux ; 2° sur les phénomènes trophiques et de sensibilité de l'œil, du nez, de l'oreille et de la face en général.

M. Laborde, en faisant connaître à la Société de biologie, les résultats de ces recherches, insiste tout d'abord sur les difficultés de l'expérimentation dans cette région de l'axe nerveux, difficultés d'autant plus grandes que, quand il s'agit d'observations aussi délicates que celles des mouvements oculaires, des modifications de la sensibilité de l'œil et des narines, etc., les mutilations préalables que nécessite la mise à nu du bulbe ne sauraient convenir, l'intégrité fonctionnelle du sujet en expérience, étant, en pareil cas, nécessaire. Pour explorer expérimentalement le bulbe comme il convient, ne pouvant l'attaquer directement, à ciel ouvert, il faut s'efforcer de l'atteindre indirectement en passant par l'espace occipito-altoïdien. Il est d'ailleurs impossible, en pareil cas, d'explorer le plancher du quatrième ventricule sans toucher au cervelet. Un simple coup d'œil jeté sur la topographie anatomique de cette région suffit pour s'en convaincre. Mais il est facile de séparer nettement les phénomènes fonctionnels attribuables à la lésion du cervelet de ceux qui appartiennent à la lésion bulbaire.

M. Laborde se sert, pour ces expériences, d'une pointe triangulaire, quand il veut faire une simple piqûre, ou d'une lame étroite quand il veut faire une section ou d'une sorte de villebrequin; quel qu'il soit, l'instrument doit être monté sur un support long et étroit.

Les résultats de ces recherches portent sur la plupart des fonctions qui appartiennent au bulbe, soit comme centre autonome, soit comme centre d'origine des nerfs.

Comme centre fonctionnel autonome, M. Laborde n'en parle qu'au point de vue de son influence sur la mécanique respiratoire : dans plusieurs expériences, au moment même où la lesion était produite, il a été constaté un arrêt instantané des mouvements respiratoires, de telle sorte qu'on pouvait croire que le point dit *vital* avait été touché. Mais la main placée sur la région précordiale percevait très-distinctement les battements cardiaques, qui continuaient avec leur nombre, leur force et leur rhythme normaux, puis après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, les mouvements respiratoires reprenaient progressivement leur ampleur. Cette syncope respiratoire a été, dans certains cas, assez longue pour amener la transformation asphyxique complète du sang artériel en sang veineux. La lésion expérimentale, dans ces cas, siégeait constamment à la région inférieure du plancher du quatrième ventricule, tout près du bec de calamus ou sur le bec même, autour du raphé. Des coupes successives, pratiquées au niveau de la lésion, ont montré que celle-ci portait principalement sur les points d'origine des pneumo-gastriques. M. Laborde et ses collègues reviendront ultérieurement sur cet ordre de recherches.

M. Laborde arrive ensuite à l'influence du bulbe sur les mouvements associés des yeux. Une observation attentive de ces déviations oculaires si diverses, permet de les classer en deux groupes distincts :

1° Le premier groupe comprend les déviations dissociées ou asynergiques dans lesquelles il y a rupture complète dans l'équilibre des mouvements oculaires associés : c'est la véritable ataxie ou incoordination de ces mouvements. Ce groupe comprend tous les strabismes convergents et divergents doubles, surtout ces derniers et toutes ces déviations dans lesquelles l'un des globes oculaires étant entraîné en haut, l'autre l'est en bas, l'un étant porté en haut et au dedans, l'autre est attiré en bas et en dehors et *vice versâ.* Ces déviations associées ont été constamment le résultat d'une lésion du cervelet. Toutefois, un résultat analogue peut être observé lorsque la lésion intéresse les colonnes latérales du bulbe (corps restiformes), ce qui s'explique par ce fait que ce sont encore, dans ces cas, les prolongements des fibres cérébelleuses qui se trouvent atteintes. Ainsi les déviations dissociées, celles qui constituent la véritable ataxie oculaire sont essentiellement du domaine fonctionnel cérébelleux.

2° Le second groupe comprend les déviations associées, synergiques conjuguées. Ces déviations ou strabismes conjugués ne sont autre chose que la réalisation, à l'état permanent, des mouvements associés dans la vision binoculaire.

Après un certain nombre de considérations anatomiques et physiologiques, sur les différentes paires de muscles oculaires et sur le mécanisme des mouvements associés dans l'état physiologique, M. Laborde croit pouvoir résumer les résultats qu'il a obtenus dans les propositions suivantes : Toutes les fois, dit-il, que la lésion expérimentale a porté sur un point suffisamment voisin, dans sa limite inférieure, du noyau d'origine de la sixième paire pour retentir sur ce noyau, et surtout toutes les fois qu'elle a entraîné directement ce noyau, il y a eu immédiatement, au moment même où la lésion a été produite, déviation ou strabisme conjugué des yeux; constamment, en ces cas, la déviation s'accompagne de nystagmus et de l'entraînement plus ou moins marqué de la tête et du cou du côté lésé.

Voici le résultat principal, mais cette proposition implique deux ordres de faits distincts : un premier dans lequel la déviation conjuguée se produit par excitation fonctionnelle ; un second dans lequel elle a lieu par paralysie. Dans le premier cas, la déviation se fait du côté de la lésion, laquelle n'a pas suffisamment intéressé pour le détruire le noyau d'origine, ou séparé de celui-ci les fibres radiculaires et n'a agi à distance qu'en irritant ces fibres. Dans le second cas, la déviation se fait du côté opposé à la lésion qui, cette fois, a complétement détruit le noyau d'origine ou tranché toute communication entre lui et les fibres radiculaires qui y prennent naissance, d'où résulte une paralysie motrice.

La différence dans le sens de la déviation conjuguée est facile à expliquer dans ces deux cas : dans le premier, le muscle droit externe, sous l'influence de l'excitation exercée à l'origine de la sixième paire qui l'anime, se contracte plus ou moins violemment et porte en dehors (strabisme divergent), le globe oculaire corres-

pondant au côté même de la lésion, tandis que le muscle droit interne, du côté opposé, entraîne, par sa contraction morbide et sous l'influence de la même excitation fonctionnelle, le globe oculaire en dedans (strabisme convergent) :

Le résultat définitif est donc le strabisme conjugué à droite, si la lésion porte sur le côté droit, à gauche, si elle porte sur le côté gauche. Dans le second cas, au contraire, les mêmes muscles se trouvent paralysés par le fait de la section complète des fibres d'origine où ils puisent leur innervation, ce sont les muscles antagonistes qui l'emportent, et alors le strabisme conjugué se fait du côté opposé à la lésion. D'après cela une lésion double, portant à la fin sur le côté droit et sur le côté gauche, devrait amener un résultat négatif quant à la déviation conjuguée des yeux ; c'est, en effet, ce qui se produit. M. Laborde reviendra ultérieurement sur ce résultat.

Habituellement, l'influence des muscles droits internes sur la déviation conjuguée des yeux ne s'exerce pas à un si haut degré d'intensité que celle des droits externes, ce qui semble démontrer qu'il est plus facile d'atteindre, par une lésion expérimentale, les fibres radiculaires propres du moteur oculaire externe, que les fibres anastomotiques originelles du moteur oculaire commun, ou bien qu'il y a une prépondérance marquée des premières sur les secondes.

Quoi qu'il en soit, la conclusion qui se dégage nettement de ces faits expérimentaux, est que le noyau d'origine de la sixième paire envoie des fibres anastomotiques au moteur oculaire commun du côté opposé et que c'est grâce à cette disposition que l'association fonctionnelle des yeux sur la vision binoculaire, se trouve réalisée. Les données de la physiologie expérimentale, viennent corroborer sur ce point celles de l'anatomie. La clinique apporte aussi son appoint à cette démonstration, comme le prouve un fait que M.Graux communiquera ultérieurement.

M. Laborde communiquera prochainement la suite de ses recherches.

REVUE DE LA PRESSE

Amaurose nicotinique. — Nous avons publié, dans une de nos dernières revues, un résumé d'un article très-intéressant de M. le docteur Guéniot, sur l'amblyopie nicotinique. De son côté, M. Galezowski a fait, de cette affection, le sujet d'une leçon qu'il nous a paru utile de rapprocher du travail que nous avons analysé.

Cette affection, dit M. Galezowski, est produite par le tabac, de quelque manière qu'on l'absorbe. Niée par bon nombre d'auteurs, on la trouve cependant mentionnée par Mackensie, Desmarres père et par Sichel qui en a fait le sujet d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1863. Hutchinson et Apostoli s'en sont surtout occupés.

Contrairement à l'opinion de tous les auteurs qui ont traité cette question et qui ont trouvé que les symptômes de l'amblyopie nicotinique étaient à peu près les mêmes que ceux de l'amblyopie alcoolique, M. Galezowski avance qu'il y a, entre ces deux affections des signes distincts et il divise les amblyopies nicotiniques en deux classes.

1° L'amblyopie binoculaire, ayant beaucoup de rapports avec l'amblyopie alcoolique; 2° L'amblyopie monoculaire.

Mais pourquoi les auteurs font-ils ce rapprochement entre les deux affections? C'est que généralement, dit M. Galezowski, les gens atteints d'amblyopie nicotinique ne sont pas seulement des fumeurs, ce sont aussi des buveurs. A l'abus du tabac ils joignent l'abus des boissons alcooliques, et c'est dans ce cas spécialement que l'affection est binoculaire et qu'on peut la confondre avec l'amblyopie alcoolique simple. Cependant, tandis que la pupille est largement dilatée dans l'amblyopie alcoolique, elle est fortement contractée dans l'amblyopie nicotinique : ce caractère doit faire éviter toute confusion.

Dans l'amblyopie nicotinique binoculaire, la vue à distance diminue, puis cet état s'accentue, le malade voit tous les objets revêtus d'un brouillard blanchâtre, quelquefois jaunâtre. Des étincelles, des éclairs passent devant ses yeux; la conjonctive est rouge; tout l'œil est injecté. Les malades confondent les couleurs, ils éprouvent ce phénomène que M. Galezowski appelle « contraste successif des couleurs »; ils sont sujets aux migraines, aux vertiges, aux hallucinations ; ils ont un affaiblissement notable de la mémoire; enfin, ils présentent ce phénomène particulier que l'affaiblissement de la vue est surtout marqué le soir.

La seconde variété de cette affection, l'amblyopie monoculaire revêt une autre forme dans sa marche. Le malade commence à voir trouble d'un seul œil; il voit les objets recouverts d'un voile blanc; plus tard le mal fait des progrès; lorsque le malade veut, avec cet œil, fixer un objet, il ne le voit plus, il ne l'aperçoit que par côté. L'objet est recouvert d'une tache que l'on appelle scotome, comme chez ces individus qui ont une hémorrhagie de la macula.

Si l'on mesure le champ visuel au début de l'affection, on trouve sur le point de fixation, la tache petite, ronde, un peu ovalaire; celle-ci fait de rapides progrès et enfin arrive un moment où le champ visuel est complétement perdu.

Cette affection serait susceptible de guérir sous l'influence d'un traitement très-énergique : suppression du tabac, emploi du sulfate neutre d'atropine contre la contraction des pupilles, application de vésicatoires à la nuque pour calmer les douleurs pré-orbitaires et la céphalalgie, bromure de potassium à l'intérieur contre la surexcitation nerveuse et les hallucinations, enfin vomitifs répétés et grand air. (*Mouv. méd.*)

De la mort subite dans la fièvre typhoïde. — A propos de deux malades atteints de fièvre typhoïde de moyenne intensité, et morts subitement l'un au dix-neuvième, l'autre au dix-septième jour de la maladie. M. le docteur Dieulafoy recherche quelles sont les causes de ce terrible accident.

La mort subite dans la fièvre typhoïde, dit M. Dieulafoy, n'est pas due à des lésions encéphaliques, car on n'en retrouve pas à l'autopsie, et d'ailleurs le malade ne présente aucun des symptômes de l'apoplexie; elle n'est pas due à des lésions pulmonaires, car les congestions et les pneumonies, pour si étendues qu'elles soient, sont impuissantes à produire un genre de mort qui, du reste, ne ressemble en rien à la mort par asphyxie tandis que la brusquerie de l'accident, sa rapidité, tout plaide en faveur de la mort par syncope.

Mais quelles sont les causes de cette syncope? Est-elle due, ainsi que le veulent les uns, à des altérations de la fibre musculaire cardiaque; ou bien, comme le prétendent les autres, est-elle indépendante de ces altérations?

Suivant les partisans de la première théorie, les gens atteints de fièvre typhoïde sont sujets à des altérations du système musculaire : dégénérescence vitreuse, granulo-vitreuse ayant ses muscles de prédilection, mais n'épargnant pas toujours le muscle cardiaque. Mais cette théorie, qui s'appuie sur l'anatomie pathologique et sur la clinique, est minée par les mêmes arguments, car cette dégénérescence cardiaque, loin d'exister, dans tous les cas de mort subite, fait souvent défaut à l'autopsie. En outre, ne voit-on pas journellement des malades atteints de lésions mitrale et tricuspide, vivre et se défendre des années entières malgré la dégénérescence de leur muscle cardiaque et enfin être envahis par l'œdème, les congestions, l'asphyxie avant que le cœur soit mort?

Quand à la seconde théorie elle est personnelle à M. Dieulafoy. Se basant, d'une part, sur bon nombre d'observations où la mort est survenue subitement, en dehors de la fièvre typhoïde, sous l'influence de circonstances en apparence insignifiantes : ingestion d'eau glacée dans l'estomac, cautérisation ammoniacale du pharynx, etc.; d'autre part, sur les expériences de Brown-Séquard, de Goltz, de Bernhein, qui démontrent l'excitabilité spéciale de l'intestin et le mécanisme des syncopes consécutives aux excitations intestinales, cet auteur avance que la syncope de la fièvre typhoïde est due à une action reflexe ayant son point de départ dans l'intestin malade. L'excitation sera transmise par les filets centripètes du

grand sympathique jusqu'aux cellules de la moelle et du bulbe; à ce niveau se ferait la transformation en mouvement, qui a suivi, suivant les cas, des routes un peu différentes : tantôt le pneumogastrique a été seul en cause, ce qui a donné lieu à des syncopes qui ont pu être mortelles du premier coup; tantôt les nerfs respiratoires ont été pris en même temps, ce qui a déterminé soudainement et à la fois l'arrêt de la respiration et du cœur; enfin, dans bien des cas, d'autres nerfs de la vie de relation ont reçu une excitation simultanée, ce qui explique les convulsions qui ont accompagné la mort.

Telle est la théorie à laquelle se rattache M. Dieulafoy, et qui lui paraît la plus vraisemblable. MM. Laveran et Bussard supposent que la syncope mortelle est consécutive à une anémie cérébrale, mais, demande M. Dieulafoy, ces malades, dont la fièvre typhoïde avait été si bénigne, étaient-ils tellement anémiés que, dès le quatorzième ou le quinzième jour ils entraient en convalescence? et, d'ailleurs, si quelques jours d'une fièvre typhoïde bénigne étaient capables d'anémier au point de déterminer une mort aussi brusque, pourquoi ne meurt-on pas de la même manière, dans les maladies longues et cachectisantes, dans la chloro-anémie, dans l'anémie dite pernicieuse.

Enfin, l'auteur rejette également l'opinion des médecins qui pensent que la syncope mortelle est due à un changement de position du malade. S'il en était ainsi, dit-il, le malade atteint de fièvre typhoïde ne pourrait ni se retourner dans son lit, ni s'asseoir, ni boire, ni faire un mouvement sous peine de mort subite. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

Du tintement d'oreilles. — M. le docteur Aigre publie une étude intéressante sur les causes qui produisent le tintement d'oreilles et sur l'explication de sa production, conformément aux lois physiques. Il fait tout d'abord remarquer la fréquence du phénomène, et c'est bien à tort, dit-il, qu'on le considère vulgairement comme lié à une affection nerveuse de l'oreille, car on le rencontre dans des cas de pathologie plus complexes,

Après avoir rappelé les diverses théories par lesquelles on a cherché à expliquer le tintement d'oreilles, M. Aigre expose ses vues sur le mode de production de ce phénomène. Pour lui, il est dû, comme toute sensation de son, à l'excitation de la partie terminale ou percevante du nerf auditif.

L'auteur part de là pour émettre un doute sur le tintement d'oreille cérébral qui serait indépendant du nerf auditif et fait remarquer qu'il ne faut pas confondre les hallucinations auriculaires avec le tintement véritable. Certains médecins ont, dit-il, très-bien montré que les aliénés, atteints d'affections de l'oreille, différenciaient parfaitement les hallucinations auriculaires du véritable tintement, et ont même été conduits à admettre que chez les personnes prédisposées aux affections mentales, une affection de l'oreille s'accompagnant de tintement pouvait être la cause occasionnelle de la folie.

Mais quelle est la nature de cette excitation?

Jusqu'à présent on a considéré les divers bruits qui ont leur siége dans l'oreille, comme des bruits vasculaires; mais en établissant une corrélation intime entre les divers bruits qui se passent dans l'oreille malade et les phénomènes qui accompagnent la circulation du sang, on est arrivé, dit M. Aigre, à la conclusion suivante. Dans presque tous les cas de tintement d'oreille, quelle que soit la nature de l'affection à laquelle il est lié, on peut l'attribuer à la vibration des parois des vaisseaux sanguins du labyrinthe.

Ces vibrations vasculaires agiraient sur les filets terminaux du nerf auditif qu'elles ébranleraient, à la manière des vibrations produites par l'étrier.

Elles pourraient exercer leur action sur le nerf auditif de deux façons : ou bien en augmentant d'amplitude, ou bien sans que rien soit changé dans leur qualité simplement par action reflexe, par concentration ou par résonnance.

Les variations dans l'amplitude vibratoire s'observeraient quand il y a augmentation ou diminution de tension du sang dans les vaisseaux du labyrinthe ou quand la constitution du sang lui-même est modifiée comme dans la chlorose ou l'anémie. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur *le bégaiement et son traitement physiologique*, par le docteur Godard ;

2° Un *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, par le docteur Albert (de Vienne) ;

3° Une observation manuscrite d'*anévrysme de la région du coude*, par M. Chaleau, chef de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier. (Comm. : MM. Lannelongue, Tillaux et Delens.)

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente, de la part de M. P. Topinard, un mémoire sur *les anomalies du nombre de la colonne vertébrale*; de la part de M. Bouvier, professeur à l'Université de Gand, un volume ayant pour titre : *Clinique chirurgicale de Gand*; de la part de M. Leriche (de Macon), un travail manuscrit intitulé : *Étude nouvelle sur le périnéorrhaphie par le procédé de Delord* (comm. : MM. Verneuil, Périer, Horteloup); enfin une thèse sur *la rectotomie linéaire*.

M. LARREY présente, de la part de M. Simonin, professeur à la faculté de Nancy, une note sur *l'anesthésie par l'éther sulfurique et par le chloroforme;* de la part de M. Otis, chirurgien des armées des États-Unis, un rapport sur *le transport des blessés par bêtes de somme.*

M. HOUEL dépose, de la part du docteur Bacchi un mémoire qu'il vient de traduire et qui a pour titre : *Du traitement radical de l'ischurie produite par l'hypertrophie prostatique,* par le docteur Bottini, professeur à la Faculté de Pavie.

M. LANNELONGUE présente, de la part de M. Manouvriez (de Valenciennes) une étude sur *l'intoxication des mineurs et les moyens de les en préserver.*

RAPPORT

M. HOUEL, chargé de déterminer la nature d'une tumeur de la paume de la main présentée récemment par M. Notta (de Lisieux), a prié M. Vulpian de la faire examiner dans son laboratoire. La tumeur était, comme plusieurs membres de la Société l'avaient diagnostiqué, un *angionome caverneux.*

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN, à propos du procès-verbal, revient sur la question du mal de Pott, et présente différents appareils dont l'emploi lui a paru avantageux. Presque tous les enfants qu'on amène pour un mal de Pott présentent une gibbosité plus ou moins prononcée, car il est bien rare que le chirurgien soit consulté pour un mal de Pott à l'état de suspicion. Le seul traitement est l'immobilisation absolue, et cette condition que certains parents ont de la peine à accepter est tellement importante que le chirurgien ne doit pas hésiter à refuser la responsabilité du traitement si les parents ne se rendent pas à la raison. La cuirasse moulée ou la gouttière de Bonnet sont d'excellents appareils mais leur prix est trop élevé pour beaucoup de parents. On peut les remplacer par un matelas spécial que M. de Saint-Germain a fait construire d'après les conseils de M. Bastien. Ce matelas, piqué sur une claie d'osier, est très-peu coûteux, et, par la forme donnée à la claie, il contraint le petit malade à rester couché sur le dos. Un autre appareil, dû à M. Gildebert d'Harcourt, et qui est en usage à Lyon dans la maison de santé du docteur Pravaz, peut rendre des services lorsqu'on n'a besoin que d'une immobilisation relative. Il se compose d'un sommier en dos d'âne, recouvert de moleskine, et présentant deux enfoncements garnis d'une boule d'air, dont l'un est destiné à rece-

voir la gibbosité. Lorsque le mal de Pott siége au-dessus de la deuxième vertèbre dorsale, M. de Saint-Germain emploie un corset d'un prix très-modeste et qui permet de tenir l'enfant levé; si le mal siége au-dessous de ce point, il se sert d'une sorte de minerve simplifiée. Mais, dans tous les cas, le chirurgien proscrit d'une façon absolue le massage, les manipulations, les attitudes dites gymnastiques qui offrent des dangers très-réels. Les pointes de fer ne doivent pas être oubliées dans le traitement du mal de Pott; elles rendent de véritables services. Le phosphate de chaux à l'intérieur est un article adjuvant. Les bains sulfureux sont aussi très-avantageux, mais il faut prescrire les bains salés et surtout les bains de mer qui produisent souvent une excitation fâcheuse.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fistule de la trachée. — M. DESPRÈS présente un malade qu'il a guéri d'une fistule de la trachée. La persistance de ces fistules après la trachéotomie est rare : M. Desprès n'a pu en trouver qu'un exemple dans les bulletins de la Société de chirurgie, et deux autres dans les livres classiques. Le premier a été présenté par M. Le Fort en 1864; les deux autres sont dus à Velpeau. Le plus souvent, même lorsque la canule est restée en place plusieurs mois, l'ouverture de la trachée se cicatrise seule et très-promptement; mais, si cette cicatrisation ne se fait pas spontanément, il est assez difficile de l'obtenir par une opération. Il s'agit aujourd'hui d'un enfant qui a été trachéotomisé pour une angine gangréneuse et qui a dû garder sa canule vingt-huit mois. Celle-ci fut enlevée au mois de septembre 1874, mais la plaie resta béante, malgré des cautérisations répétées. En décembre, M. Desprès fit l'avivement des bords et plaça cinq points de suture. Le point central manqua, comme cela était arrivé à Velpeau, et avant lui à Dupuytren. Pendant un mois, la petite fistule qui persistait fut cicatrisée, mais sans résultat, et le malade quitta le service. Il y est rentré au mois d'octobre dernier, portant toujours sa petite fistule, qui pouvait contenir une tête d'épingle. M. Desprès plaça cinq points de suture entortillée, mais le point central manqua encore. Il essaya alors la flexion forcée du cou, qui ne put être supportée. C'est alors qu'il eut recours au moyen suivant : profitant de la grande mobilité de la peau du cou, il l'a saisit à une certaine distance de chaque côté de la fistule, et réunit les deux plis ainsi formés par un point de suture, laissant la fistule suppurer au fond du pli. Le sixième jour, elle s'était oblitérée.

M. Desprès donne de ce fait l'explication suivante : pendant la respiration et la déglutition, de même que pendant l'articulation des sons, le larynx et la trachée montent et descendent sans cesse dans la gaîne aponévrotique qui les sépare de la peau. Si, par suite d'une suppuration, il existe une adhérence avec la peau, celle-ci suit les mêmes mouvements; or, l'immobilité est une condition indispensable de la réussite des points de suture, et le seul moyen de l'obtenir dans un cas pareil, c'est d'immobiliser la fistule en la plaçant au fond d'un pli profond.

M. Desprès présente à la Société ce malade, qui a été opéré le 11 novembre dernier, et qui offre, de plus, une oblitération de l'arrière-cavité du larynx, qui lui permet de respirer, mais non de souffler par le nez.

M. GILLETTE, qui a fait pour le dictionnaire encyclopédique l'article *Trachée*, y a réuni des cas de fistule plus nombreux que ceux qu'a cités M. Desprès.

COMMUNICATIONS

M. TRÉLAT dépose deux observations ; la première est relative à un cas qu'on voit rarement, un *adéno-chondrome du voile du palais* qui s'était développé sur la moitié droite du voile du palais chez un jeune homme de dix-huit ans. L'énucléation de la tumeur put être faite, malgré certaines difficultés et les suites de l'opération furent des plus simples.

La seconde observation est celle d'un *polype mou du voile du palais*. Ces polypes sont des tumeurs assez volumineuses de l'arrière-gorge qui se développent chez les individus chez lesquels on a extrait des polypes muqueux. Le toucher avec le doigt et la rhinoscopie postérieure permettent de les distinguer facilement des polypes naso-pharyngiens. Elles sont de nature bénigne et ne donnent pas lieu à des hémorrhagies. M. Trélat présente une de ces tumeurs qu'il a extraite hier par l'isthme du gosier à l'aide d'une pince courbe. La tumeur a été tordue et est venue en entier avec son pédicule.

M. TERRILLON fait connaître un nouveau mélange destiné à préparer les appareils inamovibles. (M. Le Dentu rapporteur).

Des localisations cérébrales. — M. TILLAUX présente un cerveau provenant d'un homme qui est mort dans son service dans les circonstances suivantes : cet homme reçut un volet sur la tête le 2 février dernier. Il n'eut pas de perte de connaissance au moment de l'accident, mais le troisième jour il fut pris d'aphasie complète avec monoplégie du bras droit. Ces accidents disparurent rapidement et il put reprendre son travail.

Au mois de juin survinrent des céphalalgies épouvantables, pour lesquelles il entra à l'hôpital. Il n'avait alors ni aphasie ni paralysie, mais il portait sur le cuir chevelu une petite cicatrice située à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane et à 7 centimètres du bregma. Il fut rapidement soulagé par l'iodure de potassium et quitta le service. Bientôt les accidents reparurent, avec une nouvelle crise d'aphasie et de monoplégie brachiale droite sans anesthésie, qui dura quinze jours. Mais la céphalalgie persistant, il rentra à l'hôpital au mois de septembre. A partir de ce moment, il ne présenta plus d'accidents, sauf un peu de faiblesse du bras droit. Mais il s'affaiblit peu à peu et mourut il y a deux jours. A l'autopsie, on trouva une plaque de méningo-encéphalite de 7 centimètres de profondeur sur 4 de largeur, avec adhérence des méninges à l'écorce cérébrale de toute la circonvolution de Broca. Cette plaque, que M. Tillaux n'a pas voulu ouvrir avant la séance et qu'il incise devant ses collègues, recouvre un petit foyer dont le contenu, vraisemblablement du pus, sera examiné. Qu'aurait produit dans ce cas l'application d'une couronne de trépan? En présence d'accidents aussi fugitifs, où le chirurgien aurait-il dû la faire? Sur le point du crâne blessé primitivement, ou ailleurs? Les renseignements fournis par les accidents éprouvés étaient trop vagues pour lui permettre de prendre une décision.

M. TILLAUX présente en même temps, mais à titre de simple curiosité, une pièce qui lui a été *prêtée* par M. Maurice Raynaud. C'est un cerveau provenant d'une femme de cinquante-neuf ans, qui est morte après avoir présenté une hémiplégie à gauche, avec hémianesthésie, immobilité de la tête et du cou tournés vers la gauche, convulsion et fixité des yeux. Cette femme a succombé à une tumeur du cerveau, du volume d'un œuf de poule, qui s'est développée à la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius.

Dans ce cas, les localisations cérébrales sont encore bien moins nettes que dans le cas de M. Tillaux et c'est évidemment par compression que les accidents se sont produits. Les centres moteurs peuvent donc être atteints à distance, par compression, ce qui est une cause d'erreur. Même lorsque les accidents semblent causés par la lésion d'un point précis du cerveau, on est exposé à ne rencontrer sous le trépan qu'une plaque de méningo-encéphalite contre laquelle l'opération ne peut rien. Enfin, une lésion primitive du cerveau, peut produire des lésions secondaires à distance, fort loin du foyer du mal. La pratique n'a donc pu, jusqu'à présent, tirer qu'un parti médiocre des localisations cérébrales.

M. LE DENTU doit lire, dans la prochaine séance, le rapport qu'il vient de faire sur un travail de M. Terrillon, relatif aux localisations cérébrales. Il peut dire, dès à présent, qu'il partage jusqu'à un certain point les réserves faites par M. Tillaux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est d'avis que l'observation de M. Tillaux prouve, au contraire, qu'il aurait fallu faire la trépanation primitive et que, par ce moyen, le malade aurait pu guérir,

M. TILLAUX est loin d'être l'ennemi des localisations cérébrales, mais il pense qu'il faut apporter quelques réserves dans les applications qu'on serait tenté d'en faire à la chirurgie.

Cette discussion sera reprise après l'examen complet de la pièce.

M. CHAUVEL demande à ses collègues quelle est la conduite à

tenir dans le cas suivant : Un jeune homme de vingt-deux ans porte, depuis sept ans, sur la face interne du tibia gauche, une tuméfaction limitée, située à 9 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, très-douloureuse spontanément dès que le soir arrive, un peu douloureuse aussi le jour, mais seulement à la pression. Il n'existe pas de traumatisme antérieur ni de syphilis. M. Chauvel, qui suit ce malade depuis longtemps et qui a épuisé en vain tous les traitements, pense qu'il s'agit ici d'une ostéite limitée, et demande s'il ne serait pas opportun d'appliquer une petite couronne de trépan.

M. TILLAUX n'hésiterait pas à suivre cette pratique, et tous les membres présents sont du même avis.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Robin est autorisé à se faire suppléer, du 1er novembre 1877 au 1er novembre 1878, par M. Cadiat, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — MM. les agrégés Castan, Vignal, Sabatier et Jacquemet, sont provisoirement maintenus en activité.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Desmaret, préparateur attaché à la chaire d'anatomie comparée, est nommé garde des galeries d'anatomie et d'anthropologie en remplacement de M. Sénéchal, décédé.

— *Legs Thuret.* — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est autorisé à accepter, au nom de l'État, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 24 octobre 1877, la donation faite par la dame Louise Fould, veuve Thuret, et consistant dans la somme de 200,000 francs, destinés à l'acquisition d'une propriété située à Antibes, et qui serait affectée à la création d'un établissement d'enseignement scientifique rattaché comme annexe à l'enseignement des chaires de botanique et de culture des facultés et du Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— *École pratique des hautes études.* — *Laboratoire d'ophthalmologie* : directeur, M. E. Javal ; directeur-adjoint, M. E. Landolt. — Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire.

Les étudiants qui voudront prendre part aux travaux du laboratoire devront se faire inscrire de deux à quatre heures, au laboratoire, à la Sorbonne.

— Sur les instances réitérées du Conseil général du Rhône, basées sur la loi du 10 août 1871, le ministre de l'intérieur a décidé d'établir le concours pour le recrutement des internes de l'asile des aliénés de Bron.

Le concours, annoncé pour le 10 décembre, s'ouvrira à neuf heures du matin, dans une des salles de la Faculté de médecine, rue de la Barre.

Voici la composition du jury nommé par le préfet :

MM. les docteurs Arthaud, médecin en chef de l'asile de Bron ; Max-Simon, médecin-adjoint du même établissement ; Campagne, médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'Avignon (Vaucluse) ; Pierret, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine ; Français, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

— *Collège de France.* — *Cours d'embryogénie comparée.* — M. Balbiani commencera ce cours le mardi, 11 décembre 1877, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Le professeur traitera de la génération et du développement des vertébrés.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire, de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

Considérations sur les tours et les conséquences de leur suppression au point de vue de l'hygiène publique, par le docteur LIGUIER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — O. Doin.

Contribution à l'étude de la trépanation dans les lésions traumatiques du crâne, par le docteur COLONNA CECCALDI. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — O. Doin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 143. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1877. — N° 143

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Leçon d'ouverture sur le diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope.

Je commence aujourd'hui la trente-deuxième année de mon enseignement volontaire libre, et je viens de vous donner la *septième édition* de mon « Traité des maladies de l'enfance. » Après une carrière si remplie, j'aurais peut-être droit au repos, mais je désire continuer à vous fournir les occasions de poursuivre la vérification de mes idées par la clinique, pour vous associer à mes recherches. En les soumettant à votre contrôle, je donne la garantie de leur exactitude.

Aujourd'hui que les progrès du diagnostic reposent en entier sur l'application des moyens physiques à l'observation des malades, je vais inaugurer ces leçons par l'exposé des signes que l'emploi du thermomètre, du microscope, du plessimètre, du stéthoscope et de l'ophthalmoscope fournissent au diagnostic des maladies de l'enfance.

Je commencerai par l'ophthalmoscope, cet instrument introduit dans la science pour la pratique de l'ophthalmologie, et qui, des mains du spécialiste doit passer dans les mains du médecin pour le diagnostic des lésions cérébro-spinales.

Laennec, par l'emploi de l'oreille et du stéthoscope a ouvert à l'exploration médicale les cavités du cœur et des poumons. Ce qu'on entend se traduit en affirmations diagnostiques variées dont nul ne conteste plus l'importance.

J'ai essayé d'ouvrir aussi à l'exploration médicale les cavités cérébrales et rachidiennes, dont le contenu altéré ne pouvait être reconnu que par des troubles intellectuels moteurs et sensitifs. Je crois y avoir réussi. Depuis quinze ans (1), c'est-à-dire, depuis 1862, j'ai recueilli près de deux mille observations, la plupart avec autopsie, pour montrer que les méninges, le cerveau et la moelle, dans leurs maladies aiguës, produisaient au fond de l'œil des altérations utiles à connaître pour donner au diagnostic des maladies cérébro-spinales une précision qu'il ne pourra jamais avoir sans l'emploi de cette méthode. C'est ce que j'ai appelé : *voir dans l'œil les signes de ce qui se passe dans le cerveau.*

Aujourd'hui il ne sera question que des signes ophthalmoscopiques de la *méningite* tuberculeuse, typhoïde, rhumatismale et cérébro-spinale. Ce sera le résumé de quatre cent soixante-douze observations de méningite. Dans les leçons suivantes, j'aborderai le diagnostic de toutes les autres observations que j'ai recueillies.

Il est à peine nécessaire de montrer par quels liens anatomiques, le nerf optique, la rétine, la choroïde, les artères et les veines rétiniennes se rattachent au cerveau. Ce sont des faits qui ne sont plus à démontrer et qui permettent de comprendre comment les maladies aiguës et chroniques de l'encéphale et du rachis peuvent avoir un retentissement plus ou moins marqué sur la structure du fond de l'œil. Tous les troubles de la circulation et de la nutrition cérébrale se reflètent plus ou moins promptement, avec plus ou moins d'intensité, au fond du globe oculaire, et, maintenant que Schwalbe a fait connaître la communication du liquide des espaces sous-arachnoïdiens avec celui de la gaîne du nerf optique, ces phénomènes semblent encore plus naturels.

En partant de ces principes anatomiques, le médecin, encore peu habitué aux études ophthalmoscopiques, comprendra aisément, pourquoi la méningite aiguë, simple, tuberculeuse, typhoïde ou rhumatismale peut modifier la circulation du fond de l'œil et y produire des troubles vasculaires et nutritifs plus ou moins caractérisés, selon la nature et l'intensité de la phlegmasie des méninges. De là, à l'utilisation de ces phénomènes pour le diagnostic de la maladie, il n'y a qu'un pas à faire et ces phénomènes peuvent devenir des signes, pour le médecin qui sait se servir de l'ophthalmoscope. On peut ainsi voir, dans l'œil, l'indice de ce qui se passe dans le crâne, et par le secours de sa vue, le médecin peut explorer certaines lésions du cerveau, comme, par le sens de l'ouïe, il analyse les lésions du cœur et des poumons.

Cela ne veut pas dire que, sans tenir compte des autres symptômes de la maladie, il suffise d'examiner le fond de l'œil pour faire le diagnostic d'une méningite. Une pareille prétention serait inacceptable. Cela veut dire seulement qu'il y a, dans le fond de l'œil, des lésions visibles à l'ophthalmoscope, que le médecin peut utiliser pour faire un diagnostic exact et précis. Cela veut dire qu'il y a là des signes à rechercher pour les ajouter aux autres phénomènes de la maladie ; et, comme l'on n'en sait jamais trop, la science ne peut que profiter de cette acquisition nouvelle qui complète la symptomatologie d'un mal souvent difficile à reconnaître.

(1) E. Bouchut. *Du diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope.* — *Gaz. des hop.* numéro du 16 mars 1862.

Les signes dont je parle ont une importance très-considérable. Souvent ils peuvent suffire pour lever toutes les incertitudes qui environnent le diagnostic. Ainsi, j'ai vu beaucoup de cas de granulie, c'est-à-dire de tuberculose générale miliaire, débutant par des symptômes semblables à ceux de la fièvre typhoïde, et dans lesquels l'ophthalmoscope révélant une névro-rétinite ou une choroïdite tuberculeuse m'a permis de reconnaître une méningite encore douteuse. — Dans ces cas, sans l'usage du miroir oculaire, le diagnostic restait en suspens et ne pouvait qu'être ajourné.

Sur les quatre cent soixante-douze cas de méningite tuberculeuse que j'ai observés depuis quinze ans, j'ai constaté avant ou pendant la maladie, quatre cent soixante-trois fois la lésion du nerf optique, de la rétine ou de la choroïde. — La même proportion relative s'observe dans les méningites typhoïdes graves et dans les méningites rhumatismales. C'est un fait dont je reparlerai plus loin. Pour le moment, il ne sera question que de la méningite tuberculeuse.

Dans cette forme de méningite, les lésions intra-oculaires existent donc dans la presque totalité des cas. On les observe souvent, dès le début, à la première période du mal ; mais, plus ordinairement dans la seconde ; et c'est surtout au moment du coma et des convulsions qu'elles sont les plus caractérisées. Dans les heures qui précèdent la mort, elles commencent à partir et à s'effacer, de façon que l'on peut quelquefois reconnaître dans l'œil, qu'un enfant doit mourir dans la journée.— Cinq minutes après la mort, elles ont presque disparu et le fond de l'œil a la couleur grisâtre plombée que j'ai fait connaître (1).

Au début de la méningite, ces lésions s'observent quelquefois lorsqu'il n'y a encore chez le malade que de la tristesse, des malaises, de la céphalalgie et un peu de fièvre. Je n'en citerai qu'un exemple remarquable. — Chez un enfant, pris depuis trois jours, je fus appelé parce que son médecin soupçonnait une méningite. — Cet enfant était debout dans sa chambre, habillé depuis le matin, et marchait tristement au milieu de ses joujoux et de ses images. — Il avait vomi et restait triste, irritable, sans appétit, avec un peu de constipation et de la fièvre. — Sans doute, de pareils symptômes peuvent faire craindre le développement d'une méningite, mais sont-ils suffisants pour permettre d'en affirmer l'existence ? Je n'hésite pas à dire que non, et, à cet égard, j'en appelle à ceux qui exercent la médecine depuis longtemps. Dans ce cas, encore incertain, sur cet enfant qui était debout et qui marchait, l'ophthalmoscope révéla immédiatement l'imminence du danger, en permettant de voir une névro-choroïdite tuberculeuse. Toute incertitude cessa aussitôt, et la mort, qui survint au bout de quinze jours, vérifia l'exactitude du pronostic tiré de l'examen ophthalmoscopique. Je pourrais citer bien d'autres faits analogues, mais celui-là peut suffire.

Dans la seconde et dans la troisième période de la méningite, alors que le mal reste presque stationnaire, révélé par les cris, les soupirs, la coloration rouge intermittente du visage, l'assoupissement et enfin par les convulsions ou les paralysies partielles, on voit les lésions du fond de l'œil s'accroître et se modifier de jour en jour. Elles suivent l'aggravation du mal et montent avec lui. Pour les étudier, il convient de les examiner tous les matins, comme on recherche l'intensité des autres symptômes de la maladie.

Elles sont souvent semblables dans les deux yeux, mais parfois elles sont plus considérables dans un œil que dans l'autre, ce qui dénote une lésion plus grande de l'hémisphère cérébral correspondant. Elles se montrent quelquefois, d'abord sur le côté externe de la papille, d'où elles se généralisent rapidement, mais dans la plupart des cas, elles occupent la papille tout entière.

Dans la méningite tuberculeuse ordinaire, les lésions ont des caractères particuliers qui ne se retrouvent pas dans les encéphalites partielles et dans les tumeurs de l'encéphale accompagnées de paralysie de la sixième paire. Ici, l'exsudation de la névro-rétinite est plus épaisse, blanchâtre, opaque et gêne la circulation, de manière à cacher les vaisseaux et à produire de nombreuses petites hémorrhagies, tandis que dans la méningite, l'exsudation papillaire plus faible, opaline seulement, s'accompagne de gonflement variqueux des veines provoquant moins les hémorrhagies.

Au moment où se forme la névro-rétinite aiguë des méningites, on constate d'abord le gonflement du nerf optique, qui devient rouge et qui conserve encore ses limites assez distinctes. Puis, le gonflement augmente et le nerf se voile d'une teinte grisâtre claire, demi-transparente qui déborde sur son contour et le cache légèrement. Un peu plus tard, tout le nerf est voilé, et la teinte grisâtre qui rend la papille diffuse, s'étend sur la rétine voisine. Le nerf optique se cache de plus en plus, devient parfois invisible sous le voile rosé, grisâtre qui le couvre, et il ne se devine plus que par le point central d'émergence et d'irradiation des artères et des veines.

Telle est, dans sa forme la plus habituelle, *la névro-rétinite aiguë de la méningite* qu'on retrouve sans doute dans plusieurs autres états pathologiques, mais en rapprochant sa production des autres symptômes offerts par la maladie de l'enfant, sa signification acquiert une grande importance et le diagnostic en tire des garanties de certitude absolue.

En même temps que se développe cette névro-rétinite, il se produit des altérations plus ou moins considérables des artères et des veines du fond de l'œil. Les artères, comprimées dans leur trajet par le gonflement du nerf optique, deviennent de moins en moins apparentes, quelquefois même invisibles. Les veines, au contraire, se remplissent de thromboses et parfois se déchirent en laissant extravaser le sang sous leur tunique externe. Il se forme là, *de véritables anévrysmes faux primitifs des veines.*

De temps à autre, la choroïdite tuberculeuse aiguë s'ajoute à la névro-rétinite, mais dans une proportion qui n'est pas aussi considérable qu'on pourrait bien le croire. Ainsi, sur quatre cent soixante-douze cas de méningite tuberculeuse, je ne l'ai rencontrée que trente-neuf fois, c'est-à-dire dans le douzième des cas environ.

Cette choroïdite aiguë est très-intéressante à étudier jour par jour, à cause de ses changements et du grossissement des granulations miliaires. Elle est caractérisée par le développement de granulations blanchâtres, aussi fines qu'un grain de poussière et pouvant acquérir le volume d'une lentille ordinaire. — Ces granulations sont plus ou moins brillantes au centre, nettes ou diffuses à la circonférence, possèdent parfois un relief assez prononcé, n'ont pas de vaisseaux apparents, mais sont souvent placées sous un vaisseau rétinien. On les voit grossir en quelques jours et parfois doubler de volume. Si la maladie se prolonge, on en voit même paraître de nouvelles qui n'avaient pas été visibles à son début.

Dans un cas, j'ai vu au devant d'une de ces granulations recouvertes par un vaisseau, se faire une petite hémorrhagie

(1) *Atlas d'ophthalmoscopie médicale*, figure 3, sur les caractères ophthalmoscopiques de la mort.

miliaire qui resta trois jours sans augmentation et qui se résorba sans laisser de traces.

Ainsi : gonflement et rougeur de la papille ; — infiltration séreuse péripapillaire ; — thrombose des veines rétiniennes ; — varices et hémorrhagies de la rétine ; — tubercules de la choroïde ; — telles sont les lésions du fond de l'œil qui s'observent dans la méningite tuberculeuse, mais ces lésions, sauf les granulations choroïdiennes sont aussi celles de la méningite typhoïde et de la méningite rhumatismale. Les autres symptômes, seuls, permettent d'établir la différence.

Il reste maintenant à démontrer que les observations cliniques dont je viens de rendre compte, sont bien exactes. Les autopsies, par l'examen anatomique et histologique se chargent de la démonstration.

J'ai fait deux cent quatre-vingt-seize autopsies dans le but de vérifier, sur le cadavre, l'exactitude de mes observations cliniques. Les premières ont été aussi complètes que possible et accompagnées d'une étude histologique du nerf optique, de la rétine et de la choroïde. Aujourd'hui je ne prends plus la peine de faire cet examen dont les résultats me sont connus d'avance et qui n'ont plus rien d'intéressant pour moi. — Voici le résultat de mes recherches :

Si l'on examine le nerf optique préalablement durci, on voit par des coupes transversales et longitudinales que les éléments nerveux sont souvent atrophiés, parfois variqueux ; les tubes sont infiltrés de granulations ou de gouttelettes graisseuses, et, dans l'intervalle des fibres, il s'est formé des fibrilles de tissu conjonctif avec ou sans noyaux, et parfois mêlées à des fibres élastiques. — Cette altération est plus ou moins évidente chez les différents malades, et elle s'étend plus ou moins loin, parfois même jusqu'au chiasma et aux tubercules quadrijumeaux.

Dans la rétine, dont l'analyse est si difficile à faire et qui exige une habitude particulière d'examen, on trouve, dans la couche des myélocythes, les éléments grossis et hypertrophiés, les tubes nerveux déformés, variqueux, des hémorrhagies miliaires dans la tunique celluleuse des veines et parfois des granulations blanchâtres, graisseuses, semblables à des granulations tuberculeuses, fines, devenues caséeuses.

Dans la choroïde, on retrouve enfin les granulations tuberculeuses constatées pendant la vie avec l'ophthalmoscope et qui sont très-visibles lorsqu'on a eu soin d'enlever la rétine avec précaution. Elles occupent le segment postérieur de l'œil. Si on les examine au microscope, on voit qu'elles sont composées d'éléments conjonctifs embryonnaires en voie de dégénérescence graisseuse au centre. Tout autour de la granulation, on peut constater l'atrophie et la dégénérescence des cellules pigmentaires de la choroïde.

Ce n'est là qu'un résumé bien court peut-être, mais le temps me presse et je ne puis entrer dans plus de détails. D'ailleurs, ce que je viens de dire est suffisant pour établir que les résultats fournis par l'ophthalmoscope au diagnostic de la méningite concordent parfaitement avec ceux de l'examen anatomique.

Maintenant, comment faut-il expliquer l'apparition de ces lésions et par quel mécanisme se forment-elles?

A l'occasion de quelques cas de tumeur cérébrale accompagnés de névro-choroïdite, de Graëfe a pensé que la réplétion et la stase du sinus caverneux, gênant la circulation de l'œil, pouvait amener le gonflement et l'œdème de la papille, l'engorgement des veines rétiniennes et leur rupture. Je crois qu'il a eu raison, et j'ajouterai à cette obstruction du sinus caverneux, non-seulement celle de tous les autres sinus de la dure-mère, mais encore tous les épanchements intra-crâniens, ventriculaires ou autres, qui peuvent se rencontrer. De la sorte, et pour expliquer la névro-rétinite aiguë et la rétinite aiguë de la méningite, on se trouve en présence *d'une cause mécanique* bien réelle, qui a pour effet d'empêcher la rentrée complète du sang veineux de l'œil dans le crâne et de produire les lésions circulatoires et nutritives du fond de l'œil que je viens de décrire.

A cette cause mécanique, on a voulu en substituer une autre. M. le docteur Schwalbé, en découvrant le fait de la communication des espaces sous-arachnoïdiens avec la gaîne du nerf optique, a pensé que l'infiltration séreuse de cette gaîne pouvait produire l'étranglement de la papille du nerf et l'hyperémie des veines. Cette cause a-t-elle autant d'importance que l'autre? Je n'ose le croire. Voici pourquoi. Bien que, dans la méningite, on rencontre cette infiltration séreuse de la gaîne du nerf optique, le même fait existe dans un grand nombre d'autres maladies non cérébrales. Je l'ai recherché et trouvé, au même degré que dans la méningite, sur une série de trente enfants morts de pneumonie, d'angine couenneuse, de croup, de phthisie pulmonaire, etc., n'ayant pas offert d'accidents cérébraux. Or, si cette infiltration séreuse de la gaîne du nerf optique existe ailleurs que dans la méningite, sans déterminer l'étranglement de la papille, il est peu probable que ce soit elle qui produise les lésions méningitiques du fond de l'œil. En tout cas, son influence ne doit pas être substituée à celle qui résulte de la thrombose des sinus de la dure-mère et des veines méningées ou de la compression intra-crânienne produite par l'hydrocéphalie aiguë. Les deux causes concourent peut-être au même résultat, mais la dernière ne doit pas être substituée à l'autre.

En résumé :

Dans la méningite tuberculeuse, typhoïde et rhumatismale, il se produit presque constamment dans le fond de l'œil des lésions du nerf optique, de la rétine, de la choroïde et des vaisseaux rétiniens, qui sont en rapport immédiat avec la maladie des centres nerveux et qui indiquent son développement.

Ces signes sont : le gonflement et l'œdème de la papille et de la rétine avoisinante ; la stase et les thromboses des veines rétiniennes ; parfois les hémorrhagies de la rétine ; souvent, enfin, les tubercules de la choroïde.

Voici, maintenant, les figures de ces différentes lésions que l'appareil à lumière oxydrique va jeter sur la muraille, avec l'éclat des couleurs de la vie et avec un agrandissement tel, que vous pourrez les apprécier de tous les points de cet amphithéâtre.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE

M. E. Magitot.

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté (1).

Leçons et observations recueillies par M. le docteur Th. David.

VII

3° *De la gingivite phlegmoneuse.*

Cette variété d'inflammation de la muqueuse gingivale n'a pas encore été, que nous sachions, décrite nosographiquement, ce qui tient sans doute à ce que les auteurs ont toujours

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 novembre.

cherché à établir des types étiologiques, plutôt que des formes anatomiques. Hâtons-nous de dire cependant qu'elle était loin d'être méconnue, car la description qui a été faite de certaines gingivites spéciales, la gingivite mercurielle en particulier, en donne une idée assez nette. La désignation nouvelle que nous proposons n'a d'autre but que d'exprimer un état pathologique des gencives toujours identique à lui-même, indépendamment des conditions diverses qui le provoquent.

La gingivite phlegmoneuse a pour caractère essentiel une inflammation de toute l'épaisseur de la muqueuse gingivale, c'est-à-dire une phlegmasie fibro-muqueuse généralisée avec tous les caractères de l'état phlegmoneux jusqu'à la suppuration et la destruction des tissus.

Il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que de l'inflammation propre de la gencive, et non pas des abcès qui se produisent sur un point isolé et limité de cette membrane. Ces derniers appartiennent, en effet, à la description de certaines lésions dentaires ou osseuses sous la dépendance desquelles ils surviennent à titre d'épiphénomène.

La gingivite phlegmoneuse a une étiologie assez complexe: dans certains cas, elle succède à l'inflammation superficielle ou érythémateuse déjà décrite, lorsque celle-ci n'a été modifiée par aucune intervention thérapeutique. C'est en quelque sorte un degré plus avancé, une phase de développement d'une forme primitivement plus simple. Nous aurions donc à rappeler ici toutes les causes que nous avons reconnues à la gingivite simple, les irritants locaux, la carie dentaire, les corps étrangers, les traumatismes, l'éruption de certaines dents et surtout de la dent de sagesse inférieure, etc.

D'autres fois, l'inflammation phlegmoneuse frappe d'emblée la muqueuse gingivale sans cause appréciable.

Enfin, c'est précisément cette forme qu'on retrouve lorsque certaines intoxications (mercure, phosphore, etc.) amènent un état inflammatoire de la bouche. C'est elle également qui sert de début à la gingivite gangréneuse, dont nous aurons à parler utérieurement.

Le siége et l'étendue de cette forme de gingivite varient nécessairement avec la nature des causes qui l'ont produite. Mais ils offrent cette particularité, que toujours une région assez étendue, souvent même la totalité de la muqueuse est atteinte. Lorsque la cause efficiente est un état général ou une influence qui, bien que localisée, frappe toute la muqueuse buccale, comme l'élimination de certains poisons, la totalité de la gencive est envahie et la gingivite n'est souvent que le début d'une stomatite généralisée. L'affection peut être, au contraire, limitée à une partie, à un seul côté d'une mâchoire, lorsqu'elle résulte d'une irritation spéciale encore comme, par exemple, celle que détermine si souvent l'éruption des dents de sagesse inférieures. Ajoutons toutefois que, dans le cas de gingivite par cause locale, l'affection peut ultérieurement revêtir parfois la forme généralisée, ce qui donne lieu, lorsqu'on n'a pas assisté à la période de début, à des erreurs de diagnostic et à des hésitations dans le traitement. Nous verrons même plus loin que la forme phlegmoneuse est souvent celle que revêt de préférence la stomatite dite ulcéreuse ou épidémique, au sujet de laquelle il conviendra de dresser, du reste, une enquête toute particulière au point de vue de son étiologie et de son mécanisme.

La gingivite phlegmoneuse se présente avec les *symptômes objectifs* suivants: ce que l'on constate tout d'abord au début, c'est une sécheresse marquée de la gencive. Pendant cette période initiale, l'épithélium devient comme transparent, luisant; mais bientôt, soulevé par une exhalation séreuse, il se détache et tombe, pour mettre à nu le derme enflammé. Celui-ci apparaît alors fortement épaissi, gonflé, surtout au niveau des languettes interdentaires qui sont soulevées et détachées des dents. Sa surface est grenue, piquetée et d'un rouge vif; cependant le bord libre, ainsi que les dents, ne se trouvant plus balayés par les lèvres en raison de l'inaction relative de la bouche, se recouvrent d'un enduit sale formé de débris alimentaires et de tous les produits de sécrétion et d'excrétion buccales. Dans toute son étendue, la muqueuse enflammée est baignée par un liquide séro-purulent; lorsqu'on la touche, elle paraît être molle, dépressible et saigne très-facilement au moindre contact. Nous n'avons, enfin, qu'à ajouter à tous ces signes de salivation plus ou moins abondante, qui peut survenir alors même que la gencive n'est que seule enflammée, et une fétidité extrême de l'haleine, pour avoir au complet les symptômes objectifs qui constituent l'affection dans les cas légers.

A un plus haut degré d'intensité, les dents, en même temps que douloureuses, deviennent comme allongées, légèrement chancelantes, ce qui indique une propagation inflammatoire au périoste alvéolo-dentaire, c'est-à-dire un certain degré de *périostite*.

Dans des circonstances plus graves encore, alors que, consécutivement, toute la bouche est ou va être envahie, les lésions gingivales deviennent plus considérables et leurs complications plus redoutables et plus éloignées. C'est alors qu'on peut voir des ulcérations et des plaques gangréneuses comprenant une partie ou la totalité de l'épaisseur du derme, la chute d'une ou de plusieurs dents, l'ostéite et la nécrose des maxillaires, des adénites voisines parfois suppurées, etc.

Comme phénomènes *subjectifs*, voici ce que nous pouvons noter : la douleur de la gencive, très-vive au début après la desquamation épithéliale, semble devenir ensuite plus profonde et plus sourde. Une fois atteintes de périostite, les dents se déchaussent, deviennent très-douloureuses spontanément et surtout pendant les mouvements des mâchoires, le rapprochement des deux arcades dentaires, et sous l'influence des liquides froids ou chauds. Les ganglions engorgés sont eux-mêmes une source nouvelle de souffrances, à tel point que le malade ne peut plus ni manger, ni dormir. A ce degré d'intensité de l'affection, surviennent des phénomènes généraux, la fièvre s'allume, accompagnée de son cortége habituel, et amène une rapide prostration.

Dans les cas de moyenne intensité, la gingivite phlegmoneuse se borne à une suppuration généralisée de la gencive, accompagnée d'une légère propagation inflammatoire aux dents et aux ganglions voisins. Elle guérit très-bien, sans laisser aucune trace, dans l'espace de huit à quinze jours. C'est la marche et la durée habituelle de la gingivite mercurielle, qu'on rencontre rarement aujourd'hui à cet état d'accuité où on l'observait autrefois. Assez souvent, cependant, à ce degré de gravité, l'affection ne guérit pas. Elle passe alors à l'état chronique, revêtant souvent la forme fongueuse; elle peut ainsi subsister pendant plusieurs années et offrir alors une très-grande résistance aux agents thérapeutiques.

Dans les cas plus graves, les dents atteintes tombent, des parties de maxillaires se mortifient et s'éliminent; la gencive est par places complétement détruite. On comprend facilement qu'alors la physionomie de la maladie soit différente : par l'étendue des lésions et l'intensité des phénomènes généraux, elle peut devenir très-grave. Lorsque la guérison s'effectue, elle n'a lieu qu'au bout d'un temps quelquefois très-long, nécessité par la réparation des lésions osseuses, et laisse

toujours après elle la perte des dents, la destruction d'une partie de mâchoire, avec toutes les difformités et les inconvénients qui s'ensuivent.

Il va sans dire que, dans cette étude de la marche, de la durée et du pronostic de la maladie, il faut tenir grand compte de l'état du sujet, de la persistance de la cause et de la part de l'intervention thérapeutique, qui, ainsi que nous le verrons, modifie parfois d'une façon merveilleuse l'allure de la maladie.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

I

Anévrysme inguinal et anévrysme fémoral. — (*Suite*).

Je prends le sujet de l'anévrysme inguinal et de l'anévrysme fémoral au point où j'en suis resté dans la dernière leçon. J'ai montré que l'expérience acquise dans nos hôpitaux anglais était, somme toute, favorable au traitement de ces anévrysmes par les opérations sanglantes, soit que le sac ne se soit pas rompu et c'est alors la méthode de Hunter appliquée à l'iliaque externe ou à la fémorale, soit que l'anévrysme se soit rompu, en liant alors les deux bouts du vaisseau, d'après la méthode d'Antyllus; tandis que les essais de compression se sont montrés, jusqu'ici du moins, moins favorables et présentent un contraste frappant avec le compte rendu des observations publiées dans la littérature médicale que nous présente Fischer.

On peut concevoir les deux causes suivantes de ce contraste. On peut alléguer que nos malades d'hôpitaux tolèrent moins facilement la compression ou que leurs affections sont moins adaptées à ce mode de traitement que dans la pratique ordinaire, mais nous n'avons aucune preuve à l'appui de l'une ou l'autre de ces allégations. On ne peut douter non plus que beaucoup de nos malades ne soient d'un tempérament plus irritable par suite de leurs habitudes d'ivrognerie et que dans beaucoup de cas ils aient négligé de consulter, jusqu'à ce que les progrès de la tumeur l'aient rendu peu apte à être traité par la compression.

Mais il est également possible que la compression ne puisse pas être appliquée dans nos hôpitaux, avec ce soin minutieux et cette attention aux plus petites particularités qui sont réellement indispensables au succès de son application. Le traitement ne présente aucune garantie de réussite, s'il est confié à des personnes dont la responsabilité n'est pas engagée et qui ne s'intéressent que médiocrement à la tournure que peuvent prendre les choses, pendant que le chirurgien dirigeant ne fait qu'une ou deux courtes visites. Le traitement par la compression est beaucoup plus fatigant pour le chirurgien qui a la charge du malade, que le traitement par les opérations, et je confesse, que si la pratique d'hôpital doit continuer à consister en visites quotidiennes, le traitement des anévrysmes de l'extrémité inférieure sera bien plus favorable par la méthode de Hunter que par celle qu'on cherche à lui substituer. Je dois dire en même temps que cette circonstance accidentelle, n'apporte aucune indication sur la valeur réelle des deux méthodes de traitement.

Mon opinion personnelle, basée sur des recherches nombreuses dans les recueils pratiques et sur une expérience déjà longue des résultats du traitement dans les hôpitaux, est que le traitement des anévrysmes par les opérations, est après tout, éminemment efficace. En même temps, je crois que les succès pourraient être même rendus plus nombreux, si la compression, et surtout la compression digitale, était plus complétement et plus systématiquement employée qu'elle ne l'est à présent, et si les chirurgiens d'hôpitaux avaient dans la méthode une confiance et un intérêt assez grands pour lui consacrer le temps et les soins qui sont nécessaires pour qu'elle puisse donner tous les bons résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Je parle devant un auditoire composé en grande partie de chirurgiens d'hôpitaux et ils peuvent juger de l'exactitude et de l'importance de ce que je dis.

Un autre trait caractéristique de cette table, est le frappant contraste entre les résultats de la compression rapide et totale sous l'influence du chloroforme, qui d'une manière générale ont été excellents, et ceux de la compression graduelle , digitale ou instrumentale qui, dans l'anévrysme fémoral tout au moins, a été loin d'être favorable dans les mains des chirurgiens anglais. Le moment est arrivé, je crois, autant que peut le permettre votre expérience actuelle, de vous montrer les résultats qui ont été effectivement obtenus par cette nouvelle méthode, non-seulement dans l'anévrysme fémoral, mais dans les anévrysmes situés au-dessous du diaphragme, auxquels elle a été appliquée.

Le cas heureux d'anévrysme abdominal publié par le docteur Murray il y a quelques années, où l'on obtint la guérison par la compression rapide de l'aorte abdominale pendant le sommeil chloroformique, fut un tel progrès dans le traitement d'une affection considérée jusque-là comme fatalement mortelle, qu'il a trouvé de nombreux imitateurs et qu'on a publié un grand nombre d'observations analogues.

Quelques chirurgiens ont été jusqu'à recommander l'application de cette méthode de la compression rapide pendant le sommeil anesthésique, à l'un des gros troncs de l'abdomen, comme étant supérieure à la méthode plus graduelle appliquée à la fémorale dans l'aine, pour la guérison de l'anévrysme fémoral et de l'anévrysme poplité. Sans aucun doute, la circulation de la cuisse et de la jambe peut être affectée d'une manière aussi considérable qu'alarmante par la compression de l'aorte ou de l'iliaque primitive. On s'en aperçoit au refroidissement et à la lividité des membres inférieurs, qui se sont montrés pendant la compression et qui ont persisté ensuite de manière à faire appréhender l'apparition de la gangrène. (Voy. les cas du docteur Greenhow et de de M. Hulke dans le cinquante-sixième volume des *Transact. méd. chir.*, et celui de M. Wheelouse, lu récemment à la Société clinique).

Je ne crois pas que nous soyons, pour le moment, en mesure d'émettre autre chose qu'une opinion conjecturale, sur l'opportunité et les chances de succès de la compression rapide, à l'aide du chloroforme, dans des anévrysmes comme ceux de la poplitée où l'on a à sa disposition d'autres moyens. Il n'y a que peu d'exemples où cette méthode ait été appliquée à la fémorale pour traiter un anévrysme poplité et cela pour cette excellente raison, que les malades supportent ordinairement la compression complète de la fémorale sans chloroforme. Mais dans les cas d'anévrysme de la fémorale, il est souvent nécessaire, quand on emploie la compression, de comprimer l'iliaque externe d'une manière rapide et totale, avec le chloroforme ou l'éther, parce que le

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 décembre.

malade ne pourrait sans cela supporter la pression, l'effort nécessaire ; c'est l'une des questions les plus intéressantes et les plus difficiles de la chirurgie de ces anévrysmes, de savoir si ce traitement est réellement plus ou moins dangereux que l'opération de Hunter faite sur l'iliaque externe. Le nombre des cas traités jusqu'ici ne peut pas être considérable et peut-être n'ai-je pas réussi à découvrir tous ceux qui ont été publiés. Il est singulier que tous ces cas soient d'origine anglaise ou américaine. Je pensais que quelques cas avaient dû se présenter sur le continent, mais s'ils ont été publiés, je n'ai pas pu mettre la main sur eux.

Je vais essayer de rappeler ceux que j'ai trouvés dans les livres ou qui m'ont été obligeamment communiqués par divers hôpitaux, afin de vous tracer, si je puis, une peinture fidèle des bienfaits et des risques attachés au traitement. Il est évident, par la manière dont on parle quelquefois *de la méthode rapide de traitement*, que le petit nombre de cas frappants de guérison qui ont été publiés, ont davantage attiré l'attention que les exemples d'insuccès, bien qu'on ait mis la plus grande bonne foi à publier ces derniers, chaque fois qu'ils en ont été jugés dignes. J'ai précédemment attiré l'attention sur les risques qui accompagnent la compression rapide appliquée à l'aorte abdominale ; risques qui, comme je l'ai déjà expliqué, n'excusent pas le chirurgien qui refuse à son malade les chances de guérison que cette méthode présente, et qui ne sont probablement pas plus grands que ceux qui accompagnent toutes les grandes opérations. Mais ces risques doivent évidemment être bien connus de tout chirurgien qui se propose d'entreprendre l'opération, et ils doivent être sagement comparés aux dangers apparents de la maladie et aux risques de toutes les autres méthodes par lesquelles on peut la traiter.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Commotion cérébrale sans lésion apparente. — M. Graux communique à la Société un fait qui paraît en désaccord avec les résultats expérimentaux obtenus par M. Duret. Il s'agit d'un homme qui a reçu sur la tête un coup violent. A une période de coma de quatre jours a succédé une période d'excitation de deux jours, pendant laquelle on a observé des mouvements épileptiformes, limités à la partie supérieure du tronc ; il y avait entraînement et rotation de la tête à droite, tiraillement et convulsion des muscles de la moitié droite de la face, et déviation conjuguée spasmodique des yeux à droite. Puis le malade a perdu de nouveau connaissance et est mort sept jours environ après l'accident.

A l'autopsie, on a trouvé une fracture longitudinale de la voûte du crâne, située à gauche de la ligne médiane, un enfoncement de la table externe du diploé sans altération de la table interne (à ce niveau le cuir chevelu était absolument intact) ; la dure-mère était déchirée au niveau du trait de fracture, le cerveau présentait de nombreuses traces de contusion à divers degrés. La lésion la plus importante occupait le lobe frontal gauche (région du contre-coup), il y avait en cet endroit plusieurs circonvolutions entièrement détruites et perdues dans un foyer composé de sang et de pulpe cérébrale réduite en bouillie. Enfin, un énorme caillot, adhérent à la face interne de la dure-mère, remplissait la cavité arachnoïdienne de ce même côté (côté de la fracture).

Cependant il ne semble y avoir sur le bulbe, que M. Graux met sous les yeux de la Société, aucune lésion appréciable à l'œil nu. Peut-être y a-t-il, au-dessous du plancher du quatrième ventricule, quelque altération profonde. Mais M. Graux a tenu à présenter, à la Société, la pièce intacte et entière. Il se propose d'en faire des coupes qu'il examinera avec M. Duval, et communiquera le résultat de cet examen dans une prochaine séance.

M. Duret n'admet pas que le fait, présenté par M. Graux, soit un fait contradictoire à la théorie qu'il soutient.

De la méthode en biologie. — M. Delaunay fait une communication sur *la méthode en biologie*. Il reproche aux observateurs et aux expérimentateurs de n'avoir pas tenu compte de toutes les circonstances qui pouvaient faire varier les phénomènes qu'ils étudiaient. Les prétendues contradictions qui existent sur certains points entre les résultats obtenus par les savants tiennent à ce qu'ils ont opéré dans des conditions dissemblables.

M. Delaunay voudrait poser en biologie les bases d'une méthode commune embrassant toutes les circonstances qui peuvent affecter un phénomène quelconque, anatomique, physiologique ou pathologique. Parmi ces circonstances, les unes sont statiques ou anatomiques, ce sont celles qui sont relatives à l'espèce, à la race, au sexe, à l'âge, à la constitution, aux côtés droit ou gauche, aux trains supérieur ou inférieur, aux divers appareils de la vie animale et de la vie végétative, etc. Les autres sont physiologiques, c'est-à-dire relatives aux divers milieux qui peuvent agir sur l'organisme ; enfin un phénomène biologique peut être influencé par des circonstances pathologiques relatives aux maladies générales ou locales, antérieures ou concomitantes.

M. Delaunay applique cette méthode à la composition des os que les auteurs classiques présentent comme uniforme, bien qu'elle varie suivant les circonstances énoncées ci-dessus. Ainsi la proportion de carbonate de chaux, au point de vue de l'espèce augmente à mesure qu'on s'élève des espèces inférieures aux supérieures, au point de vue du sexe, elle est plus grande chez le mâle que chez la femelle ; au point de vue de l'âge, elle est plus considérable chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard ; au point de vue des côtés, elle est plus élevée dans les os du côté droit que dans ceux du côté gauche ; au point de vue des divers appareils, elle est plus grande dans les os de la vie animale (os du crâne et des membres), que dans ceux de la vie végétative (dents, thorax, bassin). Voilà pour les circonstances anatomiques.

Passant à l'interprétation des faits qu'il vient d'énoncer, M. Delaunay fait observer que les espèces supérieures, le mâle, l'adulte, le côté droit, les appareils de la vie animale (qui contiennent une plus grande proportion de carbonate de chaux dans leurs os), sont plus avancés en évolution que les espèces inférieures, la femme, l'enfant, le vieillard, le côté gauche, les appareils de la vie végétative. Toutes les circonstances qui agissent en plus sur l'évolution augmentant la proportion de carbonate de chaux contenue dans les os, il en résulte que cette proportion est *en raison directe de l'évolution.*

Aux points de vue physiologique et pathologique, la proportion de carbonate de chaux, étant accrue par l'alimentation et le fonctionnement organique qui augmentent la nutrition et diminuée par le jeûne, le défaut d'exercice organique, la paralysie qui diminuent la nutrition, est *en raison directe de la nutrition.*

En résumé, la proportion de carbonate de chaux est en raison directe de l'évolution et de la nutrition. Au contraire, la proportion de phosphate de chaux est en raison inverse.

M. Delaunay applique la même méthode à des principes immédiats appartenant aux trois classes. D'après ses recherches, le fer, le chlorure de sodium, l'urée, l'hémoglobine sont en raison directe de la nutrition et de l'évolution, tandis que la gélatine est en raison inverse.

Suivant M. Delaunay, cette méthode est applicable aux différentes branches de la biologie. Les éléments anatomiques, les systèmes, les organes, les appareils, les usages, les fonctions dont le développement est accru par les circonstances qui agissent en plus sur l'évolution et la nutrition sont en raison directe de la nutrition et de l'évolution ; au contraire, ceux dont le développement est accru par les circonstances qui agissent en moins sur la nutrition et l'évolution sont en raison inverse.

Enfin, M. Delaunay a appliqué cette méthode à diverses maladies

qu'il a trouvées être en raison directe ou en raison inverse de la nutrition et de l'évolution. La conclusion générale à laquelle il est arrivé, c'est que *tout en anatomie, en physiologie et en pathologie est en raison directe ou en raison inverse de la nutrition et de l'évolution.*

De la cause de la mort dans le charbon. — M. REGNARD communique l'observation d'un homme qui a succombé au charbon. On sait que MM. Pasteur et Joubert admettent que la mort, dans le charbon, a pour cause la spoliation de l'oxygène du sang par les bactéridies. M. Regnard a pu, chez ce malade, à l'aide d'un appareil dont il donnera prochainement la description à la Société, analyser les produits de la respiration, et les résultats qu'il a obtenus sont absolument confirmatifs de la théorie admise par MM. Pasteur et Joubert.

M. POUCHET demande si, dans ce cas, les bactéridies se trouvaient par groupes dans le sang.

M. REGNARD répond qu'elles étaient longues, isolées et immobiles.

M. RABUTEAU dit qu'on ne sait pas au juste comment on meurt quand il y a des bactéridies dans le sang. Il rappelle, à ce sujet, qu'il a injecté autrefois des sélénites de soude chez les animaux, et il a constaté que le sang se remplissait d'une multitude de bâtonnets tout à fait analogues aux bactéridies. Ces animaux moururent asphyxiés, par action purement mécanique. Les bactéridies n'agiraient-elles pas de même comme corps étrangers dans le sang.

Anatomie pathologique de l'icthyose. — M. VIDAL, au nom de M. le docteur Idof (de Saint-Pétersbourg) fait une communication sur l'anatomie pathologique de l'icthyose.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons la mort de l'un des vétérans de la médecine française, M. le docteur E. Gintrac (de Bordeaux), membre correspondant de l'Académie des sciences et associé de l'Académie de médecine, ancien professeur et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, l'un des plus studieux cliniciens et des pathologistes les plus érudits de notre époque; ajoutons aussi l'un des plus laborieux. Après une des existences les mieux remplies par un long enseignement, une pratique étendue et de nombreux travaux, qui lui avaient valu de bonne heure la célébrité, les titres et les honneurs, à l'âge qui est pour tant d'autres celui du repos et de la retraite, M. E. Gintrac a commencé la publication d'un ouvrage considérable, le *Cours théorique et clinique de pathologie et de thérapie médicale*, en huit volumes grand in-8°, ouvrage dont il avait laborieusement accumulé les matériaux dans ses propres observations, qu'il évaluait lui-même à plus de 16,000 au moment où il se mettait à l'œuvre, et dans le laborieux dépouillement des auteurs, « voulant, disait-il, puiser à toutes les sources pour dresser comme l'inventaire de nos connaissances les plus positives ». C'est, en effet, le caractère qu'il avait su donner à cette œuvre importante, dans l'accomplissement de laquelle il n'a été arrêté que par les progrès de l'âge et la mort. A son fils, maintenant, son digne héritier dans l'ordre scientifique comme dans l'ordre naturel, de continuer l'œuvre paternelle, en la maintenant au courant des progrès modernes de la clinique et de la pathologie.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Cours de zoologie (Annélides, mollusques, zoophytes), M. Ed. Perrin commencera ce cours le jeudi 13 novembre, à deux heures et demie, dans la galerie de zoologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Le professeur exposera les caractères des principaux groupes d'helminthes ou vers parasistes et fera l'histoire de leur organisation, de leurs métamorphoses et de leurs migrations. Il insistera plus particulièrement sur les espèces qui s'attaquent à l'homme et aux animaux domestiques. Des conférences pratiques auront lieu au laboratoire, 55, rue de Buffon. Elles porteront sur la dénomination, l'anatomie et les migrations des helminthes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Koumys — Edward

Adopté par les hôpitaux de Paris.
Médaille d'or 1875.

Extrait de Koumys-Edward

Médaille d'or 1875.

Chaque flacon contient trois ou six doses avec lesquelles on transforme trois ou six bouteilles de lait en Koumys.

Bière de lait, B. S. G. D. G.

Obtenue par la fermentation alcoolique du lait et du malt avec du houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou après les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt central : à l'établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, rue de Provence, Paris.

L'Euphorbium

ÉPITHÈME, — RUBÉFIANT, — DÉRIVATIF.

Cette préparation possède une action intermédiaire entre celle des papiers chimiques et autres similaires qui est à peu près nulle, et celle du thapsia qui est trop forte.

Son application est suivie d'une éruption miliaire manifeste, sans être accompagnée des DÉMANGEAISONS insupportables causées par le thapsia. 18 à 24 heures d'application.

Vente en gros : Chez Desnoix et Ce, 17, *rue Vieille-du-Temple, Paris.*

AU DÉTAIL, CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

Solution — Aubin

AU PHOSPHATE FERRIQUE ARSÉNIÉ.

Dans ce nouveau produit, le PHOSPHORE, le FER et l'ARSENIC, unis à doses thérapeutiques équivalentes, se faisant valoir et se complétant réciproquement, acquièrent une très-grande efficacité contre : *Chlorose, Anémie, Névroses, Chorée, Atonie générale, Dyspepsie, Scrofule, Rachitisme, Tuberculose, Cachexies paludéennes, Maladies de la Peau, Cachexies des Maladies chroniques,* etc. Dépôt dans les principales pharmacies de France. — Dépôt principal : E. Fournier et Ce, 15, rue de Londres, à Paris. — En gros : chez J. Aubin, traverse du Chapitre, 13, à Marseille.

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles

de PATERSON (BISMUTHO-MAGNÉSIENNES)

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Dethan, ph., faub. St-Denis, 90, à Paris; Fayard, pharm., rue de l'Hôtel-de-Ville, 9, à Lyon, et dans les pr. pharmacies de France et de l'étranger.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Goudron végétal Le Beuf.

Il possède l'avantage d'offrir *sans altération* et sans perte *l'ensemble* des principes actifs du goudron, et de représenter conséquemment *toutes les qualités* de ce médicament complexe. (*Com. Thérap. du Codex*, par A. Gubler, 2e édit., p. 167 et 314.) Exiger la signature de l'inventeur.

Dépôt dans les principales pharmacies.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu; pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr. à Laroche.

Quina Laroche (*ÉLIXIR vineux*).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est le secret de l'*Elixir vineux de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 19, rue Drouot. Laroche

La méthode du Dr Déclat

consiste à employer l'*Acide phénique* pour la curation des maladies à ferments.

Les principales préparations sont :

GLYCO PHÉNIQUE: plaies, pansements, brûlures, maladies de peau, granulations, assainissement, etc.

Sirops et solutions pour injections s.-cutanées de ACIDE PHÉNIQUE (*chimiquement pur*) : bronches, gorge, dyspepsie, diarrhées, etc.

PHÉNATE D'AMMONIAQUE : croup, variole, pneumonie typhoïde, *maladies aiguës*, coqueluche.

SULFO-PHÉNIQUE : catarrhes, asthme, pituite, maladies de peau, rhumatisme.

IODO-PHÉNIQUE : syphilis, scrofules, tumeurs.

Paris, 6, avenue Victoria.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le discours que M. Roger est venu lire sur M. Barth est, dans son genre, un vrai modèle. Ce n'est pas l'éloge pompeux des solennités académiques, où se glissent, en général, tant de réticences calculées. Chacun sait que M. Roger a de grandes qualités de style; mais ce qui fait surtout le charme de cette courte biographie, c'est la note émue et sincère. M. Barth était un de ces maîtres universellement aimés et respectés dont on est heureux d'entendre parler avec de vraies larmes dans la voix. Une physionomie si sympathique avait besoin d'un ami pour en fixer les traits. Les applaudissements de l'Académie n'avaient rien de banal : ils partaient du cœur.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Syphilis maligne galopante. Rupia syphilitique généralisé.

(Observation recueillie par M. Ch. GILLE, interne du service.)

Le rupia, manifestation habituellement tardive et toujours maligne de la syphilis, n'apparaît guère que deux ou trois ans et plus après le début de la maladie.

Dans quelques cas exceptionnels cependant, il survient quelques semaines ou quelques mois après le chancre infectant; tantôt, alors, il se montre d'emblée avant toute autre éruption syphilitique, et tantôt il succède aux accidents secondaires.

Chez les malades ainsi atteints, il se fait remarquer par la rapidité de son développement et son retentissement sur l'état général qui, bientôt devient mauvais s'il ne l'était déjà. L'appétit se perd; la fièvre hectique s'établit, et, en peu de temps, le malade est cachectique.

C'est ce que M. Guibout a appelé la syphilis maligne galopante, rappelant ainsi, par une expression heureuse, la gravité de son pronostic et la rapidité de son évolution, parfaitement comparable en cela à la phthisie galopante.

La cause évidente de cette gravité, c'est la débilitation, l'affaiblissement organique que produisent les excès ou la misère. — La malade dont il s'agit ici s'était, pour ainsi dire, placée par la lactation prolongée qu'elle avait faite, dans les conditions les plus favorables au développement d'une syphilis maligne galopante.

Cette étiologie indique clairement la thérapeutique à suivre. Ce qu'il faut combattre tout d'abord, ce n'est point la syphilis, c'est la cachexie d'où elle tire sa gravité; ce qu'il faut donner au malade, ce n'est point les mercuriaux, car ils ne seraient point supportés et augmenteraient les accidents généraux, et en particulier les troubles gastro-intestinaux. Ce que l'on doit faire d'abord, est de rétablir l'intégrité des fonctions digestives, et pour cela, d'administrer un vomitif suivi quelquefois de une ou deux purgations, puis de prescrire une médication tonique et reconstituante sous toutes les formes. Ces indications ont été depuis longtemps formulées par M. le docteur Guibout, qui résume ainsi le traitement :

Vin de quinquina et vin de Bagnols; — Potion de Todd; — Sirop d'iodure de fer et eau de Spa.

De plus, avant chacun des repas, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . .	2 centigr.
Sirop de menthe.	30 grammes.

Plus tard, quand l'état général s'est amélioré, on arrive à l'usage des médicaments hydrargyriques et iodopotassiques, sans abandonner le traitement tonique, dont l'importance est considérable. De cette façon, on soigne à la fois et le malade et la maladie.

Voici maintenant l'observation à propos de laquelle nous avons fait les réflexions cliniques précédentes :

Mme P..., âgée de vingt-sept ans, nourrice, entrée le 15 septembre 1877, dans le service de M. le docteur Guibout, à Saint-Louis, pour un rupia syphilitique. Elle a toujours été, jusqu'à il y a trois mois, d'une bonne santé ; elle ne présente aucun antécédent de scrofule, de syphilis ou de tuberculose.

Mariée depuis quatre ans, elle a eu deux enfants qui vivent encore; son dernier accouchement remonte au 16 janvier 1876.

Elle envoie son enfant à la campagne et prend un nourrisson qu'elle garde seize mois, c'est-à-dire jusqu'au 25 avril 1877. Ses règles étaient revenues au mois d'avril 1876.

Déjà fort affaiblie et quoique nourrice de seize mois, elle prend un second nourrisson, âgé d'un mois. Cet enfant était couvert de boutons et d'ulcérations arrondies et grisâtres de nature syphilitique, comme le reconnut M. Ricord.

Elle cessa de nourrir cet enfant le 18 mai. Vingt-deux jours après, trois petits boutons se montrent sur le sein gauche et deux sur le sein droit, au niveau du mamelon.

Le 18 juin, elle entre chez M. Fournier, qui diagnostique : chancres infectants des deux mamelons avec adénopathies symptomatiques.

Les chancres sont devenus phagédéniques : à chaque sein, ils forment un croissant, dont la concavité qui regarde en bas entoure le mamelon.

La malade est soumise au traitement mercuriel; les chancres sont pansés à l'iodoforme et, le 25 juillet, la malade quitte l'hôpital après la cicatrisation complète de ses chancres.

Du 25 juillet au 16 août, l'état général est assez satisfaisant, mais, le 16 août, elle est prise de fièvre avec quelques légers frissons; céphalalgie, dégoût des aliments et envies de vomir. Cet état fébrile, accompagné de douleurs musculaires, persista trois jours, au bout desquels quelques bulles se montrent sur les jambes d'abord, puis sur la face; le tronc et les membres supérieurs sont envahis en dernier.

Au bout de huit jours, l'éruption est achevée, les bulles cessent d'apparaître; mais elles crèvent et laissent de larges ulcérations recouvertes de croûtes épaisses et noirâtres.

M[me] P... s'adresse à son médecin, qui la traite par les mercuriaux, l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Le traitement ne peut être toléré par la malade, dont la cachexie augmente : elle se décide à venir à Saint-Louis et entre chez M. le docteur Guibout.

Son rupia est facilement reconnu aux signes habituels : croûtes épaisses et noirâtres, molles, formées de couches stratifiées et ressemblant, comme l'a fait remarquer Willan, à des écailles d'huîtres; au-dessous se trouvent de larges ulcérations arrondies et profondes, d'aspect blafard et séparées des croûtes par un pus sanieux et fétide, que l'on peut faire sourdre par la pression exercée sur les croûtes.

Cette éruption, confluente à la face et au cuir chevelu, est discrète sur le reste du corps; elle est remarquablement symétrique, de telle façon que les lésions d'un côté sont exactement reproduites de l'autre.

Il n'y a jamais eu cependant d'affections cutanées herpétiques.

L'état général de M[me] P... est très-mauvais; la cachexie est profonde; le faciès est décoloré et flétri, la langue sèche et rouge, l'appétit nul; il n'y a pas de diarrhée; les règles, qui auraient dû apparaître le 25 août, ont manqué et sont venues seulement le 10 septembre, avec une abondance et une durée inaccoutumées.

La malade est déprimée, prostrée; à peine se lève-t-elle une heure par jour; elle dort peu et souffre beaucoup, car quelques ulcérations sont à nu et irritées par le contact des draps; les cicatrices des chancres se sont ulcérées et couvertes de croûtes.

En résumé, des chancres multiples apparaissent sur les deux mamelons le 10 juin, c'est-à-dire trois semaines après que l'inoculation a cessé d'être possible. Ces chancres deviennent phagédéniques, et la malignité de la syphilis s'affirme ainsi dès le premier accident.

Deux mois après le développement des chancres et sans qu'aucune autre éruption syphilitique ait eu lieu, la peau se couvre de rupia.

La malade est donc arrivée du premier coup et sans passer par les intermédiaires habituels, aux accidents ulcéreux de la syphilis. Soumise d'abord à un traitement spécifique, la malade voit son état général s'aggraver; tandis que, aujourd'hui, sous l'influence du régime tonique que nous avons signalé, elle a repris quelques forces; l'appétit est revenu, la fièvre et l'insomnie ont disparu, et tout fait espérer que cette amélioration va continuer et qu'on pourra mettre la malade au traitement spécifique, concurremment avec le traitement tonique.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le D[r] C. Caussidou.)

II.

J'ai donc à appeler votre attention sur cette table, qui comprend vingt-trois cas dans lesquels on a appliqué la compression rapide en vue de guérir l'anévrysme en une seule séance, tentative qui dans plusieurs cas a été répétée dans des séances subséquentes avec des succès variés. Six fois l'anévrysme affectait ou était supposé affecter l'aorte (dans le cas de M. Pallock, il siégeait sur la mésentérique, remontant jusqu'à l'aorte). Le siége fut vérifié quatre fois par l'autopsie, et dans les autres il s'appuyait sur des preuves plus ou moins solides. Il y eut trois succès et deux décès, et dans le sixième cas les tentatives ne réussirent pas, mais on y renonça fort heureusement avant qu'elles eussent provoqué de trop graves désordres et le malade mourut par suite des progrès naturels de la maladie. Dix fois on eut affaire à des anévrysmes iliaques ou ilio-fémoraux, sur lesquels on obtint sept guérisons. Dans les trois cas restants, les tentatives furent infructueuses, bien que sans résultats fâcheux, mais dans tous la mort survint après la ligature, qui fut appliquée une fois sur l'aorte abdominale. Cinq fois l'anévrysme affectait la fémorale et deux fois on eut un incontestable succès; dans un troisième cas (de M. Lawson), l'anévrysme fut également guéri, bien que les opinions puisseut différer complétement sur la part qui revient à la compression rapide ou aux autres formes de compression qui avaient été précédemment employées. Dans les deux autres cas d'anévrysme de la fémorale, les tentatives échouèrent et l'un des malades mourut, neuf jours après, de bronchite purulente à laquelle on ne put attribuer d'autre cause apparente que l'administration prolongée du chloroforme. L'autre malade mourut après la ligature de l'iliaque externe. Nous avons enfin deux cas d'anévrysme poplité (ou peut-être dans le cas de M. Holt, d'anévrysme fémoro-poplité), qui guérirent tous deux.

Cette énumération est, sans aucun doute, fort encourageante, en ce qui concerne les anévrysmes auxquels il n'y a pas d'autre méthode applicable, à l'exception de la ligature de l'aorte abdominale, qui a toujours échoué jusqu'ici, ou celle de l'iliaque primitive, de laquelle il n'est réchappé qu'un quart d'opérés. Mais il est évident qu'elle n'apporte aucune preuve digne de confiance de la supériorité de ce mode de traitement sur les opérations sanglantes qui se sont montrées plus favorables, ou sur les méthodes de compression précédemment employées. Qu'on me permette d'exprimer ici la ferme conviction que j'ai, que l'anesthésie prolongée est tout aussi dangereuse par elle-même que la ligature de la fémorale, et que la compression de l'aorte abdominale ne peut pas être appliquée convenablement pendant une durée suffisante, sans des dangers évidents pour quiconque veut réfléchir un moment aux parties qui sont en rapport anatomique avec cette artère. La compression totale de l'iliaque primitive et même de l'iliaque externe implique de grands dangers par suite de contusion grave des viscères ou du péritoine. Je ne puis donc croire, que le traitement des anévrysmes de l'extrémité inférieure auxquels la ligature de la fémorale est applicable, serait amélioré en substituant à cette ligature la compression totale à l'aide du chloroforme,

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 décembre.

de l'un des gros troncs abdominaux; je ne suis pas davantage disposé à fonder beaucoup d'espérances sur la proposition de substituer la compression rapide ou totale de la fémorale à l'aide du chloroforme, à la ligature de Hunter, quoiqu'il y ait des apparences plus favorables. Mais c'est là un point sur lequel j'aurai à revenir en parlant des anévrysmes poplités.

Je dois également appeler votre attention sur ce fait, que jamais jusqu'ici la ligature n'a réussi, là où la compression totale avait été employée sans succès. Il est vrai, cependant, que les faits sont encore si peu nombreux, que cela peut n'être qu'une circonstance purement accidentelle; mais elle est digne cependant d'une sérieuse attention.

Dans le cas de M. Benfield, la ligature de l'iliaque externe sembla d'abord marcher à souhait, et le malade ne mourut que quatre mois après l'opération. Le point sur lequel portait la ligature était solidement fermé; mais la mort fut occasionnée par une hémorrhagie du sac, dont la partie postérieure était en état de dégénérescence et qui avait érodé les os sur lesquels il reposait. L'observation n'a pas encore été publiée, mais elle offre un grand intérêt et j'espère qu'elle paraîtra bientôt d'une manière détaillée.

Cependant, sans affecter de trancher la question dans un sens ou dans l'autre, je proteste contre cette affirmation téméraire que, puisque la compression rapide s'est montrée efficace, comparée à la ligature de l'aorte ou de l'iliaque primitive, elle doit, par conséquent, se montrer efficace comparée à la ligature ou à la compression lente de l'iliaque externe ou de la fémorale, et qu'elle ne présente pas de dangers qui lui soient propres.

Il faut ajouter que la compression totale et continue de la fémorale peut, en quelques cas, être appliquée avec avantage, et supportée pendant longtemps sans le secours de l'anesthésie. Gross (*N. Amer. med. chir. Rev.*, III, 73) rapporte l'observation d'une négresse, âgée de trente-deux ans, guérie, par la compression appliquée pendant quarante-cinq heures, à l'aide de dix assistants, sur la fémorale à son passage sur le pubis, la compression étant de temps à autre transportée un peu plus bas.

J'ai peu à dire sur d'autres méthodes moins usuelles dans le traitement de cette sorte d'anévrysmes. J'indiquerai un cas dans lequel on employa avec succès la galvano-puncture combinée à la compression de l'iliaque externe pendant quatre heures sous l'influence du chloroforme. L'opérateur était M. Brandis, d'Aix (*Lond. med. Ricord.*, march 5th., 1873). C'est le volume considérable de la tumeur qui semble, dans ce cas, avoir déterminé le chirurgien à faire usage de l'électricité pour hâter la coagulation, qui aurait pu ne pas se faire d'une manière satisfaisante dans une masse aussi volumineuse pendant la durée de la compression mécanique. Le galvanisme fut employé avec le plus grand succès, comme on peut le voir par les détails de l'observation.

Un autre cas extrêmement intéressant me semble montrer l'utilité que peut présenter parfois la manipulation, comme l'a indiqué sir W. Fergusson. C'était dans le service de M. Herbert Page, à l'infirmerie de Cumberland, à Carlisle, en 1872. Le malade était un gardien de chemin de fer, âgé de vingt-sept ans, qui avait eu la syphilis, mais chez lequel il n'y avait aucune cause connue d'anévrysme. Il avait souffert d'un anévrysme de la fémorale à gauche, situé à la partie supérieure du canal de Hunter, pendant trois semaines avant son admission; quinze jours environ après son entrée, une tumeur semblable se montra dans le point correspondant du côté opposé. On essaya la compression mécanique à gauche; elle fut bien supportée pendant quelques jours, mais elle devint bientôt intolérable. La tumeur commença à s'accroître rapidement, provoquant de vives douleurs et l'artère fut liée. Tout alla bien de ce côté, sauf un léger retard apporté à la guérison par une suppuration profonde de la plaie. Pendant la convalescence de la ligature du côté gauche, l'anévrysme de droite disparut d'abord presque complétement; mais, au bout d'un mois environ, il recommença à s'accroître avec de vives douleurs et dans la tumeur et dans la jambe. Il ne pouvait supporter la compression de l'artère au-dessus de la tumeur. Le 11 et le 12 septembre (la plaie faite pour la ligature de la fémorale de gauche étant presque guérie), M. Herbert Page manipula la tumeur, dans le but indiqué dans l'*Adresse en chirurgie*, de M. Olivier Pemberton, prononcée à l'Association médicale britannique vers cette époque, c'est-à-dire de « changer les rapports des stratifications fibrineuses de la cavité anévrysmale, de façon à provoquer un nouveau dépôt de fibrine sur les points saillants des couches déplacées. » Les douleurs dans l'anévrysme et dans la pointe étaient évidemment fort vives. Le malade ne pouvait dormir la nuit et, le 14 septembre, il souffrait tellement qu'il ne pouvait supporter aucun attouchement. Cependant, le lendemain, 15 septembre, on nota qu'il n'y avait plus de pulsations et que les douleurs avaient disparu; mais il semble qu'il y avait un reste de circulation dans la tumeur, puisqu'elle diminuait de volume quand on comprimait l'artère, et qu'elle reprenait son volume primitif quand on laissait se rétablir la circulation. A partir de ce moment la tumeur ne cessa pas de se rapetisser et de se durcir, et le seizième jour après la manipulation, le malade était assez bien pour sortir dans une chaise à porteurs (bath-chair). On lui accorda sa sortie le 2 octobre; il ne restait plus alors, comme vestige des deux anévrysmes, qu'un noyau petit et dur. Mais, lorsqu'on le revit en décembre, l'examen le plus attentif ne révélait plus la moindre trace d'aucune des deux tumeurs.

Chacun peut, à la vérité, soutenir que c'est là un cas de guérison spontanée; mais, comme l'anévrysme grossissait rapidement jusqu'au jour où l'on fit des manipulations; comme ces manipulations produisirent un grand effet, et comme elles furent suivies par un ensemble de phénomènes qui était précisément celui que l'on avait en vue et qui amena la solidification immédiate de l'anévrysme, je n'hésite pas à voir là un cas de guérison par les manipulations; je puis dire de plus, qu'ayant communiqué cette observation à sir W. Fergusson, il est du même avis.

L'un des cas les plus intéressants d'anévrysme de l'iliaque externe, est celui qui a été publié dans l'*Adresse en chirurgie*, de M. Olivier Pemberton, pour montrer l'effet de la compression directe dans le traitement dans l'anévrysme. Le malade était un homme vigoureux et actif, âgé de soixante-sept ans, qui avait un anévrysme de formation récente, juste au-dessus du ligament de Poupart. Connaissant le danger de la ligature de l'iliaque primitive, qui était à cette époque (1859) la seule alternative connue, M. Pemberton essaya l'effet de la compression au-dessus de la tumeur, mais cela n'arrêta pas la circulation; il remarqua, au contraire, qu'elle était considérablement diminuée par la compression du sac lui-même. En conséquence, il appliqua avec grand soin le compresseur de Carte sur le sac même, sous la surveillance de deux étudiants instruits, avec seulement la force nécessaire pour diminuer la circulation et pour une durée de trois ou quatre heures seulement à la fois : sept heures environ par

jour en moyenne. Pendant quinze jours, il n'y eut pas d'amélioration. Pendant les huit jours suivants, il y eut un degré assez avancé de coagulation. On accorda alors au malade un repos de neuf jours et on l'autorisa à se promener dans la chambre. Il y eut alors une période de neuf jours de traitement, pendant une durée moyenne de six heures et demie par jour. A partir de ce moment les pulsations disparurent. Quand M. Pemberton publia son *Adresse*, cet homme vivait encore, et il était actif et bien portant à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Les vestiges de l'anévrysme étaient représentés par un noyau induré de la grosseur d'une noisette.

Je voudrais rapprocher de cette observation un cas dont M. Gant m'a montré les notes. Le malade, fort âgé (soixante-quinze ans), avait dans l'aine un anévrysme récent, qui était le résultat d'une chute. La compression au-dessus étant impossible et la ligature ne donnant pas d'espoir, un tourniquet de Carte fut appliqué immédiatement au-dessous de la tumeur et fut maintenu environ deux heures par jour pendant dix semaines à peu près. Cela détermina de vives douleurs qui s'étendaient aussi à l'anévrysme; mais ce dernier diminua de volume en même temps que les pulsations disparaissaient, et il fut relativement guéri. On le revit six mois après; la tumeur était alors fort petite, avec quelques pulsations, qui n'avaient pas cependant le caractère de l'expansion.

DES APONÉVROSES DE L'ABDOMEN

Par M. Poncet, agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les coupes histologiques constituent le meilleur moyen pour étudier la disposition, les rapports et l'agencement des aponévroses de l'abdomen.

Au dessus de l'ombilic, le grand oblique, le petit oblique et le transverse sont superposés en étage de façon que le bord interne du dernier arrivé au tiers externe du droit antérieur : la sangle musculaire n'est pas interrompue.

A ce niveau : l'aponévrose du grand oblique formée par les deux feuillets de la gaîne du muscle se porte en avant du petit oblique et ne se confond d'une manière intime au feuillet antérieur du petit oblique que près de la ligne blanche. Les deux feuillets aponévrotiques du muscle PO, se réunissent à son bord interne, forment alors une bandelette solide de 1 à 2 centimètres de laquelle partent les deux feuillets antérieurs et postérieurs du DA.

Le transverse garni de deux feuillets aponévrotiques affleure le DA à un ou deux centimètres en dedans de son bord externe. En ce point, il y a réunion de trois feuillets aponévrotiques. L'aponévrose du T s'accole au feuillet postérieur du PO et devient indistincte seulement sur la ligne blanche.

On pourrait donc dire que chacun de ces quatre muscles possède son aponévrose propre : celles du grand oblique et du transverse se rendent directement à la ligne blanche; celles du petit oblique et du droit antérieur étant réunies latéralement par une bandelette fibreuse.

Cependant, *au-dessous de l'ombilic* et au-dessus du ligament de Douglas, la disposition générale des aponévroses du GO et du T étant la même, on reconnaît que la bandelette de fusion n'existe pas et que le feuillet antérieur du PO passe directement en avant du DA et le feuillet postérieur en arrière du DA. La fusion de tous ces feuillets n'est réelle que près de la ligne blanche.

Tout d'abord le *fascia superficialis* qui est au-dessus de la ligne blanche se décompose en une quantité de loges graisseuses anastomosées entre elles. Sa division en deux feuillets est un artifice du scalpel. Sur la ligne médiane quelques faisceaux de tissu conjonctif forment un raphé, mais c'est une barrière incomplète sous le derme entre les fascicules graisseux droits et gauches.

La ligne blanche n'est pas constituée, comme on l'a toujours écrit depuis Winslow par l'entrecroisement de l'aponévrose au petit oblique opposé.

Des coupes bien perpendiculaires démontrent sur la ligne médiane et pour tous les feuillets, un entrecroisement général décomposable de la façon suivante.

1° Entrecroisement immédiatement sous le fascia superficiel des premières fibres des GO. Les profondes se rendent immédiatement contre la face postérieure du DA opposé.

2° Entrecroisement sur la ligne médiane des fibres les plus internes des transverses entre elles. Les supérieures renforcent les faisceaux voisins.

3° Entrecroisement sur le bord interne du DA, du feuillet antérieur et du feuillet postérieur du PO : divisé en chevelu épais.

4° Entrecroisement des mêmes bandelettes avec leurs congénères du côté opposé. Ce dernier entrecroisement étant renforcé en haut par quelques fibres du grand O; en bas par quelques fibres du T, il y a donc en réalité six points d'entrecroisement.

Les énervations du DA, sur des coupes bien perpendiculaires et verticales, sont constituées de la façon suivante : *coupe perpendiculaire.* L'aponévrose du GO y est parfaitement distincte du feuillet du PO. De celui-ci descendent des trousseaux fibreux, puissants, anastomosés entre eux, formant, ainsi des anses près de la face profonde de l'aponévrose ; elles sont rares vers la portion péritonéale. Ces anses contiennent dans leur concavité des tendons accolés les uns aux autres et coupés perpendiculairement. Ces tendons sont entourés de faisceaux musculaires.

De la face supérieure du feuillet inférieur du petit O; se détachent d'autres fibres en anses, mais faiblies. Entre les tendons sectionnés perpendiculairement et entre les anses courbes existent des coussinets graisseux très-abondants, des vaisseaux et des nerfs.

Coupe parallèle. — Elle offre l'aspect suivant : De la face inférieure du feuillet supérieur du PO, se détache un tendon épais muni de digitations secondaires, verticales, donnant attache aux faisceaux musculaires. Le tendon principal est ici coupé perpendiculairement à son axe antéro-postérieur et les tendons secondaires parallèlement à leur direction et d'arrière en avant comme le muscle.

Entre les digitations secondaires les plus superficielles, on reconnaît les sections perpendiculaires des faisceaux à anses. Le tendon principal et les digitations secondaires sont entourées de graisse, au milieu de laquelle existent des vaisseaux et des nerfs. Si quelques fibres établissent l'adhérence de l'intersection avec le feuillet postérieur du GO, un coussinet graisseux semble isoler précisément l'intersection d'avec ce feuillet du GO. L'usage de ces intersections est donc 1° de faire du muscle droit antérieur un muscle à différents centres de contraction, 2° de maintenir le muscle étalé sans fasciculation comme la barre des hamacs, 3° d'associer l'action du droit antérieur à celle de tous les muscles de l'abdomen, puisque toutes les aponévroses sont fusionnées à la ligne blanche.

Chacune de ces opinions avait été entrevue par les anatomistes anciens et modernes depuis Carpi et Winslow jusqu'à Sabatier et Sappey qui s'étaient attachés à l'une d'elles isolément, mais l'action du muscle fondée sur la structure intime des énervations n'avait pas encore été donnée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux du Vernet et de Molitg (Pyrénées-Orientales), pour l'année 1874 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. le docteur Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à l'Académie une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté).

PRÉSENTATIONS

M. BROCA présente des cerveaux préparés pour la conservation suivant une nouvelle méthode, imaginée par M. Oré et dont les détails ne sont pas connus. Ces cerveaux, revêtus d'un vernis dans lequel se trouve incorporé de la plombagine, sont ensuite couverts, au moyen de la galvanoplastie, d'une couche de métal, qui psut varier suivant les circonvolutions, et ils deviennent ainsi inaltérables.

LECTURE

M. HENRY ROGER lit le discours suivant :

Messieurs,

Il y a huit jours, l'Académie de médecine menait le deuil de son illustre président de 1872. M. Barth a voulu reposer dans l'humble cimetière de Bagneux à une place marquée par lui, à côté d'une enfant adorée que le père courageux s'était vainement efforcé d'arracher aux étreintes du croup ; par une disposition formelle qui témoigne et de sa modestie et de sa sollicitude pour les survivants, il a refusé la solennité des adieux suprêmes : une foule émue de collègues, de confrères, d'amis, de clients reconnaissants, n'en a pas moins fait cortége au mort bien-aimé dans la voie douloureuse; mêlant nos hommages aux tristesses de la famille, nous l'avons accompagné silencieux et pleurants, jusqu'au lieu de la séparation éternelle, et nous lui avons fait comme un glorieux linceul de nos respects et de notre affection.

Je suis sûr de ne pas trahir les dernières intentions de M. Barth en redisant ici et ce qu'il a fait et ce qu'il fut, et en rappelant les services qu'il a rendus à la science et à l'Académie (ce sont les termes mêmes du décret qui le nommait, en 1873, commandeur de la Légion d'honneur). Je suis également sûr que mes louanges vraies rencontreront dans vos cœurs une vive et unanime sympathie.

Lorsque l'Académie de médecine nommait, en 1854, M. Barth dans la section d'anatomie pathologique à la presque unanimité des suffrages, elle récompensait en lui le clinicien autant que l'anatomo-pathologiste; elle ajoutait ses palmes aux couronnes remportées par M. Barth dans les luttes scientifiques. Chaque concours, en effet, avait été pour M. Barth une occasion de triomphe : concours de l'internat, concours de la médaille d'or, concours du Bureau central, il y fut toujours le premier, et toujours à la fois nommé par ses compétiteurs et par ses juges. Sa supériorité, il la devait aux qualités de son esprit et de son caractère : droiture de l'intelligence, ardeur et tenacité au travail, dévotion au devoir, compassion aux malades, et ces qualités mêmes firent de ses maîtres, ses amis.

Ces maîtres, il semble qu'ils auraient été faits pour lui, autant que lui pour eux : en chirurgie, ce fut Lisfranc, l'opérateur à la précision géométrique; Louis, l'esclave des faits observés, dont la devise était « regarder comme faux ce qui n'est que vraisemblable » ; Chomel, le clinicien magistral que Trousseau ne surpassa point. C'est dans leur fréquentation que se développèrent les qualités innées de M. Barth, la rigueur dans l'observation; la méthode, la logique, la puissance dans la déduction.

L'Académie récompensait encore en M. Barth l'auteur de nombreux travaux d'anatomie pathologique et de clinique, le professeur agrégé dont les fortes leçons retenaient un auditoire attentif de compatriotes et d'étrangers, le médecin d'hôpital et le praticien à la réputation constamment grandissante.

Parmi ces travaux d'anatomie morbide, je citerai les mémoires sur l'*oblitération de l'aorte*, sur les *ruptures du cœur*, sur la *dilatation des bronches*, qui constituent des monographies modèles. Je ne saurais non plus omettre les conférences et les cours qu'il fit vingt années durant, avec un succès continu, soit comme conservateur du musée Orfila, soit comme agrégé rappelé en exercice pour suppléer Cruveilhier.

La caractéristique de l'enseignement de M. Barth, c'était l'application au diagnostic et à la prognose des données anatomiques ; c'était la clinique éclairée par l'ouverture des corps; c'était une méditation sur la vie comme sur la mort, puisque, dans les lésions cadavériques, le clinicien thérapeute recherchait surtout, pour les imiter si c'était au pouvoir de l'art, les procédés que la nature emploie pour la guérison. C'est ainsi que les créateurs de l'anatomie pathologique en France, Dupuytren, Laennec, Cruveilhier, en avaient compris l'étude, et M. Barth n'aurait pas été, à l'école de Paris, leur indigne successeur.

M. Barth remplit ses fonctions d'académicien avec une scrupuleuse exactitude, avec sa conscience accoutumée; il fut un rapporteur savant, impartial et bienveillant; il prit part, avec une compétence spéciale, avec un talent d'orateur grave et convaincu, aux discussions sur le *cancer et ses différentes espèces*, sur la *physiologie et la pathologie des bruits du cœur* et sur la *prétendue pneumonie caséeuse*.

Dans sa présidence de 1872, il se distingua par l'autorité courtoise et ferme à la fois avec laquelle il dirigeait les discussions, par son activité à susciter des travaux académiques, par l'intérêt qu'il savait faire naître dans nos séances, et quand les communications scientifiques faisaient défaut, il apportait quelque œuvre importante, telle, par exemple, son histoire du *Scherlievo* de Fiume, qu'il avait étudié sur place, et dont il démontra, avec dessins à l'appui, la nature spécifique. C'est aussi dans les années 1871 et 1872, qu'il lut un nombre presque invraisemblable de rapports.

Combien il était soucieux de la dignité de notre Compagnie! Lorsque l'Académie venait de perdre un de ses membres, le président s'inquiétait des honneurs à rendre à sa mémoire, et quand le temps manquait pour trouver un panégyriste, il savait, orateur improvisé, tracer en quelques mots les principaux mérites de celui qui n'était plus, et, sur la tombe, il lui adressait un hommage qu'il a décliné pour lui-même.

Mettant au service des intérêts de notre Compagnie l'amitié du grand citoyen dont il était depuis longtemps le médecin, il aurait obtenu de M. Thiers (n'eût été la pénurie des finances de la République) un logement digne de l'Académie; il aurait obtenu ce palais promis, dont nous n'avons, aujourd'hui que la France est plus riche, ni la première pierre ni même le terrain. Au moins, est-ce surtout aux sollicitations instantes de M. Barth que l'Académie a vu son budget presque doublé.

La vie publique, extérieure, de M. Barth, vous l'avez connue et appréciée; qu'il me soit permis de vous le faire mieux connaître dans sa vie intime. Toutes les passions nobles emplissaient son âme; souverainement vrai, il apportait même conscience dans ses écrits, dans ses opinions, dans ses actes; sa droiture était égale et dans ses sentiments et dans sa conduite; le savant et l'homme avaient même logique.

M. Barth avait la passion de l'équité : dans les concours où il était juge, jamais la faveur, ni même l'amitié, ne prévalaient contre le mérite; et, dans les élections académiques, fidèle en ses promesses, il était plus prompt à tenir sa parole qu'à la donner; jamais il ne se laissa aller à l'injustice; il aurait mieux aimé en souffrir que la commettre.

Il avait aussi la passion de l'honnête : ennemi du charlatanisme, jamais il ne consentit à compromettre son honneur avec des charlatans; il refusait toute consultation comme tout rapport avec eux; la déontologie médicale n'a pas eu de plus rigide observateur ni de plus vigilant gardien.

Aucun ne fut plus jaloux de la dignité de la profession : non-seulement il en avait le sentiment le plus élevé et la pratique la plus constante, mais encore il n'y tolérait pas la moindre infraction, soit chez ses confrères, soit chez ses clients; il ne supportait pas de la part des gens du monde la plus légère atteinte à la considération du médecin : témoin cette séance du Conseil supérieur de l'instruction publique, où un membre éminent de la magistrature venait d'émettre des imputations blessantes et injustes à l'égard des médecins des hôpitaux et des professeurs de clinique : M. Barth, le représentant élu de l'Académie, le médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, de se lever aussitôt et de protester avec indignation; son éloquente réponse provoqua les applaudissements de tous et même du magistrat qui, par un renversement de rôles, s'était attiré cette verte mercuriale.

La charité professionnelle de M. Barth était ardente : membre

du conseil de l'Association générale et président de l'Association de la Seine, il donnait ainsi des deux mains, chaque année et depuis longtemps; exécuteur lui-même de ses legs charitables, il avait, de son vivant, fait don à chacune de ces sociétés d'un titre de rente. En dehors des confrères malheureux, il avait ses pauvres à lui, qu'il secourait personnellement et auxquels il trouvait des protecteurs dans sa riche clientèle : bien des œuvres de sa bienfaisance m'ont été révélées depuis sa mort, et ses bonnes actions sont les seules que cet ami m'ait cachées.

Pour qui n'avait pas pénétré dans l'intimité de M. Barth, toutes ces passions généreuses étaient en quelque sorte latentes : sous des dehors sérieux et réservés se cachaient une nature bienveillante, expansive, affectueuse, avec la bonté la plus tendre; sous une apparence calme et même froide, battait le cœur le plus sensible, le plus chaud, le plus dévoué, que le mal révoltait souvent, que le bien enflammait toujours.

M. Barth était né en 1806, à Sarreguemines, ville frontière de Lorraine, et, quoique bien jeune, il avait ressenti les malheurs de l'invasion. Les Prussiens avaient occupé sa ville natale, et Sarrelouis, dont sa famille maternelle était originaire, Sarrelouis, la cité de Louis XIV et de Vauban, qui avait donné à la France le général Ney, fut livré à l'Allemagne en 1815. Ces souvenirs de l'enfant restèrent à jamais gravés dans la mémoire de l'homme; aussi dès que la guerre de 1870 fut déclarée à la Prusse, M. Barth se rendit au ministère de la guerre : « Mon fils, dit-il, est trop jeune et moi trop vieux pour combattre; j'apporte la somme nécessaire pour donner à la patrie un soldat de plus. ».

La Lorraine, la France étaient envahies pour la troisième fois! M. Barth ne consentit point à quitter Paris avant l'investissement; il voulut partager les souffrances physiques du siége et les souffrances morales bien autrement dures. Il se réfugia dans le sanctuaire de la famille; il se renferma dans sa patriotique affliction, ne sortant de sa demeure que pour quelques visites à des clients, à des amis, et pour des visites plus fréquentes aux malheureux; n'ouvrant plus un journal politique dont la lecture ne faisait qu'aviver son chagrin, il s'absorba dans l'étude et dans ses devoirs académiques; c'est pendant les plus terribles mois de l'année terrible qu'il eut la force d'achever une œuvre immense, la rédaction de plus de soixante rapports sur des mémoires adressés à l'Académie de médecine (mémoires qui lui avaient été transmis à la mort de Grisolle).

Au milieu des désastres de la patrie, M. Barth oublia ses propres malheurs, la ruine de sa maison de campagne, saccagée et souillée par les Allemands, le commencement d'incendie de son petit hôtel de la rue de Lille par les fuyards de la Commune; la perte de l'Alsace et de sa chère Lorraine fut assurément la plus poignante douleur de sa vie. Vous vous rappelez l'accent de ses chaleureuses paroles, alors que président de l'Académie, il invitait tout le corps médical de France à participer largement (et il donnait l'exemple) à la souscription nationale pour la libération du territoire.

J'ajoute que M. Barth, comme M. Pasteur, renvoya, après la guerre, à une société savante d'Allemagne, le diplôme qu'il en avait reçu avant, sans l'avoir sollicité.

M. Barth était comblé : grand clinicien, grand consultant, chargé de plus d'honneurs qu'il n'en avait demandé; partout le premier à l'élection de ses pairs, comme il avait été le premier dans les concours ; président de l'Académie, président perpétuel de l'Association des médecins de la Seine, président d'honneur de la Société clinique de Paris où revit la Société médicale d'observation ; ayant pour amis et pour obligés les plus illustres dans les sciences, les lettres, les arts et la politique ; conservant néanmoins au milieu de ces grandeurs méritées la simplicité du foyer et les vertus patriarcales.

Cependant la fatigue se fit sentir et M. Barth se décida à chercher en Italie quelques semaines de repos. Nous avions visité ensemble Milan, Pise, Florence ; il voulut voir Rome et Naples, en compagnie de sa fille, dont la grâce emplissait ses vingt ans, et de son fils, lettré, artiste et déjà savant, qui, reçu le premier à l'internat, renoue ainsi, à quarante ans de distance, la tradition paternelle. Les débuts du voyage furent aussi pleins de charmes que la fin en devait être cruelle. Dans une nuit passée à Rome, M. Barth but le poison palustre dont les effets, menaçants déjà, éclatèrent à Naples. Le mal ne fut aussi puissant que parce que l'organisme était ébranlé : en quittant Paris, M. Barth emportait une vive peine de patriote et d'ami ; il avait assisté M. Thiers dans sa dernière et si émouvante maladie, lui avait pieusement fermé les yeux et n'était parti qu'après la cérémonie des funérailles.

Ce ressouvenir assombrissait les distractions du voyage. Un premier accès de fièvre eut lieu le lendemain de l'arrivée à Naples ; un second, quatre jours seulement plus tard, avec rémission assez complète pour permettre des excursions à Pompéï, à Herculanum. Le troisième accès se manifesta à Rome, pernicieux cette fois et à forme syncopale. Il fallait revenir ; mais on revenait frappé à mort. Dès lors apparurent des localisations successives. témoignages d'une profonde et irrémédiable intoxication. Malgré la médication spécifique, malgré les soins de l'amitié (MM. Noël Guéneau de Mussy et Fauvel étaient venus à mon secours), malgré l'admirable dévouement de sa femme et de son fils, M. Barth mourut après deux mois de souffrances.

Il ne s'était pas un instant fait illusion sur la gravité de son état; malade, il était resté le sagace médecin. Aussi, dès son retour, il s'était hâté de confirmer ses décisions ultimes : la charité les inspirait ; il fit don à l'Association de la Seine d'une nouvelle rente de 300 francs pour un médecin pauvre.

Vous dirai-je la sérénité de sa fin? Sa paisible incrédulité à nos pieux mensonges? Vous peindrai-je ce milieu que la mort devait bientôt désoler, et où celui qui allait mourir, vivait ses derniers jours dans la fréquentation de poëtes favoris, Virgile et La Fontaine, comblé de la tendresse de ses proches et des caresses ingénues de ses petits-enfants? Hélas! je n'ai plus que la force de vous dire le courage stoïque du clinicien, notant et signalant les indices de la crise terminale, la chute du pouls, l'embarras de la respiration ; dictant pour lui-même, avec une énergie admirable, les soins qui retardent et adoucissent l'agonie.

La passion de la justice, qui anima toujours M. Barth, l'avait rendu religieux : au spectacle de la misère des bons et du triomphe des méchants, je le vis bien souvent s'indigner; et, pour absoudre les dieux, il avait besoin de croire à la réparation divine des humaines iniquités.

Il aurait dit volontiers, avec Jean-Jacques : « Otez la justice éternelle et la prolongation de mon être après cette vie, je ne vois plus dans la vertu qu'une folie à qui l'on donne un beau nom. » Il fut d'ailleurs doucement attiré vers la religion par la vertueuse compagne qui fut le charme des jours fortunés et l'ange des jours d'angoisse. C'est dans ce louable sentiment de foi sincère qu'il disait souvent : « Je n'accomplis aucun acte sérieux sans être prêt à en rendre compte. » Aussi, lorsqu'il eut rendu le compte, pour lui si facile, de son existence entière, il s'endormit tranquillement au sein des « espérances immobiles. »

Et maintenant, j'ai le triste droit de prendre dans la commune affliction une part plus grande que tout autre : l'Académie perd dans M. Barth une de ses illustrations les plus pures, et moi, l'affectueux compagnon de ma vie, le guide et le modèle de mes actions, mon collaborateur précieux et fidèle, et tellement ami que trente-sept années de collaboration médicale n'ont pu altérer notre union. Je perds celui que je me plaisais à appeler la moitié de moi-même (*dimidium mei*) et assurément la meilleure.

Du commencement au terme de la carrière, nous avons marché fraternellement, et lorsque mêmes succès, mêmes honneurs nous échurent (chacun à notre tour), la joie de l'un se doublait toujours de la joie de l'autre. Ainsi, comme le disait Estienne de la Boëtie, nos cœurs et nos esprits ont « charié uniment ensemble »; ainsi, s'est « acheminée l'amitié que nous avons nourrie entre nous si entière et si parfaite » pendant près d'un demi-siècle. Cette amitié solide, sa voix de mourant me l'affirmait encore; elle ne s'est éteinte que sous le souffle de la mort; et voici que de cette longue accointance, de ces bonheurs semblables, de ces travaux communs

qui avaient rendu nos deux noms inséparables, il ne me reste plus que le souvenir; et je répète la plainte du poëte latin : « O frère qui m'es enlevé, avec toi périssent nos joies et nos études et toutes les délices de l'âme! »

Messieurs, les paroles que je viens d'adresser à la mémoire d'un ami ne sont qu'une effusion du cœur : M. Barth mérite plus que cette esquisse imparfaite, et sa noble existence attend un historien, qui sera aisément un panégyriste; il est digne de figurer dans la haute compagnie de ces médecins éminents dont le secrétaire perpétuel de notre Académie fixe les noms dans le souvenir des contemporains, et dont il offre les grandes images en exemple aux générations futures. Belle fut la vie de M. Barth, car elle eut la splendeur du bon.

RAPPORTS

M. LE FORT lit une série de rapports sur des demandes ou autorisations d'exploiter des eaux minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION

M. le docteur Cazin (de Boulogne) lit un mémoire intitulé *occlusion intestinale; gastrotomie, guérison.* Après avoir donné les détails d'une opération récemment pratiquée par lui sur un jeune homme de vingt-huit ans, l'auteur entre dans des considérations générales, qu'il résume par les conclusions suivantes :

1° La gastrotomie est une opération applicable à certains cas d'étranglement interne (par brides, par torsions, ceux en un mot qui surviennent brusquement, et les invaginations).

2° Il n'est pas nécessaire de connaître exactement le siége du mal pour intervenir.

3° Toute opération tardive diminue les chances de succès.

4° Quant à la préférence à donner au siége de l'incision, s'il y a doute sur le point où se trouve l'étranglement, inciser sur la ligne médiane et dans une étendue proportionnée à la difficulté de trouver le mal, s'il y a certitude, inciser au niveau de l'inclusion et dans une étendue relativement petite.

5° Pour la recherche de l'étranglement, avoir bien présentes à l'esprit toutes les variétés et les causes de ces derniers, suivre ensuite la méthode de Parise, qui simplifie considérablement les manœuvres.

6° Pendant toute l'opération soins de propreté extrêmes : suivre en un mot, dans leurs minutieux détails, les préceptes consacrés dans l'ovariotomie.

7° Employer la méthode antiseptique de Lister, qui est non-seulement antiseptique, mais encore antiphlogistique.

8° Sauf indications particulières, laisser le malade après l'opération, dans un repos strict, général et local, c'est-à-dire ne pas fatiguer l'intestin par des traitements perturbateurs tels que lavements et purgatifs. (Comm. MM. Gubler, Richet, Verneuil.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Le Fort sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 décembre, M. Goguet, médecin major de deuxième classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur (vingt ans de services, six campagnes).

— M. Badal commencera ses leçons cliniques le lundi 17 décembre, à sa clinique, 9, rue Saint-Georges, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, de trois à quatre heures.

Lundi : optométrie; mercredi : thérapeutique médicale et chirurgicale; vendredi : ophthalmoscopie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda formulaire des médecins praticiens pour 1878. — On y trouve : 1° Petit Dictionnaire de pathologie, avec les Formules appropriées aux traitements. — 2° Art des accouchements, dystocie, etc. — 3° Asphyxies et empoisonnements. — 4° Rapports médico-légaux. — Jurisprudence médicale. — 5° Méthode hypodermique. — 6° Médication salicylique. — 7° Renseignements divers.

Prix divers de l'Agenda formulaire. — N° 1. Reliure peau chagrinée, fermant au crayon, 3 francs. — N° 2. *Idem*, à patte ou portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3. Le même, mais avec trimestres séparés, mobiles, 4 francs. — N° 4. Reliure forme serviette, poches en peau, 5 francs. — N° 5. Reliure peau chagrinée, portefeuille, poche en soie, petite trousse, 6 francs. — N° 6. Le même, avec trimestres mobiles, 7 francs. — N° 7. Reliure avec deux poches en peau à l'intérieur, trimestres mobiles, petite trousse, 8 francs. — N° 8. Le même, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Agenda broché, couverture imprimée, 1 fr. 75. — *Idem*, cahier plein, doré sur tranches, 2 fr. 50. — *Idem*, trimestres séparés, 3 francs. — Ve Delahaye et Ce, place de l'École-de-Médecine.

Principes de biologie, traduits de l'anglais par M. Cazelles. T. II, 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. Prix : 11 francs. — L'ouvrage complet en deux volumes : 20 francs. — Germer-Baillière et Ce.

La Syphilose pharyngo-nasale, par le docteur Mauriac. — In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies, par le docteur Raguet-Épine. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale, par le docteur Lafforgue. — In-8°. Prix : 3 francs.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le docteur F. de Ranse, médecin consultant des eaux de Néris, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*. Troisième fascicule : *De l'action des eaux de Néris dans le traitement des maladies des femmes.* — In-8° de 107 pages. Prix : 2 fr. 50. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 145. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1877. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La folie à deux ou délire communiqué.

Dans un travail à deux, où ils ont mis en commun leur expérience spéciale et leur judicieux esprit d'observation, MM. Lasègue et Falret nous ont donné une esquisse faite de main de maître d'un coin du vaste tableau de l'aliénation mentale, qui, sans être resté jusqu'à présent inaperçu, — nous en montrerons tout à l'heure la preuve, — n'avait du moins fixé que très-peu l'attention ; nous voulons parler de l'influence qu'un délirant peut exercer sur un autre individu relativement sain, mais faible d'esprit, de manière à le dominer, à s'emparer de sa raison et à l'entraîner, moins par conviction que par une sorte de pression, à entrer dans l'objet de son délire et à le partager, à s'en faire en quelque sorte l'associé et le complice inconscient. C'est, en un mot, la *Folie à deux*, ou la contagion de la folie, dont MM. Lasègue et Falret se sont proposé dans ce travail de nous donner des exemples, tout en cherchant à en saisir et à en suivre l'origine et la filiation.

Nous ne saurions mieux poser les termes du problème en étude qu'ils ne l'ont fait eux-mêmes. Nous les laisserons donc parler :

« Le problème comprend deux termes, entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif ; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence.

Seul, livré à ses instincts pathologiques, l'aliéné est relativement facile à examiner ; il a le goût, l'appétit même d'énoncer les idées qui l'obsèdent, ou il se résout à un mutisme systématique qui n'est pas moins significatif. Une fois qu'on a pénétré dans la place, elle est d'autant plus aisée à explorer qu'elle est moins ouverte au monde extérieur.

Il en est tout autrement de son complice involontaire et inconscient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à faire aux objections des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il échappe. Ses convictions demi-morbides, demi-motivées, sont loin d'avoir l'assise inébranlable des conceptions délirantes. C'est tout un travail d'enquête psychologique de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident.

A un autre point de vue, l'aliéné subit la pression de celui qui s'associe à ses divagations, les encourage, les coordonne et les adapte plus ou moins à la vraisemblance. Pour que cette solidarité, dont ni l'un ni l'autre n'est conscient, s'établisse, il faut un concours de circonstances dont il n'est pas impossible de se rendre compte.

L'aliénation brutale, en dehors des possibilités, ne sollicite pas et n'obtiendra jamais l'adhésion des assistants ; par contre, les délires qui côtoient la vérité ont d'autant plus de chance d'acquiescement, qu'ils s'accommodent mieux à un sentiment, ou, comme auraient dit les théologiens, maîtres en casuistique morale, qu'ils flattent davantage une concupiscence humaine.

L'aliéné qui affirme un fait notoirement faux est à l'instant convaincu d'imposture. L'objet qu'il regarde n'est pas visible à ceux qu'il ne saurait entraîner dans la sphère de son hallucination ; la voix qu'il entend n'est pas perçue ; la persécution organisée, rendue publique par les journaux ou par les écrits, n'a à son avoir ni livres, ni feuilles périodiques. Il n'y a pas à dire qu'un autre fou pourrait être séduit ; les aliénés confirmés n'ayant jamais de ces docilités et restant maîtres absolus de leur délire.

Si, au contraire, le malade se maintient dans le monde des conjectures et des interprétations, si les faits qu'il invoque appartiennent au passé ou ne sont que des appréhensions pour l'avenir, le contrôle direct devient impossible. Comment prouver à un autre et à soi-même que l'événement, dont l'aliéné raconte les détails avec une prolixité persuasive, n'a pas eu lieu. La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes, ni lacunes ; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout, à l'exclusion des idées maladives. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

L'assistant néanmoins ne consent à se laisser convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement ; or, les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraînement sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance. L'un et l'autre n'empruntent aux réalités présentes qu'un point de départ ; leur domaine vrai est dans l'avenir, et, partant, dans l'inconnu.

Autant il est facile à un homme d'acquérir la certitude que vous n'êtes pas riche, autant il lui est malaisé de garantir que vous ne le deviendrez pas.....

La conformité d'idées répond à une conformité de sentiments, toutes les fois qu'il s'agit d'un possible, et que la raison ne se révolte pas. Or les aliénés, dont les conceptions délirantes se dépensent en prévisions inquiétantes ou consolantes, sont, en somme, ceux qui se rapprochent le plus de l'état physiologique. On pourrait, par des graduations insensibles, marquer le passage des simples dispositions de caractère à la folie, en commençant par les gens craintifs, ou enclins à d'infatigables espérances, pour aboutir aux aliénés terrifiés, aux mélancoliques absorbés par une appréhension incessante, ou aux ambitieux à satisfactions toujours prochaines. Cette forme d'*aspiration* délirante n'éveille donc pas une répulsion, et, à ces degrés moyens, elle appelle moins la négation que le doute. Combien de fois le médecin, même expérimenté, se demande-t-il si l'entrée en matière n'a pas été un accident réel, au lieu d'être un événement chimérique, et hésite-t-il entre une exagération et une aberration sentimentale.

Dans le délire à deux, l'aliéné, l'agent provocateur, répond, en effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir, mais avec une recherche persévérante, on arrive à saisir les lois auxquelles obéit ce second facteur de la folie communiquée.

La première condition est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation; la seconde qu'il vive en relation constante avec le malade; la troisième qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre, quel qu'il soit; on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé. »

Partant de ces données préliminaires, qui sont comme le résumé substantiel des observations faites par MM. Lasègue et Falret sur ce sujet, ils arrivent aux exemples.

Le premier exemple est celui d'une enfant, petite orpheline recueillie par une tante, vieille fille, qui, sous la pression de la misère et des chagrins, est prise d'un délire de persécution vulgaire, à forme sénile. Les voisins se sont ligués contre elle; des voix l'injurient; des bruits menaçants la poursuivent. L'enfant qui vit constamment avec elle, ne tarde pas à se laisser persuader par sa tante et à penser et à parler comme elle. Les voisins apprennent d'elle que de méchantes gens ont essayé de l'empoisonner, ainsi que sa tante; des ennemis sont entrés pendant la nuit pour l'arracher à la protection de sa parente. A toutes les questions qu'on lui fait, elle répond d'ailleurs avec une parfaite lucidité et un entier bon sens. Les voisins, à leur tour, prennent fait et cause pour l'enfant, en appellent à l'autorité, imaginant une fable romanesque de nature à justifier ces prétendues persécutions.

Après enquête, la malade est placée dans un asile et l'enfant dans un orphelinat, où elle guérit; mais les gens du quartier conservent encore des soupçons et ne se déclarent pas satisfaits.

Dans un autre cas, il s'agit aussi d'une jeune fille élevée par sa mère, que le père a abandonnée dans la misère. La mère est prise du délire de persécution. Ce sont les prêtres qui se sont acharnés contre elle et l'empêchent de trouver du travail. La fille âgée de seize ans, scrofuleuse, chlorotique, d'une intelligence peu développée, n'ayant appris que laborieusement à lire, vit dans une étroite communauté avec sa mère, dans la même chambre, couchant dans le même lit. Elle répète aux voisins les propos délirants de sa mère, elle affirme avec elle qu'un prêtre vient chez elles de temps en temps le soir quand elles sont couchées, et qu'il les menace. La mère l'entend et elle aussi, mais confusément. Le matin, la mère lui répète tout et elle se souvient bien d'avoir entendu. Les confidents se communiquent les détails de cette étrange aventure et y ajoutent des commentaires. Dans leur pensée, le prêtre imaginaire en veut à la vertu de la fille et ils le lui persuadent aisément. D'où plainte, examen médical et constatation de la folie caractérisée de la mère.

Dans ce second fait, comme on le voit, la participation de l'entourage, qui a eu sa part aussi dans le premier, est plus active, non-seulement il accueille, mais il provoque les confidences, et, en passant de bouche en bouche, le récit s'amplifie. L'enfant se trouve alors entre deux courants : celui de l'aliénée, sa mère, qui a été le promoteur de ces conceptions et celui des assistants, qui atténuent les invraisemblances et complètent les côtés admissibles au gré de leurs passions.

Dans d'autres faits semblables, que rapportent MM. Lasègue et Falret, comme dans les deux que nous venons de rappeler sommairement, on voit la folie née chez la mère, se déverser sur l'enfant. Mais il en est d'autres dans lesquels la transmission a lieu inversement d'un jeune sujet à un individu sénile, ou seulement plus âgé et faible d'intelligence. Seulement, dans les cas de ce genre, l'adulte réflète plus passivement; il est aussi convaincu en apparence, aussi affirmatif, mais il n'exagère ni ne développe les conceptions délirantes, faute d'un effort d'imagination dont il est incapable.

Ici c'est une fille et sa mère, réduites à la misère après avoir joui d'une petite aisance, qui quittent la province pour venir à Paris, la grande ville hospitalière, y tenter la fortune. Ce n'est pas la fortune qui vient, mais le délire et, cette fois non pas sur la mère, mais sur la fille. Elle rêve une succession et si cette succession ne se réalise pas, c'est à cause des persécutions dont elle est victime. Sa mère qui est ici l'être passif, le personnage secondaire, s'associe au délire de sa fille, mais en simplifiant l'idée, elle accepte le thème sans les variations nombreuses dont sa fille l'enrichit.

Là, ce sont deux sœurs jumelles, âgées de quarante et un ans, de même complexion, vivant en commun. Un événement malheureux arrivé à l'une d'elles la jette dans la plus grande des perplexités, qui, usant peu à peu son courage et son intelligence, finit par la jeter dans un délire mélancolique, lequel gagne bientôt sa sœur.

Ailleurs, c'est un vieillard qui imprime la direction au délire qu'un adulte, relativement jeune et faible d'intelligence, finit par adopter.

Voici en quels termes MM. Lasègue et Falret résument les conditions exceptionnelles dans lesquelles se produit la contagion de la folie :

« Dans la folie à deux, l'un des deux éléments est l'élément actif; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second, qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit peu à peu la pression de son congénère, tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur devient alors commun, et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallè-

lement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent, pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

La troisième condition pour que la contagion du délire soit possible, c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance; qu'il se maintienne dans les limites du possible; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. »

Les faits si curieux renfermés dans le travail de MM. Lasègue et Falret, et dont nous venons d'esquisser seulement quelques-uns des traits les plus saillants, nous remettent naturellement en mémoire le fait non moins intéressant observé par M. Legrand du Saulle, il y a quelques années, et qui a été rapporté dans notre Revue clinique du 7 décembre 1872. Il s'agissait de deux sœurs partageant un même délire de persécution, communiqué de l'une à l'autre (1). Ils nous rappellent aussi les exemples d'idées de persécution communiquées ou de délire à deux ou à plusieurs personnes, que M. Legrand du Saulle a rapportés dans son traité du *Délire des persécutions*, publié en 1871, et qui lui avaient fait signaler, dès cette époque, ce caractère constant de l'inégalité, à l'état pathologique comme à l'état sain, du degré intellectuel entre les deux délirants, l'un actif, l'autre passif; le premier marchant incessamment vers l'incurabilité, tandis que le second une fois isolé et séparé de son dominateur en délire, marchera au contraire rapidement vers la guérison.

Nous devons aujourd'hui à l'obligeance de notre savant collaborateur et ami, la communication de quelques faits nouveaux, inédits, de délire communiqué, qu'on nous permettra de placer ici, à côté de ceux que nous venons de résumer.

Délire communiqué ou folie à deux et plusieurs personnes.

On a pu voir tout récemment, pendant plusieurs jours, à l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police, les deux frères M..., atteints de même délire.

1° (*Délirant actif.*) — M... (Barnabé), né à Lyon, âgé de trente-cinq ans, venu à Paris en 1866, pour y être élève en pharmacie. Il a fait ses classes.

Cheveux et barbe incultes. Aspect misérable. Irritabilité facile.

Il rapporte qu'il a été élève jusqu'en 1868. Il s'est fait ensuite colporteur, vendait dans les rues (*avec son frère*) des cravates, des cartes de géographie. « Nous avons vendu jusqu'à trois mille francs de cravates dans un mois. »

Mais ils n'ont presque plus travaillé, sont tombés à la charge du bureau de bienfaisance et n'ont plus vécu que de mendicité. On les accusait de pédérastie; on ne les a jamais traités de voleurs; on les appelait d'un nom devenu trop tristement célèbre dans ces derniers temps; on les a dénoncés à M. Jacob comme ayant des mœurs infâmes.

Lorsqu'il passait avec son frère, on ricanait, on chuchottait, on ne leur achetait plus jamais rien, à cause de leur déplorable réputation. Ils habitaient tous deux au fond d'un jardin et n'avaient jamais de difficultés avec les voisins.

M... (Barnabé) est intelligent. C'est lui qui a inventé ce petit roman, qui a été halluciné de l'ouïe et qui a communiqué le thème délirant à son frère, *qu'il ne quitte jamais*.

2° (*Délirant passif*). — M... (Claude), né à Lyon, âgé de trente-quatre ans.

Ouvrier en cuirs, colporteur, a été garçon de cuisine au collége de Juilly. Il a été blessé à la main droite et a dû renoncer à son métier. Il s'est alors réuni à Barnabé.

« Mon frère s'est aperçu le premier qu'on l'insultait, qu'il ne pouvait plus vendre, puis j'ai eu le même sort. On disait un tas de choses, que nous étions des sodomistes, des cochons... »

Les deux frères sont allés se plaindre des passants au commissariat de police. Ils ont également cru comprendre que l'on avait écrit contre eux des lettres anonymes.

Les deux frères prétendent n'être point buveurs.

Claude M. est moins intelligent, moins éduqué. Il n'est évidemment que l'écho affaibli de Barnabé M.

En les séparant, Claude guérira. Barnabé est incurable.

Après des examens réitérés et prolongés, MM. Lasègue et Legrand du Saulle ont dirigé les deux frères M. sur l'asile Sainte-Anne.

— Quelque temps auparavant, on avait pu également observer à l'infirmerie spéciale, une femme G. (Catherine), âgée de cinquante-deux ans, ancienne domestique, ayant amassé des économies et vivant avec sa fille, G. (Eugénie), âgée de vingt-neuf ans, modiste.

La mère et la fille prétendaient qu'on leur avait ratatiné la figure avec du fluide et qu'on leur avait travaillé le cœur. On leur envoyait dans leur appartement des fumées infectes. On répétait leurs paroles. On devinait leurs pensées.

G. (Eugénie), était la délirante active, Sa mère n'était que passive. — Toutes deux ont été envoyées à Sainte-Anne.

— On peut voir, en ce moment, à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Legrand du Saulle, le malade Émile P..., âgé de quarante-trois ans, menuisier, qui, en 1875, a été conduit, avec ses trois sœurs, à l'asile d'Orléans, alors qu'une autre sœur réussissait à prendre la fuite et succombait, une semaine plus tard, à la suite d'accidents méningitiques aigus à l'asile de Moulins.

Cette famille s'adonnait aux pratiques spirites. Le père avait été phalanstérien ardent, et s'était ruiné dans l'organisation du phalanstère de Citeaux. Il est mort à soixante-douze ans. La mère vit encore et a été malade à la suite d'un « commerce trop absorbant avec les esprits. » Elle a guéri et vit encore.

Émile P..., avait catéchisé et fanatisé ses sœurs qu'il disait être appelées « aux plus grandes destinées spirituelles. » Les filles P..., ont rapidement guéri et sont sorties de l'asile d'Orléans.

Quant à Émile P..., il déclare être âgé de huit mille ans et avoir été successivement Moïse, Abraham, Confucius, Mahomet. Il n'a jamais entendu la voix de Dieu, mais il entend la voix des esprits. Il communique avec le monde céleste par un fluide et il perçoit de temps en temps une odeur qui l'avertit « que l'entente est établie entre le ciel et la terre. »

Ce malade s'agite souvent et devient parfois violent.

Il est affecté de manie chronique. Il est incurable.

Choroïdite antérieure.

La choroïdite antérieure, c'est-à-dire celle qui affecte les parties de la choroïde, situées entre l'équateur et l'*ora serrata*. est beaucoup moins connue que les altérations choroïdiennes du pôle postérieur de l'œil. Est-ce parce qu'elle est plus rare

(1) On trouvera aussi dans la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1873, numéro du 18 mars, une observation de M. le docteur E. Geoffroy (de La Fère), sur un cas curieux de délire des persécutions sur la mère et la fille.

ou n'est-ce pas plutôt parce qu'elle a plus souvent passé inaperçue, à cause probablement des difficultés de l'examen des parties périphériques, plus grandes sans contredit qu'elles ne le sont pour le fond de l'œil? C'est probablement là la cause de la rareté des observations connues de la choroïdite antérieure. Quoi qu'il en soit, M. le docteur Coursserant ayant eu l'occasion d'en observer quelques cas, s'est proposé d'en faire une étude spéciale (1). C'est le résultat de cette étude que nous allons tâcher de faire connaître, au moins dans ses points principanx.

Les malades qui sont atteints de choroïdite antérieure se plaignent généralement d'éblouissements, d'étincelles, de fatigue de l'œil, de lourdeur dans l'organe surtout lorsqu'ils travaillent ou quand ils baissent la tête. La douleur se fait sentir au moment de l'effort d'accommodation, c'est-à-dire lorsque des mouvements se produisent dans la choroïde, mouvements qui ne peuvent plus librement s'accomplir dans la totalité de la circonférence et qui nécessitent des tiraillements anormaux sur les nerfs ciliaires antérieurs.

La douleur provoquée par une pression sur un point limité, situé en avant près de la cornée, s'explique aussi par la présence des nerfs irrités, emprisonnés dans l'exsudat, l'hémorrhagie, ou détruits en partie dans les plaques atrophiques.

La choroïdite antérieure paraît se distinguer aussi des autres formes par l'intégrité presque absolue du corps vitré, qui est, au contraire, presque toujours plus ou moins lésé dans la choroïdite postérieure. Les affections choroïdiennes du pôle postérieur réagissent bien plus vite et bien plus souvent sur la nutrition du corps vitré.

S'il existe une congestion choroïdienne, le gonflement de la membrane et du réseau capillaire exerçant une pression sur le tissu de la rétine, peuvent amener rapidement un affaiblissement de cette membrane et, par suite, des altérations plus ou moins profondes de la vision. Deux des malades observés par M. Coursserant accusaient des troubles décrits par les hypermétropes : tension douloureuse dans les yeux, douleurs et larmoiement pendant la fixation des objets, etc. Chez l'un d'eux, la lumière du miroir, lorsqu'elle venait à tomber sur la lésion, déterminait un sentiment de cuisson douloureuse.

M. Coursserant a constaté, en outre, sans pouvoir tirer aucune conclusion d'un phénomène aussi contradictoire, que tantôt la pupille se laissait dilater facilement par l'atropine, tandis que, au contraire, dans d'autres cas, cette dilatation était pénible.

Une ancienne hémorrhagie choroïdienne résorbée, avec atrophie plus ou moins complète de la choroïde, est encore d'un diagnostic très-difficile. A une certaine époque, elle se présente à l'état de plaque jaunâtre, pigmentée sur toute son étendue et à contours noirs irréguliers : à ce moment, s'il existe dans quelques autres endroits de la choroïde une hémorrhagie de date récente, on fait facilement le diagnostic. Mais il est plus difficile lorsque les plaques sont anciennes ou presque blanches.

Chez l'un des malades dont M. Coursserant rapporte l'histoire, il existait des hémorrhagies choroïdiennes antérieures, dont une arrivée à la période régressive. Il eût été très-difficile, à la simple constatation de cette plaque déjà ancienne, de dire la nature première du processus.

Un point également très-délicat à élucider, est celui qui touche à l'hyperémie de la choroïde autour des foyers confirmés. Chez certains malades, au début, il est quelquefois possible de distinguer dans la choroïde des plaques d'une couleur rougeâtre, localisées de préférence vers l'équateur. M. Coursserant a eu l'occasion d'examiner cette particularité chez un malade de l'Hôtel-Dieu. C'était un garçon bijoutier, couché dans le service de la clinique médicale, pris d'accidents épileptiformes et qui s'était plaint de sa vue pendant son séjour à l'hôpital; il accusait des mouches, des brouillards passagers. On put constater à droite, en même temps qu'une intégrité absolue des milieux, un petit foyer de choroïdite circonscrite, situé en haut et en dehors, qui présentait les caractères suivants : tache ovalaire rose jaune, présentant une auréole dépigmentée et régulière; à son entrée, un amas de pigment; celui-ci, qui manquait tout autour du foyer, semblait s'être rassemblé au centre de la plaque. Puis dans la choroïde environnante, des parties rouges, sombres, où les vaisseaux choroïdiens ne se distinguaient plus.

Ces particularités dans l'image n'étaient point dues à la répartition du pigment, qui était peu abondant chez ce malade; on ne les retrouvait pas dans l'œil gauche; c'étaient bien réellement des foyers congestifs.

Le diagnostic de cette affection repose sur deux éléments principaux, la constatation de la lésion et les phénomènes subjectifs.

La première condition pour découvrir la lésion est d'obtenir une dilatation *ad maximum* de la pupille. Il faut pour cela le concours du sujet lui-même, qui, pendant cet examen, doit diriger son regard dans tous les points extrêmes du champ visuel. L'observateur, de son côté, doit s'y prendre à plusieurs reprises, les positions forcées que le sujet imprime à son œil devenant souvent très-pénibles. La photophobie et le larmoiement abondant que provoque parfois cet examen le rendent d'autant plus difficile.

L'examen devra être fait d'abord à l'aide du miroir simple, en se plaçant successivement dans des points diamétralement opposés. Cette première inspection fera juger des divers changements de coloration que présentent ces parties antérieures.

On passera ensuite à l'examen comparatif des points symétriques dans l'autre œil.

Cela fait, on passera à l'examen à l'image renversée.

Dans les premières recherches que M. Coursserant a faites sur ce sujet, il avoue s'être trouvé très-gêné par les réflexions irrégulières et nombreuses qui se passent sur la cornée. Il n'a pu surmonter ces obstacles et se débarrasser de ces réflexions gênantes que par le déplacement du miroir.

Quand on est parvenu à trouver la lésion, reste à en déterminer la nature. Est-ce un exsudat, une plaque atrophique, un îlot pigmentaire, une hémorrhagie plus ou moins résorbée?

D'après M. Cuignet, qui a fait une étude spéciale sur le diagnostic différentiel entre la choroïdite atrophique et la choroïdite exsudative, qui offriraient l'une et l'autre des signes ophthalmoscopiques positifs et des signes négatifs, voici quels seraient les caractères positifs de l'atrophie : au début, l'atrophie se montre sous la forme d'une plaque rosâtre, arrondie, parsemée ou entourée de pigment; plus tard, le fond d'un rouge vif, devient blanchâtre, puis blanc. Ce fond blanc est dû à la sclérotique vue par transparence à travers la choroïde en destruction. Les vaisseaux rétiniens qui traversent la plaque conservent leur forme et leur teinte normales.

(1) *Étude sur la choroïdite antérieure*, par H. Coursserant. Paris, 1877, Chez Alexandre Coccoz, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

Le pronostic de la choroïdite antérieure doit être très-réservé. On a rarement l'occasion de suivre le malade assez longtemps pour bien connaître l'influence ultime de l'affection sur l'acuité visuelle.

L'embarras du médecin est assez grand en présence de la quantité des médications proposées contre cette affection. Contre l'état congestif, M. Coursserant propose de prescrire les déplétions sanguines à la tempe ou à l'apophyse mastoïde, suivies d'un jour ou deux de repos dans la chambre obscure.

La digitale, augmentant la tension des vaisseaux et régularisant la circulation, sera donnée avec quelques chances de succès.

Les vésicatoires autour du front et des tempes, les sudations, l'iodure de potassium à l'intérieur compléteraient cette médication.

M. Coursserant réserve l'atropine uniquement pour mettre l'œil dans le repos.

L'eau de Rabel serait indiquée si l'on soupçonnait une cause hémorrhagique.

Les règles et le flux sanguin devront être surveillés avec soin.

Enfin, chez les sujets débilités, les toniques pourront être d'un secours utile.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Perrin appuie l'opinion de M. Tillaux sur les dangers de la trépanation hâtive dans les cas de fracture du crâne. En présence d'une fracture du crâne, le chirurgien n'a qu'à constater si la fracture est simple ou compliquée, s'il n'y a pas enfoncement de l'os. Si des fragments ont pénétré dans la substance cérébrale, il est indiqué de trépaner immédiatement, dans le simple but de transformer une plaie compliquée en plaie simple. Les localisations cérébrales ne peuvent en rien guider le chirurgien qui voudrait appliquer une couronne de trépan pour remédier aux accidents primitifs d'une fracture du crâne ; les troubles cérébraux qui existent alors peuvent être momentanés, transitoires ou inaccessibles au traitement. Le chirurgien est sans guide; la trépanation compliquerait certainement beaucoup de cas, quoiqu'on puisse citer des exemples de malades qui ont guéri après la trépanation, malgré la trépanation, dit M. Perrin. M. Lucas-Championnière dit qu'on a vu très-peu de guérisons suivre des fractures du crâne compliquées d'accidents cérébraux primitifs, lorsqu'on n'a pas fait la trépanation primitive. Cette opinion est trop absolue et M. Perrin peut citer deux exemples qui lui sont personnels de guérison sans trépanation dans des cas de fracture du crâne avec accidents primitifs.

La première observation est celle d'un jeune soldat blessé le 15 mai, devant Paris, d'un éclat d'obus à la tête. Il y avait plaie contuse et fracture sans enfoncement. La premiere journée se passa dans le coma ; le lendemain, le coma avait disparu, mais le malade était aphasique, ne pouvant articuler qu'un seul mot, toujours le même ; quatre ou cinq jours plus tard, il pouvait répondre par monosyllabes, et les progrès de la guérison furent dès lors rapides. Le 27 juillet, il sortait guéri. Le deuxième fait est relatif à un garde mobile, employé des bureaux du Val-de-Grâce au moment du bombardement de Paris, qui fut atteint, au côté droit de la tête, d'un éclat de pierre détaché d'une fenêtre par un obus. Il y avait une plaie contuse et une longue fracture avec un léger enfoncement de l'os. Le blessé perdit connaissance immédiatement. Dans la journée survint de l'hémiplégie à gauche, puis une paralysie de la moitié droite de la face avec dilatation de la pupille et perte de l'ouïe du même côté. La langue était embarrassée. Ces accidents durèrent dix jours et se compliquèrent d'incontinence d'urine, de constipation opiniâtre, d'eschares au sacrum et aux membres, surtout aux membres paralysés. Le blessé guérit cependant, lentement, il est vrai, car il lui fallut deux ans pour se remettre. Mais la même observation aurait pu démontrer, au contraire, que les localisations cérébrales sont un excellent guide pour la trépanation dans les cas d'accidents secondaires des fractures du crâne.

Le malade, qui en fait le sujet, fut pris sans cause le 16 août 1876, d'un accès épileptiforme. Quinze jours après, il en eut un deuxième, puis il resta trois mois sans en avoir et fut alors frappé deux fois à quinze jours d'intervalle; à partir de ce moment, les accès devinrent plus fréquents et moins longs. Les premiers duraient vingt et vingt-cinq minutes; à la fin ils ne duraient plus que quatre minutes. M. Perrin, consulté, fit prendre, sans résultat, du bromure de potassium. Puis il fit entrer le malade dans son service où il continua le bromure et prit une douche froide tous les jours. Le malade, entré le 13 mai 1877, sortit le 30 octobre sans avoir eu une seule crise; au contraire, sa mémoire qui était un peu affaiblie, sa pensée qui était devenue un peu hésitante, sont redevenues ce qu'elles étaient avant l'accident. Le malade avait promis de donner de ses nouvelles, s'il survenait quelque accident, M. Perrin n'en a pas eu jusqu'à présent, et considère le malade comme guéri.

M. Lucas-Championnière n'a jamais dit qu'il fallait trépaner de suite dans un cas d'hémiplégie suivant immédiatement une lésion du crâne. Il peut y avoir des troubles immédiats qui ne sont que passagers. Mais il soutient que les accidents éloignés de ces lésions servent moins comme indication du point malade, que ceux qui se produisent dans les trois ou quatre premières semaines. M. Lucas a dit, il est vrai, que les observations de paralysie traumatique primitive guérie sans trépanation étaient fort rares. En effet, il n'y a pas eu une seule guérison sur les treize mille cas recueillis par la statistique de la guerre de sécession. La terminaison la plus heureuse, dans ces cas, c'est la paralysie persistante. Quant au dernier malade de M. Perrin, il n'est pas encore guéri puisqu'il a des accès épileptiformes. Dans la discussion de l'Académie, M. Gosselin a cité une malade de M. Karadec; mais M. Lucas-Championnière a écrit à M. Karadec qui lui a répondu que sa malade n'était pas guérie. Quand il sera démontré que les paralysies traumatiques immédiates ne guérissent jamais ou presque jamais seules, la trépanation sera acceptée avec plus de faveur.

M. Desprès, depuis qu'il fait de la chirurgie, n'a pas encore trouvé un seul cas où il y eût indication de faire la trépanation, excepté peut-être une fois, dans un cas d'abcès du cerveau succédant à une otite suppurée qui s'était tarie, et encore ne l'a-t-il pas faite. Cette règle de conduite, de laquelle il ne s'est jamais départi, lui a été suggérée par un exemple qu'il a vu en 1859 dans le service de M. Manec. Un ouvrier, travaillant dans un fossé, reçut sur le crâne, perpendiculairement, un levier de paveur. Le crâne fut enfoncé sur le côté gauche de la ligne médiane, et les fragments d'os, de cuir chevelu et de casquette pénétrèrent dans la plaie. Pendant cinq jours le malade alla bien, puis il eut pendant quinze jours une monoplégie brachiale, et une paralysie incomplète du membre droit inférieur; il y avait aussi un léger degré de paralysie faciale. Bientôt tout ce qui avait pénétré dans le crâne fut éliminé, et le malade guérit sans autre traitement que l'expectation.

M. Perrin considère son malade, malgré ses accès épileptiformes, comme guéri des accidents de sa fracture du crâne.

COMMUNICATION

Constriction permanente des mâchoires guérie par l'opération d'Esmarch. — M. Cazin (de Boulogne) a eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Esmarch pour un cas de constriction permanente des mâchoires, ayant succédé à un vaste abcès de la face pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Un mois après l'opération, les arcades dentaires s'appliquaient exactement l'une sur l'autre et la mastication se faisait bien.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Tumeur fibreuse du bassin. — M. DEPAUL présente une tumeur provenant d'une femme morte dans son service. Cette femme, âgée de trente et un ans, avait eu déjà trois accouchements antérieurs, dont le second avait été difficile. Au moment du quatrième accouchement, le travail durant déjà depuis vingt-quatre heures, elle fut amenée à l'hôpital, où M. Depaul reconnut la présence d'une tumeur accolée vers le milieu de la symphyse pubienne. L'utérus était déplacé par cette tumeur. Cependant la dilatation se fit assez pour permettre l'introduction du forceps. L'enfant fut amené en état de mort apparente, mais bientôt ranimé par l'insufflation. La mère, qui avait bien été d'abord, fut prise, au bout de quelques jours, de péritonite, et succomba. A l'autopsie, on trouva l'utérus libre; mais au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche existait une tumeur volumineuse sous-péritonéale, remontant au-dessus du détroit supérieur et adhérente au niveau de la symphyse, sans prolongements dans les trous de conjugaison. Cette tumeur était probablement née du tissu fibreux qui avoisine les os. Ces tumeurs fibreuses sont rares lorsqu'elles ne dépendent pas de l'utérus.

Cette femme présentait, de plus, un exemple de bassin vicié par excès d'amplitude. Il mesurait, d'une épine iliaque à l'autre, 28 centimètres; ses diamètres étaient : antéro-postérieur, 13 centimètres; transverse, 14 centimètres et demi; oblique, 14 centimètres. Le détroit inférieur avait 11 centimètres et demi dans tous les sens.

RAPPORTS

Des localisations cérébrales. — M. LE DENTU donne lecture de la première partie d'un rapport sur un travail lu par M. Terrillon devant la Société. La lecture en sera continuée dans la prochaine séance.

Dystocie. — M. POLAILLON fait un rapport sur une observation lue par M. Lemé (de Saint-Sever), sur un cas de dystocie produite par une contracture anormale du segment inférieur de l'utérus. L'auteur avait été obligé de sectionner le cou de l'enfant, ne pouvant terminer l'accouchement autrement. Le tronc vint alors facilement, mais la tête ne put être extraite que plusieurs heures après. M. Lemé administra quelques pilules d'opium qui semblent avoir eu un résultat avantageux sur la terminaison de l'accouchement; mais M. le rapporteur estime que l'action de l'opium, sur les fibres utérines, aurait été plus efficace s'il eût été administré en lavements. Des remerciements seront adressés à l'auteur.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. GILLETTE présente un malade de vingt-huit ans, auquel il a fait, il y a quatre mois, la résection partielle du coude pour une tumeur blanche. Le malade a très-bien guéri et peut exécuter quelques mouvements avec son coude. M. Gillette présente les parties d'os qu'il a réséquées et qui offrent tous les caractères de l'ostéite raréfiante de Gerdy.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

325. Poigné. Exposé des principales théories de l'ictère grave.
326. Lelongt. Du lupus, anatomie pathologique et traitement par la méthode des scarifications linéaires.
327. Grosclaude. De la valeur médico-légale des ecchymoses sous pleurales.
328. Raguet-Lépine. Des principales indications à remplir dans le traitement des plaies.
329. Tourneux. Altération de l'ovaire envisagée comme cause de l'hystéro-épilepsie.
330. Serpaggi. Étude critique sur les divers modes d'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires du cœur humain.
331. Gombault. Étude sur la sclérose latérale amyotrophique.
332. Turquet de Beauregard. Quelques mots sur l'influence réciproque des diathèses et des traumatismes.
333. Weisgerber. Considérations sur les polypes de l'urèthre chez la femme.
334. Percepied. Application de l'électricité au traitement du varicocèle.
335. Blanchet. Étude sur la thérapeutique de l'épilepsie.
336. Durand. Contribution à l'étude du prurigo.
337. Lecoq. Extirpation des kystes sébacés par l'application de l'acide nitrique monohydraté à la surface de la tumeur.
338. Molas. Contribution à l'étude des hémorrhagies liées à l'éclampsie puerpérale.
339. Tison. Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire.
340. Garsaux. Contribution à l'étude d'une variété de rétrécissements du rectum. (Rétrécissements partiels sous-muqueux).
341. Renault. Contribution à l'étude des luxations sous-épineuses.
342. Eymery-Heroguelle. Étude du *gelsemium sempervirens* et de son action dans le traitement des névralgies.
343. Charcot. Étude sur la persistance du bruit de souffle utérin après l'accouchement.
344. Sauné. De l'athérome de l'artère pulmonaire.
345. Lesage. De la scarlatine chez les femmes en couches.
346. Brun-Bourdaux. Contribution à l'étude des maladies du cœur droit dans la phthisie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 décembre 1877, M. Bardoux, député, est nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Faye, dont la démission est acceptée et qui est réintégré dans ses fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur.

— Le concours pour la médaille d'or de l'internat vient de se terminer par la nomination de M. Cuffer.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux en 1875 :

Médaille d'or :

M. Dubois, médecin-vétérinaire, secrétaire du conseil central d'hygiène de l'Oise.

Médailles d'argent :

MM. le docteur Bourguet (d'Aix); — le docteur Fortin (Eure); — Métadier, pharmacien (Gironde); — le docteur Dumas (Hérault); — le docteur Regnault (Ille-et-Vilaine; — Delcominète, pharmacien et Blondlot (Meurthe-et-Moselle); — le docteur Joly (Oise); — le docteur Dehée (Pas-de-Calais); — le docteur Gonod (Puy-de-Dôme); — le docteur Lacaze (Tarn-et-Garonne); — le docteur Alfred Pamard (Vaucluse); — le docteur Yvaren (Vaucluse); — le docteur Duché (Yonne); — Bidard, chimiste, (Seine-Inférieure).

Médailles de bronze :

MM. Peltier (Ardennes); — le docteur Braye (d'Arles); — Bollon, pharmacien (Charente-Inférieure); le docteur Petel (Eure); — Lechartier, pharmacien (Ille-et-Vilaine); — le docteur Coutaret (de Roanne); le docteur Gemin (de Chateaubriant); — le docteur Cliché (de Paimbœuf); — le docteur Homo (de Château-Gontier); — Tisserand, vétérinaire (Meurthe-et-Moselle); — le docteur Nivelet père (de Commercy); — Collin, pharmacien à Verdun (Meuse); — Ferrer pharmacien à Perpignan; — les docteurs Cade, Loriol et Monier (d'Avignon).

Rappels de médailles d'argent :

MM. le docteur Drouineau (Charente-Inférieure); — le docteur Pujot (Gers); — le docteur Perret (Ille-et-Vilaine); — le docteur Evrard (Oise).

— *Faculté de médecine. Avis.* — Les cours de chimie biologique et de chimie médicale, sont momentanément suspendus, M. le professeur Würtz étant retenu au conseil supérieur de l'instruction publique.

Nous indiquerons ultérieurement le jour où ces cours seront repris.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de zoologie (animaux articulés.)* — M. E. Blanchard commencera ce cours le mercredi 19 décembre 1877, à une heure, dans la galerie de zoologie et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le professeur traitera des mœurs, de l'organisation, des métamorphoses, des instincts et de la distribution géographique des insectes, des arachnides et des crustacés.

Dans une partie du cours, il exposera l'histoire de quelques espèces remarquables par leur industrie et par leur rôle dans la nature.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La deuxième partie du tome XXe de la première série, de la lettre A à la lettre E; — la première partie du tome XIIe de la deuxième série, de la lettre L à la lettre P; — la première partie du tome VIe de la troisième série, de la lettre Q à la lettre Z; — la deuxième partie du tome Ier de la quatrième série, de la lettre F à la lettre K, viennent de paraître aux librairies G. Masson, rue Hautefeuille, 10, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Elles contiennent les principaux articles suivants :

1re Série : *Cornée,* par MM. Maurice Perrin et Gayet; *Corps étrangers,* par M. Ch. Monod; *Corset,* par MM. Bouvier et Bouland.

2e Série : *Nécrose,* par M. Servier; *Nègres,* par M. Rochas; *Nerfs,* par MM. J. Renaut, F. Franck, L. Lereboullet, L. Tripier.

3e Série : *Sacro-coccygienne* (anatomie et pathologie), *Sacro-iliaque,* sacro-lombaires, par M. Chauvel; *Safran,* par M. Fonssagrives; *Sages-femmes,* par M. Lutaud; *Saignée,* par M. Émile Bertin; *Saisons,* par M. Léon Colin; *Salicylique,* par M. Hénocque; *Salines,* par M. E. Vallin; *Salivaires,* par M. Villemin; *Salsepareille* (botanique), par M. Planchon.

4e Série : *Fer,* par MM. Wilm, Bordier et Layet; *Fermentations,* par M. Duclaux; *Fessier* et *Fessière,* par M. Farabeuf. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 146. — MARDI 18 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 18 DÉCEMBRE 1877. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

[illegible]**DICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la [illegible] 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux prati[illegible] dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonneme[illegible] [illegible]decins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Des manifestations cutanées de la scrofule. — Caractères généraux des scrofulides.

Le mot scrofulide est un terme nouveau qui a été employé à peu près à la même époque, par M. Bazin et par moi, pour désigner les affections de la peau qui sont sous la dépendance de la scrofule. Mais, tandis que je réserve uniquement le nom de scrofulides aux lésions cutanées qui ont leur point de départ dans la diathèse scrofuleuse, M. Bazin range sous cette dénomination certaines manifestations de la peau que l'on rencontre également en dehors de la scrofule, mais auxquelles cette maladie générale imprime un caractère particulier.

C'est ainsi que cet auteur admet deux sortes de scrofulides : les unes, qu'il qualifie de bénignes, telles que l'eczéma, l'impétigo, l'acné, etc., n'appartenant pas exclusivement aux scrofuleux, mais se présentant chez eux avec des modifications spéciales dans leur marche, dans leurs allures, dans leurs manifestations. Les autres, scrofulides malignes, intimement liées à la scrofule et se rencontrant uniquement dans cette affection.

Pour établir cette distinction, M. Bazin se fonde sur des raisons plus spécieuses que réelles. La première raison pour laquelle on doit, suivant lui, admettre ces scrofulides bénignes, c'est, dit-il, qu'on rencontre fréquemment ces lésions de la peau chez les individus qui présentent d'autres accidents de la scrofule; c'est ensuite que quand on les voit se développer chez des individus en puissance de la diathèse scrofuleuse, elles revêtent des caractères de forme, de croûtes, de suintements particuliers, qu'on ne rencontre pas alors que ces mêmes éruptions de la peau se montrent chez d'autres individus : c'est, en outre, que ces manifestations cutanées, bénignes au début, sont susceptibles quand elles ont persisté pendant un certain temps de se transformer en véritables scrofulides, en scrofulides malignes, suivant la classification de M. Bazin; enfin, dernier caractère important, c'est que ces affections bénignes peuvent être guéries par les moyens à l'aide desquels on combat ordinairement la scrofule.

Mais, comme je vous le disais tout à l'heure, ces raisons n'ont rien de bien fondé, et je crois que M. Bazin a confondu ensemble et l'éruption et le terrain sur lequel elle se développe. S'il est vrai, en effet, que l'acné, que le scrofulus, que l'eczéma, etc., soient extrêmement communs chez les scrofuleux, il ne s'ensuit pas que l'on doive leur décerner le nom de scrofulides. Les maladies parasitaires, aussi, se rencontrent fréquemment chez les scrofuleux; le favus, la teigne tondante, la pelade s'y observent de même très-communément; personne cependant n'a été d'opinion de dire que le favus, que la pelade, étaient des scrofulides. J'en dirai autant de l'érysipèle qui est aussi très-fréquent chez ces individus. Et pourtant quelqu'un a-t-il jamais été d'avis d'admettre un érysipèle scrofuleux!

M. Bazin allègue encore à l'appui de sa manière de voir que ces maladies se présentent chez les scrofuleux avec des caractères qu'on ne retrouve pas ailleurs. C'est ainsi, dit-il, qu'elles se font remarquer par l'abondance de leur sécrétion, par l'épaisseur de leurs croûtes, l'absence de démangeaison, la longue durée de leur évolution, etc., etc. Mais, ici, cet éminent dermatologiste confond évidemment la maladie avec le terrain sur lequel elle se développe. Tous les malades, en effet, ne se ressemblent pas; les diverses manifestations auxquelles donne lieu l'affection dont ils sont atteints varient suivant le tempérament des individus, suivant leur attitude personnelle. Voyez, par exemple, un lymphatique qui a contracté une pleurésie ou une pneumonie : chez lui, la douleur sera modérée, la réaction peu intense, la durée de la maladie, longue. Chez un individu, doué au contraire d'un tempérament nerveux, la douleur sera extrêmement vive, la réaction fébrile également très-accusée.

Quant à la troisième raison que M. Bazin fait valoir et qui consiste à dire que les scrofulides bénignes sont susceptibles, après un temps plus ou moins long, de se transformer en scrofulides malignes, j'avoue n'avoir jamais eu occasion d'assister à cette métamorphose. On a bien dit, il est vrai, que chez les scrofuleux, on avait vu l'impétigo, l'eczéma, etc., de superficiels devenir profonds, et laisser après eux des cicatrices indélébiles. Mais croyez-vous que ces maladies se soient réellement transformées en scrofulides? Assurément non : il y a eu, dans ces cas, de simples erreurs de diagnostic, et l'on a certainement pris, pour les lésions élémentaires de ces affections, ce qui n'était autre que la pustule primitive de la scrofulide.

Reste le dernier argument de M. Bazin, le plus pratique et

à coup sur, le plus sérieux. Mais pas plus que les précédents il ne m'ébranle dans ma conviction. Si, en effet, on voit ces eczémas, ces impétigos, ces acnés, en un mot toutes ces manifestations bénignes de la scrofule, comme le veut M. Bazin, disparaître à la suite d'un traitement dirigé contre la diathèse elle-même, cela tient simplement à la nature sur laquelle elles s'étaient développées, et dont la mauvaise qualité était un obstacle à leur évolution naturelle. Rien d'étonnant par conséquent à ce qu'en améliorant l'état du malade, en modifiant ce terrain on voie ces éruptions, jusque là enrayées dans leur marche, reprendre leurs allures habituelles et se terminer par la guérison.

Telles sont les raisons pour lesquelles je n'admets pas la classification de M. Bazin en scrofulides bénignes ou malignes, et qui font que je réserve simplement le nom de scrofulides aux maladies de la peau qui sont sous la dépendance de la scrofule, et qui ne peuvent se développer qu'autant qu'elles ont affaire à un scrofuleux.

Les scrofulides, telles que je les entends, ne sont bien connues véritablement que depuis ces derniers temps; elles n'ont été bien décrites que par M. Bazin et par moi, dans les leçons que nous avons professées à l'hôpital Saint-Louis. Jusque là elles avaient été confondues avec les autres ulcérations de la peau. Au moyen âge, la plupart des maladies cutanées auxquelles on donnait le nom de lèpre, n'étaient certainement autres que des scrofulides. Plus tard, quand Willan fit la lumière sur les affections de la peau, il les a confondues avec le lupus, l'eczéma, l'impétigo, etc. De même, il a méconnu la nature des scrofulides et ce qu'il a décrit dans son ordre des maladies dartreuses sous le nom d'ecthyomènes n'est, pour nous, que des manifestations cutanées de la scrofule. Aujourd'hui nous sommes complétement fixés sur ces maladies et nous en connaissons non-seulement les caractères généraux mais encore les différentes variétés.

Au point de vue général, les scrofulides présentent des particularités qui les distinguent des autres affections de la peau. D'abord, elles ne donnent le plus souvent lieu à aucune espèce de douleurs; tout au plus déterminent-elles un léger sentiment de prurit ou de démangeaison dans la scrofulide exanthémateuse.

Elles peuvent survenir sur toutes les régions du corps, mais leur siége de prédilection est le visage, le cou et les fesses. Elles sont, de plus, remarquables par leurs bords parfaitement délimités, bien circonscrits et ce caractère suffit déjà à lui seul pour les différencier d'autres éruptions et particulièrement des maladies dartreuses.

Leur coloration offre également quelque chose de spécial. Elle consiste dans une teinte violacée, vineuse, qui diffère essentiellement de la rougeur inflammatoire pure et de la coloration brune, un peu jaune, de la syphilis.

Les scrofulides s'accompagnent souvent d'ulcérations, et celles-ci encore ont un caractère particulier qui permet d'établir le diagnostic de la maladie. Leur bords sont, en effet, amincis et décollés, et en les soulevant avec un stylet, on constate que l'étendue de la plaie est sensiblement plus considérable qu'on ne l'avait jugé à la simple inspection. Le fond de ces ulcérations est grisâtre, sanieux, semblable à de la chair lavée; quelquefois cependant rose et bourgeonnant. La sécrétion à laquelle elles donnent lieu consiste dans un pus mal lié, séreux, assez abondant et qui, en se concrétant, donne naissance à des croûtes.

Celles-ci se présentent également avec un aspect spécial. Alors que dans la syphilis elles sont d'un vert foncé, très-dures, très-adhérentes, les croûtes de la scrofule sont en général assez molles, peu résistantes, et d'une coloration peu foncée : grise, jaune clair ou blanche.

Quelquefois cependant elles sont noires; mais cette teinte est due simplement au mélange du sang et du pus.

La peau, sur les points occupés par les scrofulides, est en général le siége d'un gonflement considérable. C'est ainsi que vous trouverez très-fréquemment, au-dessous de ces éruptions, un gonflement du tissu cellulaire sous-cutané qui exagère notablement le volume de la région où s'est développée la scrofulide. A la face, ces gonflements se présentent parfois [illegible] des caractères tels que certains médecins, ignora[illegible]dies de la peau, trompés par cet aspect rouge, [illegible]ateux, l'ont décrit comme une affection spéciale sous le nom d'érysipèle chronique. Mais c'est là une erreur grossière, car l'érysipèle est une maladie essentiellement aiguë et qui ne saurait donner lieu à la moindre équivoque. Les dermatologistes ont donné un nom particulier à cette forme de la scrofule, quelle que soit d'ailleurs la lésion élémentaire, squame, pustule, papule ou abcès, par laquelle elle ait débuté. Ils l'ont appelée *lupus hypertrophique*. Chose bien remarquable, cette hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, cette œdématie, ce gonflement si marqué, font place, quand la maladie est passée, à une atrophie considérable : à ce niveau, la peau diminue d'épaisseur, elle se rétrécit et l'on voit survenir un phénomène tout spécial : en effet, quand la scrofulide s'est développée au voisinage des ouvertures naturelles, celles-ci s'oblitèrent et se réduisent à un orifice imperceptible. La bouche, par exemple, revient sur elle-même et se présente suivant l'expression vulgaire, mais réelle, en manière de cul-de-poule. L'ouverture des fosses nasales, celle du conduit auditif externe peuvent de même se réduire à un simple pertuis, admettant à peine le passage d'un stylet. Ce travail de resserrement, d'atrophie est un caractère important des scrofulides.

Enfin, dans la scrofule, même quand la guérison de l'ulcération est obtenue, il reste encore quelque chose qui permet de reconnaître d'une manière positive la nature de la maladie : c'est la cicatrice. Sachez, en effet, que les scrofulides sont toujours profondes, qu'elles envahissent, presque constamment, une partie plus ou moins considérable du derme et que, quand elles ont disparu, même alors qu'il n'y a pas eu de perte de substance, elles laissent toujours après elle une empreinte indélébile, ce caractère les différencie des affections herpétiques et dartreuses, comme le psoriasis ou le prurigo, après lesquelles la peau reprend son aspect normal. Dans la scrofule, au contraire, il existe toujours une cicatrice, réticulée, inégale, saillante, dont l'épaisseur d'ailleurs est en rapport avec l'étendue et surtout avec la profondeur de l'ulcération. Tantôt très-enfoncée, très-profonde, mais toujours inégale, elle est, dans certains cas, verruqueuse, réticulée, kéloïdienne, semblable à celles que laissent après elles des brûlures profondes.

Cette conformation des cicatrices suffit à elle seule, quand on la rencontre chez des individus pour affirmer que l'on a affaire à un scrofuleux, mais le plus souvent le diagnostic est encore aidé par quelques autres phénomènes concomitants. C'est ainsi que l'on observe fréquemment chez ces individus tantôt des otites chroniques, tantôt des ulcérations du pharynx, ailleurs des cicatrices qui indiquent un engorgement ganglionnaire qui s'est terminé par suppuration, d'autres fois enfin, du côté des articulations des phénomènes qui sont autant de preuves de la diathèse scrofuleuse. J'en dirai autant de la marche extrêmement longue de la maladie, qui

dure rarement moins de un ou deux ans, mais qui, le plus souvent, persiste pendant dix, vingt, trente ans, quelquefois même durant toute la vie de l'individu.

HOPITAL TEMPORAIRE. — M. DUGUET.

Fibroïde utérin kystique, d'un volume considérable, ayant déterminé une thrombose des veines du membre inférieur gauche suivie d'embolies pulmonaires rapidement mortelles.

La femme X..., âgée de quarante-deux ans, toujours bien réglée, n'ayant jamais été sérieusement malade, était entrée à deux reprises différentes depuis deux ans, dans le service de M. Gallard qui avait reconnu chez elle l'existence d'un corps fibreux utérin. Au commencement du mois de novembre dernier, cette femme fut prise d'une gêne abdominale plus grande, d'une fatigue dans la marche et d'une douleur profonde siégeant dans le côté gauche du ventre. Elle entre à l'hôpital Temporaire le 20 novembre. M. Duguet reconnaît également chez elle la présence d'un corps fibreux volumineux faisant particulièrement relief à droite au-dessus de l'utérus, au-dessus du pli de l'aine et jusque dans la fosse iliaque droite. La palpation permettait de reconnaitre plusieurs saillies arrondies, dures, indolentes à la pression et mobiles sous la paroi abdominale antérieure. Ces tumeurs semblaient accolées à la partie inférieure et latérale droite d'une tumeur beaucoup plus volumineuse, globuleuse, occupant une grande partie de la cavité abdominale et présentant une fluctuation manifeste. Le toucher ne révèle rien de particulier. A part la gêne abdominale et la douleur récente du côté gauche, toutes les fonctions se faisaient régulièrement. Cette malade paraissait une femme enceinte de huit mois.

Trois jours après son entrée, elle accusa un engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches bientôt remplacé par une douleur sourde surtout accusée au mollet; de l'œdème apparaît au dos du pied et remonte bientôt jusqu'à la cuisse. La pression devient douloureuse, surtout au niveau du pli de l'aine gauche.

On perçoit manifestement l'existence d'un cordon dur, douloureux à la pression et du volume du doigt. Ce cordon s'enfonçait dans l'intérieur de la cuisse; la veine crurale seule était intéressée. Tout le membre inférieur gauche offrait une teinte bleuâtre et un développement exagéré des veines superficielles. La température offrait huit dixièmes de degré de plus à gauche qu'à droite, au niveau du mollet.

La malade fut soumise au repos absolu; on se contenta d'appliquer un liniment calmant en recommandant bien d'éviter les frictions. Le septième jour, elle fut prise d'une suffocation subite, elle devint pâle, haletante; il lui sembla que son cœur allait se rompre; elle fut prise d'une angoisse extrême. L'interne de garde constata un trouble profond des battements du cœur qui étaient devenus sourds et tumultueux, le pouls était petit et irrégulier, puis un calme relatif se manifesta; toutefois elle poussa des plaintes et des gémissements toute la nuit; et le lendemain elle succombait sans avoir perdu connaissance.

A l'autopsie, M. Duguet constata que l'abdomen était occupé par une immense tumeur ovoïde unique, ayant la forme d'un melon très-volumineux. Cette tumeur, légèrement adhérente à l'épiploon en avant et sur l'un des côtés, au mésocolon, eût été facilement enlevée par la gastrotomie, et le pédicule charnu et sessile qui la rattachait à l'utérus offrant à peine deux centimètres d'épaisseur sur quatre à cinq de longueur, eût singulièrement facilité cette opération. Les tumeurs fibreuses, perçues à droite pendant la vie, étaient étalées à la surface de cette poche énorme et fluctuante, faisaient corps avec elle. Son poids était de 4,500 grammes, mais, après l'ouverture et l'échappement du liquide, il se réduisait à 1,350 grammes. Le liquide contenu dans cette poche qui présentait à son intérieur non des cloisons, mais des anfractuosités seulement, était de couleur jaune orange, translucide, sans paillettes de cholestérine. La face interne de la poche était recouverte de dépôts fibrineux assez fermes et adhérents. Les parois du kyste, épaisses de 5 à 6 millimètres seulement en haut, deviennent de plus en plus épaisses en bas, à mesure qu'on arrive au voisinage du pédicule. Là, en effet, la coupe de la paroi offre une épaisseur de 5 à 6 centimètres; le tissu est dur, blanc, fasciculé, à la manière des corps fibreux de l'utérus; et l'examen histologique démontre qu'il est, en effet, composé de fibres lisses, à peu près exclusivement; des vaisseaux et souvent de véritables sinus veineux existent à la périphérie. C'était donc un *corps fibreux utérin kystique* qui constituait cette énorme tumeur.

D'ailleurs, au-dessous du pédicule utérin, se trouvait un autre corps fibreux du volume d'une noix, développé dans le fond même de l'utérus; il en existait d'autres encore plus petits, tous muqueux, interstitiels et même sous-péritonéaux.

Dans le cul-de-sac rétro-utérin, se voyaient des traces de pelvipéritonite avec lamelles pseudo-membraneuses, formant des cloisons incomplètes et recouvertes d'une petite nappe de pus verdâtre, concret.

Les annexes n'offraient rien de particulier à droite. A gauche, il existait un kyste de l'ovaire gros comme un œuf de dinde et contenant un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche.

Du côté du cœur et des poumons, voici ce que l'on constata :

Dans le ventricule droit existait un magma cruorique s'étendant d'une part dans l'oreillette et les veines qui s'y rendent, d'autre part dans l'artère pulmonaire. Après avoir enlevé ce magma, on trouva un caillot indépendant, d'un gris jaunâtre, homogène, allongé et un peu aplati, intriqué et retenu par sa partie inférieure dans les cordages de la valvule tricuspidienne, dirigé par sa partie supérieure dans l'ouverture de l'orifice pulmonaire.

En ouvrant le tronc de l'artère pulmonaire, on découvre, à cheval sur l'éperon et dans les deux branches de division de l'artère pulmonaire qui en sont bourrées, des caillots d'un gris noirâtre, arrondis, libres de toute adhérence aux parois vasculaires, enroulés et recourbés les uns sur les autres, à la manière de sangsues.

En ouvrant les branches de l'artère pulmonaire, à droite et à gauche, on les trouve toutes obstruées par des caillots semblables qui s'y sont comme engouffrés.

A droite, la branche moyenne est occupée et distendue par un caillot grisâtre, pâteux, branchu, mais à branches mousses et arrondies, répondant aux divisions secondaires de ce vaisseau où elles étaient engagées. Ce caillot fibrineux, d'une longueur de 4 centimètres environ, est relié par de la fibrine à un caillot plus mince, allongé, d'un gris noirâtre, qui se recourbe en haut pour aller oblitérer la branche de division supérieure. Quant à la branche de division inférieure de l'artère, elle est obstruée par le genou d'incurvation d'un caillot semblable, mais un peu plus gros et plus long, replié sur lui-même, dont les deux extrémités regardent, au contraire, l'éperon de l'artère pulmonaire.

Des adhérences glutineuses, de nature fibrineuse, relient l'une à l'autre les deux portions juxtaposées de ce caillot. Des adhérences semblables le relient d'ailleurs à celui qui se dirige dans la branche de division supérieure, et aussi à un autre caillot plus gros, plus long, qui va de la branche pulmonaire droite à la branche pulmonaire gauche, en passant sur l'éperon de ce caillot commissural commence à droite par une extrémité renflée comme la tête d'un serpent, puis se continue à gauche, pour aller obturer complétement la branche de division inférieure en se repliant sur lui-même et formant un genou d'incurvation comme le précédent; les parties repliées et juxtaposées ont contracté de faibles adhérences fibrineuses également. La branche de division supérieure est oblitérée par un autre caillot plus court, mais auquel fait suite un caillot plus petit, de même aspect, engagé dans une division plus petite de l'artère pulmonaire et terminé brusquement. Une branche de division de cette artère renferme encore un autre caillot allongé, replié sur lui-même, avec aplatissement évident des deux portions juxtaposées et collées l'une à l'autre.

En résumé, quatre caillots superposés à droite, trois caillots à gauche, en y comprenant le caillot commissural, voilà ce que démontre l'ouverture de l'artère pulmonaire; la plupart portent des empreintes valvulaires très-manifestes; leur volume n'est pas le

même absolument pour tous, l'un d'eux a entraîné avec lui le caillot formé dans une veine collatérale. Il est de toute évidence que ces caillots, repliés pour la plupart, libres de toute adhérence aux parois, saines d'ailleurs, de l'artère pulmonaire, sont des caillots emboliques. Placés bout à bout, ils mesurent environ 50 centimètres de longueur, ce qui permet de comprendre pourquoi il n'a pas été possible d'en retrouver de semblables dans les veines hypogastriques, dans les iliaques ni dans celles du membre inférieur gauche, qui ont dû se vider entièrement. Elles ne contenaient plus que du sang noir liquide, qu'on retrouvait jusque dans les veines du mollet distendues. Les parois veineuses étaient plus rouges à gauche qu'à droite.

Il est probable que la partie supérieure du caillot de la veine iliaque s'est rompue vers quatre heures, et que c'est lui, le plus ancien, le plus grisâtre, que nous retrouvons dans la branche moyenne de l'artère pulmonaire à droite : ce caillot a dû être poussé vigoureusement par le sang, au point de prendre l'empreinte des branches secondaires du vaisseau. Puis, sous l'influence de la circulation en retour, les caillots restant dans les veines iliaques, hypogastrique et crurale, ont dû se détacher progressivement, n'étant plus retenus par le caillot iliaque, le premier formé, qui le retenait jusque-là, et, progressivement aussi, les caillots sont venus bloquer une à une toutes les branches de l'artère pulmonaire. Ce travail s'est effectué en une nuit.

Telle paraît être pour M. Duguet l'explication la plus vraisemblable de ce fait intéressant.

Cette observation a encore été pour M. Duguet l'objet d'une remarque importante au point de vue de l'étiologie des infarctus pulmonaires dont il a longuement parlé dans sa thèse d'agrégation.

Dans le lobe moyen du poumon droit, à la surface, existait un infarctus hémoptoïque à forme pyramidale, à base extérieure. La branche artérielle qui s'y rendait était oblitérée par une embolie grosse comme un grain de blé, ayant tous les caractères des grosses embolies trouvées plus haut. Ce fait vient donc à l'appui de ce qu'il a dit en parlant du rôle des petites embolies (non pas des embolies capillaires) dans la genèse des infarctus pulmonaires.

M. Duguet a présenté, il y a un an environ, à la Société médicale des hôpitaux, des pièces relatives à un cas tout à fait analogue; la mort était survenue de la même façon par suite d'embolies pulmonaires parties des veines iliaques comprimées par un fibroïde utérin volumineux. Ces deux observations paraissent être jusqu'ici les seules de ce genre.

REVUE DE LA PRESSE

Purpura iodique. — M. le docteur A. Fournier signale une variété nouvelle de purpura qui, jusqu'ici, avait échappé à l'observation des médecins. Elle se rattacherait, comme effet pathogénique, à l'ingestion de l'iodure de potassium.

Pour démontrer la spécificité iodique de cette éruption, M. Fournier s'appuie sur ces faits que, dans tous les cas qu'il a observés, l'explosion du purpura s'est faite invariablement peu de jours après le début du traitement ioduré, de un à trois jours le plus souvent, parfois de trois à six jours; que, chez quelques-uns de ses malades, la même éruption purpurique s'est produite plusieurs fois à chaque administration nouvelle de l'iodure; qu'enfin, chez l'un d'eux, non-seulement chaque administration de l'iodure a été l'occasion d'un exanthème purpurique, mais que, de plus, chaque élévation notable de la dose du remède pendant le cours du traitement a été invariablement suivie d'une recrudescence, d'une poussée nouvelle de purpura.

Cette éruption se manifesterait sous la forme de taches cutanées miliaires, d'une teinte purpurine, rouge sang, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Elle aurait pour siége de prédilection les jambes à la région tibiale antérieure, et une seule fois le purpura aurait occupé le tronc. Enfin, cette éruption, qui ne déterminerait d'ailleurs aucun trouble local ou général et disparaîtrait dans un laps de temps variant de deux ou trois septenaires, se réduirait à une centaine de taches sur chaque membre et serait d'autant plus discrète, quant aux poussées successives, que les doses d'iodure viennent à être subitement accrues.

Quant aux causes prédisposantes, sous l'influence desquelles se développerait le purpura iodique, elles consisteraient, non pas comme on pourrait le croire, dans un état appauvri, anémique, débilité des malades, ou bien dans certaines conditions d'âge, de profession de température extérieure, etc., mais la prédisposition individuelle serait la seule circonstance qui dominât la scène étiologique. (*Rev. mens. de méd. et de chir.*)

Extirpation circulaire d'une portion du rectum sur une femme atteinte de cancer de cet organe. — M. Kœberlé a présenté à la Société de médecine de Strasbourg, une tranche d'intestin cancéreux qu'il avait enlevée dans la matinée. C'est un manchon de 8 centimètres de long envahi sur les deux tiers de son pourtour, et sur une hauteur de 7 centimètres par une tumeur maligne (épithélioma). Les douleurs qu'occasionnait à la malade l'organe infecté étaient intolérables; le toucher avait établi que le mal s'arrêtait à environ 7 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, que la cloison recto-vaginale était saine et l'intestin mobile. Il y avait dès lors lieu de croire que le mal, limité aux seules tuniques de l'intestin, avait respecté les parties voisines, et que l'organe affecté était susceptible d'être enlevé avec chance de guérison.

Après une dilatation préalable du sphincter, faite dans le but de paralyser cet organe et la section de tous les tissus de la partie médiane postérieure, M. Kœberlé fit à la marge de l'anus une incision circulaire, comprenant toute l'épaisseur des parois intestinales, puis disséqua circulairement l'intestin malade jusqu'au delà des limites du mal. Cette dissection, conduite avec le plus grand soin dans un tissu cellulaire normal, laissa intacte la cloison vaginale et n'intéressa point le péritoine. Les parties malades furent alors retranchées et l'intestin sain, suffisamment mobilisé, fut attiré en bas et fixé par sa surface de section à la marge de l'anus au moyen de dix points de suture.

L'incision ano-coccygienne, à son tour, fut réunie par trois points de suture. Une circonstance sur laquelle insiste M. Kœberlé, c'est que, pendant cette opération, dans laquelle nécessairement il dut diviser quantité d'artères et de veines hémorrhoïdaires, ce qui occasionna une perte de sang considérable, il ne fit aucune ligature, et qu'il obtint l'hémostase définitive par le seul fait de la compression des vaisseaux divisés au moyen de ses pinces. Il en employa une trentaine qui, successivement, furent appliquées sur un nombre plus que double d'artères et de veines.

Il n'est survenu depuis aucun accident grave, ni saignement consécutif, ni septicémie. La réunion immédiate a été obtenue sur presque tout le pourtour, sauf la partie antérieure.

Actuellement, six semaines après l'opération, l'anus se contracte et les selles se régularisent; les douleurs rectales ont complétement disparu et l'appétit est revenu. L'état général, redevenu satisfaisant, permet à la malade de se lever. Au toucher, on ne constate jusqu'à présent, aucun indice du retour de la maladie. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Deux cas de scarlatine puerpérale. — M. Colson, interne des hôpitaux, a observé dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, deux cas très-intéressants de scarlatine puerpérale. Ces deux observations sont d'autant plus précieuses, que la scarlatine puerpérale est une affection sur la nature de laquelle on a beaucoup discuté, et au sujet de laquelle les opinions des auteurs sont encore partagées.

La première malade avait, avant son accouchement, de l'anasarque et des flots d'albumine dans les urines. Deux mois après sa délivrance, après avoir eu un phlegmon du ligament large du côté droit, elle s'aperçoit à son réveil qu'elle est couverte d'une éruption morbilleuse, pour laquelle on l'envoie dans le service de médecine.

A son entrée, on constate un léger catarrhe oculo-nasal, une rougeur pharyngienne analogue à celle de la rougeole, un peu de toux, quelques râles sibilants dans la poitrine, et en même temps, une

éruption qui a débuté par la face et qui présente des caractères variables sur les différents points du corps : elle revêt, en effet, le type scarlatineux à la face et sur le tronc, le type morbilleux à la racine des membres. Cet exanthème a une coloration rouge vif qui ne disparaît que très-imparfaitement à la pression.

Le ventre est ballonné, douloureux; dans la fosse iliaque droite, on sent un empâtement qui remonte jusqu'à l'ombilic; l'utérus n'est pas abaissé; il est fixe; le cul-de-sac latéral droit est effacé. La peau est brûlante. T. axillaire, 39°,4.

Les jours suivants, la fièvre diminue; l'éruption pâlit à la face et au tronc, tandis qu'à la racine des membres, où elle était morbilleuse et presque exclusivement limitée à l'union du tronc et des membres, elle devient rouge intense avec piqueté framboisé; envahit toute la surface des cuisses et s'étend du côté des extrémité qui, jusque-là intactes, se couvrent de papules rubéoliques. L'éruption suit donc une marche descendante; morbilleuse quand elle apparaît, elle devient scarlatineuse les jours suivants.

Enfin, après une poussée caractérisée par des frissons, une nouvelle élévation de la température, le retour des phénomènes abdominaux et l'apparition sur le dos d'une éruption d'un rouge moins intense que la première, laissant par endroits des îlots de peau saine, qui donnent à celle-ci un aspect marbré, le ventre reprend son volume habituel; ces symptômes s'amendent et la desquamation s'établit. Elle se fait sous forme d'écailles larges, telle qu'elle a lieu dans la scarlatine.

La deuxième malade, entre à la Maternité de Cochin avec les jambes enflées et de l'albumine dans les urines; elle accouche le jour même. Le lendemain, elle est prise de colique et de diarrhée abondante; puis, le jour suivant, à son réveil, elle est couverte d'une éruption érythémateuse d'un rouge intense, presque lie de vin, avec piqueté framboisé s'étendant à toute la surface du corps, mais plus intense sur le tronc et au pli de l'aine. La fièvre est très-intense; le mal de gorge, nul d'abord, se fait bientôt sentir; les symptômes de péritonite s'aggravent; enfin, la malade tombe dans le coma et succombe.

A l'autopsie, on ne constate ni fausses membranes, ni adhérences péritonéales; dans le cul-de-sac recto-vaginal, il y a environ 60 grammes de pus crémeux; l'utérus est encore volumineux, la surface d'insertion du placenta est molle et tuméfiée, mais non purulente. Il n'y a pas de trace de pus dans les trompes ni dans les sinus utérins, qui sont très-apparents à la coupe. L'examen des autres organes ne présente rien de particulier. (*France méd.*)

Phénomènes thoraciques ayant fait croire à l'existence d'une gomme du poumon chez une syphilitique. — M. le docteur Azam a observé dans son service, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, une femme atteinte d'accidents syphilitiques tertiaires et présentant, avec ceux-ci, des phénomènes thoraciques pseudo-cavitaires qui avaient fait croire, pendant la vie, à l'existence d'une gomme du poumon.

Cette femme, qui avait déjà fait l'année précédente un séjour à l'hôpital pour des ulcères spécifiques aux jambes, et qui avait d'ailleurs présenté tous les phénomènes secondaires de la syphilis, portait, sur le côté droit du thorax, suivant la ligne axillaire, à peu près à la hauteur de l'angle de l'omoplate, une tumeur ayant l'aspect d'un petit renflement ovoïde, de consistance assez molle sur ses bords et offrant, à son sommet, un cratère anfractueux par lequel s'écoulait un liquide visqueux et purulent. On diagnostiqua une gomme ulcérée.

La présence de cette tumeur coïncidait, en outre, avec des phénomènes thoraciques, que, en raison de la diathèse syphilitique dont la malade était atteinte, on pouvait à bon droit, rattacher à l'existence d'une gomme ulcérée du poumon. En effet, avec un état général très-mauvais et un léger mouvement fébrile se produisant tous les soirs, cette femme présentait une gêne considérable de la respiration avec toux fréquente et expectoration puriforme, épaisse, d'une odeur infecte.

L'examen de la poitrine donnait les résultats suivants : à droite, en arrière et un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, la percussion dénotait un peu de submatité, et l'oreille appliquée en ce point, constatait que la voix était caverneuse, presque amphorique et mêlée de gros râles sous-crépitants, prenant parfois le caractère de véritables gargouillements. Si on faisait parler la malade, la voix résonnait fortement à l'oreille; elle était bronchique, presque caverneuse. Partout ailleurs, la respiration était normale.

Le malade ayant succombé, on constata à l'autopsie que, relativement à la tumeur, la peau seule était intéressée, et que les fibres du grand dorsal, qui constituaient le fond de l'ulcération, n'offraient pas la moindre altération.

Quant à l'appareil pulmonaire, il était complétement indemne de lésions syphilitiques. On n'y rencontrait ni les tubercules jaunes et caséeux signalés par Ricord, ni l'induration d'un gris bleuâtre spécial qu'a fait connaître Vidal et que Fuhrer, Lagneau fils et d'autres auteurs, ont rapportés à une pneumonie d'origine syphilitique. L'autopsie montra que l'on avait simplement affaire à une dilatation bronchique occupant la plus grande partie des bronches qui parcourent le lobe inférieur du poumon droit. (*Prov. méd.*)

Traitement de l'ictère catarrhal par les injections d'eau froide dans le rectum. — M. le docteur Krull (de Güstrow) préconise l'administration des lavements frais dans le traitement de l'ictère catarrhal. Voici, d'après cet auteur, comment ce moyen, qui lui aurait donné les résultats les plus avantageux, doit être appliqué.

Après avoir nettement établi le diagnostic et déterminé le temps depuis lequel dure la maladie, M. Krull recommande de pousser lentement dans le rectum une injection d'eau fraîche à l'aide d'un irrigateur. L'opération doit être pratiquée une fois dans les vingt-quatre heures. La quantité d'eau introduite est variable; elle oscille entre un et deux litres et est en rapport avec la susceptibilité individuelle. La température du liquide doit être de 12 degrés Réaumur. Quand l'injection est renouvelée, il faut élever celle-ci de 3 degrés, parce que l'intestin supporte difficilement le contact de l'eau quand la température reste au même niveau. Il faut que le malade conserve le liquide le plus longtemps possible. Jusqu'ici, il aurait suffi au docteur Krull de sept injections pour obtenir la guérison.

L'injection d'eau froide a pour effet, dit-il, de faire disparaître le sentiment de pesanteur qui existe à la région épigastrique, le malaise, la céphalalgie, et de diminuer l'anorexie. Quand la maladie dure depuis peu, au bout de vingt-quatre heures, il y a déjà une amélioration marquée; celle-ci ne se fait pas non plus attendre quand l'affection est ancienne. Dans le premier cas, la douleur à la pression dans l'hypochondre droit diminua dans les vingt-quatre heures; après quelques jours, dans le second. Le foie est plus long à revenir à son état normal; il en est de même de la coloration de l'urine, de la sclérotique et de la peau; mais dans la moitié des cas, après la deuxième injection, les fèces sont colorées par la bile, et il faut de deux à quatre jours dans les cas les plus invétérés.

Suivant l'auteur, l'injection d'eau froide réveillerait les mouvements péristaltiques de l'intestin, et exciterait la sécrétion de la bile, dont l'abondance dans les voies biliaires forme l'obstacle qui s'expose à son libre écoulement. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1877. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Fibroïde utérin kystique; thrombose des veines du membre inférieur gauche; embolies pulmonaires. — M. Duguet présente des pièces provenant d'une femme morte dans son service, et qui était atteinte d'un fibroïde utérin kystique, d'un volume considérable, ayant déterminé une thrombose des veines du membre inférieur gauche suivies d'embolies pulmonaires rapidement mortelles. (Voir plus haut.)

Infarctus du cœur. — M. LAVERAN communique un cas d'infarctus du cœur par obturation d'une des artères coronaires. C'est là, dit-il, une affection peu connue ; Bernheim, dans sa thèse sur les myocardites, n'a pu en réunir que cinq cas ; c'est donc une lésion rare ; cependant, il est probable qu'un certain nombre de cas désignés sous les noms d'abcès du cœur, de rupture du cœur, doivent être attribués à cette lésion. Il s'agit, dans le cas de M. Laveran, d'un homme de quarante-sept ans, qui, après avoir été pris en pleine santé d'une oppression très-vive, de crachements de sang, de cyanose, succomba très-rapidement. A l'autopsie, on trouva le cœur hypertrophié et ses cavités remplies d'un sang noirâtre, cailleboté ; il y avait un véritable abcès du cœur. Cet homme présentait, en outre, de la congestion pulmonaire, une néphrite interstitielle, de l'athérome des artères du cerveau. Il s'agit donc là d'un infarctus du cœur ayant déterminé des accidents d'asystolie aiguë et s'étant rapidement terminé par la mort.

M. LANCEREAUX croit qu'il faut faire des réserves relativement au cas présenté par M. Laveran, et qu'on peut se demander si, au au lieu d'être consécutive à l'oblitération de l'artère, la myocardite n'est pas ici primitive et l'oblitération artérielle secondaire. L'examen des fibres du cœur peut permettre de résoudre la question : si, en effet, elles sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, il y a lieu d'admettre, avec M. Laveran, que la myocardite a été consécutive à l'oblitération ; si, au contraire, on ne constate que du tissu fibreux, on doit bien plutôt admettre que la myocardite a été primitive.

M. LAVERAN répond que l'examen permet de constater la dégénérescence granulo-graisseuse dont a parlé M. Lancereaux.

M. FÉRÉOL dit avoir observé à Ivry un cas analogue à celui que vient de rapporter M. Laveran, et paraît disposé à admettre la même origine pathologique que son collègue.

Énorme anévrysme de l'aorte. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique le fait suivant :

M. le docteur Malfilâtre (de Coulonces) ayant lu, dans la *Gazette des hôpitaux*, la relation du fait dont M. Beaumetz a entretenu la Société (voy. n° 82), lui adressa le malade dont voici l'observation.

D..., cinquante ans, ouvrier mécanicien, d'une bonne santé habituelle, porte une tumeur siégeant en arrière de la poitrine, du côté gauche, et dont il s'est aperçu, pour la première fois, il y a dix-huit mois. A son entrée à l'hôpital, on constate, du côté gauche du cœur, une tumeur sphérique dont la partie interne repose sur la colonne vertébrale, et dont le bord supérieur atteint l'espace qui sépare la septième et la huitième vertèbre dorsale, son bord inférieur se trouve entre la douzième dorsale et la première lombaire. Sa hauteur est de 12 centimètres. La pression qu'elle exerce sur la colonne vertébrale a fait subir, à celle-ci, une déviation qui s'étend de la sixième à la neuvième vertèbre dorsale. Entre la quatrième et la sixième, au-dessus de la tumeur, existe une petite courbure de compensation en sens inverse.

Cette tumeur occupe toute la partie postérieure et latérale du côté gauche de la poitrine, elle vient jusqu'à la partie antérieure où elle soulève les côtes. Elle est animée de battements très-appréciables à l'œil.

A la palpation elle offre une résistance qui, en certains points, est celle qu'offrirait un corps solide. C'est en ces points une sensation osseuse produite par la présence des côtes qui pressent sur la tumeur après avoir été soulevées, déformées de manière à se mouler sur sa convexité. En arrière, au voisinage de la colonne vertébrale, les quatre dernières côtes ne se rencontrent plus sous le doigt ; elles auront été détruites par la compression permanente de cette tumeur. En avant et en arrière de la poitrine, la main perçoit des battements très-manifestes. En arrière ces battements, sensibles dans toute l'étendue de la tumeur, ont deux points de summum d'intensité : l'un, tout à fait en arrière, près du bord inférieur de la tumeur ; l'autre, le long du bord interne, au niveau de la dixième apophyse épineuse dorsale. En avant le soulèvement est beaucoup plus intense et paraît se faire en masse. La paroi antérieure présente aussi un peu d'œdème. On peut donc, par la palpation, constater que la tumeur occupe la base de la poitrine, qu'elle a refoulé en arrière les quatre dernières côtes en amenant la disparition du tissu osseux. De telle sorte que le toucher forme, en allant de la partie externe à la partie interne, une résistance assez forte, osseuse, puis une résistance charnue, et enfin une résistance peu considérable due à l'amincissement des parois.

La percussion donne, en arrière, de la matité dans toute l'étendue de la tumeur, sur les côtés la matité existe aussi, mais on y rencontre aussi un espace sonore qui indique qu'une lamelle du poumon s'est interposée entre la tumeur et la paroi thoracique. Cet espace sonore a une forme triangulaire dont la base, qui est supérieure, a 11 centimètres ; la hauteur du triangle est de 4 centimètres.

L'auscultation donne en arrière, dans toute la partie postérieure, un silence presque absolu ; on entend seulement, à la partie inférieure et externe, un bruit lointain qui rappelle le bruit de galop ; à la partie latérale, dans toute la zone de matité, on n'entend aussi qu'un bruit lointain, sans bruit de souffle, mais au niveau de l'espace sonore, à l'auscultation, on entend une respiration faible. En avant, à la vue, les côtes ne sont pas sensiblement déformées, seulement il existe un peu de voussure au niveau du mamelon gauche, et un peu de soulèvement du dernier cartilage costal, ainsi qu'un soulèvement en masse de la partie inférieure de la moitié gauche du thorax, à gauche de l'appendice xiphoïde et non au niveau de la pointe du cœur.

La palpation en avant permet de reconnaître un choc violent sur le bord gauche de l'appendice xiphoïde. Ce soulèvement est perçu sur une surface rectangulaire dont le bord droit suit le sternum, et le bord inférieur le bord inférieur des côtes, tandis que le bord externe se confond avec la matité de la région latérale du thorax, et que le bord supérieur correspond à la quatrième côte gauche. Il est impossible, par la palpation, de déterminer le siége de la pointe du cœur, dont le choc se confond complétement avec les vibrations de la tumeur. Par l'auscultation, la pointe du cœur fait entendre ses bruits en un point situé à gauche du sternum, à 6 centimètres et demi de la ligne médiane, c'est-à-dire à peu près entre le mamelon et cette ligne et de plus à 1 centimètre au-dessus d'une ligne horizontale passant par le mamelon.

La percussion pratiquée du côté droit, pour rechercher la limite du poumon et du foie, donne cette limite passant par la pointe du cœur et correspondant à l'insertion du cinquième cartilage costal sur le sternum.

Par cet examen on constate donc que le cœur est soulevé, qu'il est tout entier refoulé vers la droite, sans dépasser de beaucoup le bord droit du sternum, ce qui indique qu'il n'a pas son volume normal.

On n'entend nulle part, à la périphérie de la poche anévrysmale, le souffle caractéristique de cette affection, mais bien deux bruits dont le premier est un peu prolongé.

L'auscultation du cœur donne, à la pointe, un roulement systolique râpeux, suivi d'un claquement valvulaire éclatant. En s'éloignant de la pointe le roulement ne se dédouble pas.

L'auscultation de l'aorte ne donne que des bruits faibles mais normaux.

Ainsi donc, d'après ces signes, on peut conclure que le cœur est petit, refoulé à droite, atteint peut-être d'une lésion mitrale, quoique l'impossibilité de décomposer le bruit fasse soupçonner un défaut de transmission des parties.

La poche anévrysmale, dont les dimensions considérables donnent comme périmètre 43 centimètres pour le contour droit, et 49 pour le gauche, est située au-dessus du diaphragme et paraît provenir de l'aorte thoracique, et s'être d'abord étendue en arrière où se trouvent les altérations costales.

L'auscultation, en ne donnant pas le bruit de souffle, ne permet pas d'indiquer, d'une façon certaine, la situation de l'orifice de communication, mais on peut, avec raison, supposer qu'il est aux environs de la septième vertèbre dorsale à la partie antérieure et externe de l'artère et qu'il est très-large. La crosse de l'aorte paraît saine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 novembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Champouillon et Maffre.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Arnould, Hamel.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Ducharme, Warion et Lambert.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Bernard.

— MM. les docteurs Hayem, médecin de la direction des nourrices; Rigal, Audhouy, Dugué, Gérin-Roze et d'Heilly, médecins du bureau central, sont nommés médecins du nouvel hôpital de Ménilmontant, dont l'ouverture va avoir lieu incessamment.

— *Faculté de médecine.* — Le registre pour les inscriptions du premier trimestre de 1878 (deuxième trimestre de l'année scolaire 1877-1878), sera ouvert le lundi 7 janvier; il sera clos le jeudi 25 janvier à quatre heures. — Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi. Passé le 25 janvier, nulle inscription ne pourra être faite sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon les cas.

Les consignations pour les examens de doctorat, continueront à être reçues les vendredi et samedi de chaque semaine de une heure à quatre heures. Il ne sera plus reçu de consignations pour le premier examen de doctorat, passé le 30 mars.

— Conformément à l'arrêté ministériel du 20 novembre 1877, un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, pour une place de chef des travaux anatomiques près ladite Faculté. Tous les docteurs en médecine sont admis à concourir.

Aux termes du règlement du 30 septembre 1836, le concours se compose des épreuves suivantes : 1° une préparation extemporanée sur un sujet anatomique, dont le choix sera déterminé par le sort; 2° deux leçons, l'une sur l'anatomie descriptive, l'autre sur un sujet d'anatomie pathologique; les deux sujets tirés au sort; 3° une opération chirurgicale, dont l'objet sera déterminé par le sort et qui sera pratiquée sur le cadavre; 4° la présentation d'une série de préparations anatomiques sèches, effectuées conformément à l'indication du jury et dans le délai par lui déterminé.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté un mois au moins avant l'ouverture du concours; ils devront déposer leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine. Le registre d'inscription sera clos le 31 mars 1878.

— *Corps de santé militaire.* — M. le médecin-inspecteur Marmy est admis dans la deuxième section (réserve), à dater du 7 décembre 1877.

MM. les médecins-major de 1re classe Deluy et Robert prennent leur retraite.

M. Apostoli, médecin aide-major de 1re classe, et Andt, pharmacien aide-major de 1re classe, donnent leur démission.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Fritsth dit Lang, et Lescœur, médecins-majors de 2e classe.

— Le concours pour l'internat de l'asile de Bron, ouvert près la Faculté de médecine de Lyon, s'est terminé par la nomination de MM. Bouvet, Danthony et Olivier.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, par le docteur ROYET. — In-8°. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Note sur l'emploi de la créosote vraie dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par MM. Charles BOUCHARD et GIMBERT (de Cannes). — In-8°. Prix : 1 franc. — G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 147. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 20 DÉCEMBRE 1877. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce n'est pas avant plusieurs semaines que les séances de l'Académie pourront reprendre quelque intérêt. Il a été formellement décidé qu'aucune question importante ne doit figurer à l'ordre du jour des deux prochaines séances, lesquelles, l'une et l'autre, seront remises au mercredi, à cause des fêtes tombant le mardi cette année.

Puis les élections annoncées et les rapports en comité secret sur les titres des candidats, laisseront sans doute bien peu de temps disponible pour une discussion sérieuse.

Déjà la séance d'aujourd'hui a été tout entière une séance d'élections.

L'Académie avait à renouveler son bureau pour l'année prochaine. Suivant la coutume, le bureau sortant avait fait les présentations; mais cette fois, il avait tellement bien choisi, que des applaudissements unanimes ont salué les noms des élus. Notre éminent maître M. Richet sera président de l'Académie en 1879. On s'en félicitait d'avance.

M. Panas a été nommé membre titulaire dans la section de pathologie externe. Le candidat qui a eu le plus de voix après lui, est M. Désormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker, auteur de travaux estimés, dont nous avons autrefois rendu compte, gendre de l'ancien inspecteur général des services sanitaires, M. le docteur Mélier, dont le souvenir est cher à tous.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lasègue.

De la rage.

Il y a quelques jours, est entré dans le service un homme qui était atteint de rage. Quoique ce malade n'ait fait que traverser nos salles, car il est mort quelques heures après son arrivée, j'ai cru devoir profiter de cette occasion pour prier un de mes amis, vétérinaire, de vous faire connaître, en quelques mots, les principaux caractères de la rage dans le chien, et de vous dire à quels signes vous pourrez la reconnaître. Cette question, pour être inconnue de la plupart des médecins, n'en a pas moins une très-grande importance, surtout pour ceux d'entre vous qui sont appelés à exercer à la campagne.

Je fais d'abord passer sous vos yeux le cerveau de notre malade; il ne présente pas, vous le voyez, de lésions bien définies, car c'est à peine s'il existe un léger degré de congestion des méninges et des couches corticales. Quant au malade lui-même, lorsqu'il a été amené dans nos salles, il subissait une crise extrêmement violente, caractérisée par une agitation considérable, consistant dans un mélange mal défini de mouvements cloniques et toniques, avec angoisse thoracique énorme et avec constriction gutturale extrême. Depuis, ces crises se sont répétées un grand nombre de fois dans la journée, séparées à peine les unes des autres par un intervalle de quelques minutes. Enfin, malgré des injections hypodermiques fréquentes de chlorhydrate de morphine, qui n'ont réussi qu'à procurer un peu de soulagement au malade dans ses derniers moments, cet homme s'est éteint le lendemain matin, quelques heures après son arrivée. Je cède maintenant la parole à mon savant ami.

La rage est une maladie qui est très-anciennement connue, car il en est déjà question dans les récits des auteurs les plus anciens. Le terme hydrophobie, par lequel on désigne encore cette affection, est une expression impropre. En effet, bon nombre de chiens enragés n'ont pas peur de l'eau, et, d'autre part, on a remarqué à la campagne que beaucoup de ces animaux, après avoir quitté la ferme ou la maison qui les avait vus naître, parcouraient les vallées, errant le long des ruisseaux pour aller enfin, sans que nous sachions pourquoi, mourir dans quelque fossé.

Dans le chien, le premier symptôme de la rage, c'est un changement d'habitude. Quand un chien a été mordu, il devient triste, il refuse la nourriture; au lieu, par exemple, de s'étendre devant le foyer, comme c'était son habitude, il se réfugie dans quelque coin obscur. Si son maître l'appelle, il n'accourt plus joyeux, en aboyant, mais il vient lentement, la queue entre les jambes et semble indifférent aux caresses qu'on lui fait; puis, bientôt il retourne se cacher sous un meuble ou dans un endroit retiré.

A une période un peu plus avancée, la voix devient rauque, enrouée. A une époque encore plus éloignée du début, si l'animal a déjà eu une première attaque, cette modification de la voix devient absolument caractéristique; c'est tout à fait le cri rauque du renard qui chasse la nuit, et souvent il m'est arrivé à la campagne, en entendant ce cri, de reconnaître dans la maison la présence d'un chien enragé dont on ne se doutait même pas. C'est là, je le répète, un caractère

extrêmement précieux auquel les vétérinaires ne se trompent pas.

A côté de ce type, qui est la forme la plus commune, il est une autre variété de rage, très-utile également à connaître, même pour le médecin, et que l'on désigne vulgairement sous le nom de rage mue. C'est une des formes de la rage les plus dangereuses, parce que c'est par elle que les gens ignorants contractent souvent cette affection. Dans cette forme, le chien est pris d'emblée de paralysie de la mâchoire, la langue devient pendante et la salive s'écoule des deux côtés. En présence de ces signes, le maître croit à un mal de gorge; si c'est à la campagne, on envoie chercher un empirique, qui s'empresse de déclarer que l'animal a un os dans la gorge, et on s'empresse, séance tenante, d'aller avec les mains à la recherche du corps étranger. Par lui-même, ce chien n'est pas dangereux, car, empêché par la paralysie des muscles de la mâchoire, il ne peut mordre; mais il suffit que l'individu chargé d'extraire le prétendu os de la gueule de l'animal ait aux mains une petite écorchure, une plaie quelconque, pour qu'il contracte la rage.

Quant à la marche de la maladie et à la durée de l'incubation, elles varient suivant les individus. M. Renaut, le savant directeur de l'École d'Alfort, qui a pratiqué sur des chiens des milliers d'inoculations, a, en effet, trouvé des dates extrêmement variables relativement à l'apparition de la maladie. Mais, dans tous les cas, la limite de l'incubation a été comprise entre douze et quarante jours. Et encore, dans cette limite, vingt fois sur cent, les premiers symptômes de la rage ont apparu le quinzième jour, et dix fois sur cent, les animaux inoculés ont atteint la période de trois semaines, un mois, avant que la maladie se manifestât. D'autres fois, ce n'est seulement qu'après un ou deux mois d'incubation que la rage a apparu, et même dans quelques cas, certains animaux ne sont devenus malades qu'au bout du cinquième mois. Enfin, il est des chiens qui, quel qu'ait été le mode d'inoculation employé, se sont montrés tout à fait réfractaires à la maladie.

Quant à l'inoculation elle-même, M. Renaut l'a pratiquée de toutes les manières : avec du suc pancréatique, avec de la bile, avec le liquide des vaisseaux lymphatiques, avec des fragments de poumon réduits en bouillie; il n'a jamais réussi à donner la rage qu'en injectant sous la peau des chiens de la bave, c'est-à-dire du liquide sécrété par les glandes salivaires des animaux enragés. De même, il a pu faire manger la viande provenant de ces derniers à des chiens, sans que les animaux qui avaient été soumis à ce régime contractassent eux-mêmes la maladie.

En quoi consiste l'anatomie pathologique de la rage, dans le chien? Autrement dit, à quels caractères reconnaîtrez-vous qu'un chien, de son vivant, était enragé? C'est ordinairement dans le cerveau que résident les lésions anatomiques qui caractérisent la rage; le plus ordinairement, elles consistent dans un degré de congestion plus ou moins prononcé du plexus choroïde, quelquefois avec un peu d'épanchement et dans un peu d'arborisation sanguine des enveloppes du cerveau.

Mais, dans le chien, c'est dans l'estomac surtout que l'on trouve les symptômes caractéristiques de la maladie qui nous occupe. Ils consistent dans la présence, dans la cavité stomacale, de débris de toutes sortes, herbes, cailloux, excréments, etc., que l'animal n'ayant plus conscience de ses actes, mange gloutonnement. C'est là la plus grande preuve que l'on avait affaire à un chien enragé.

Quant à ce que l'on appelle vulgairement l'hélice, c'est-à-dire à la présence de granulations à la base du frein de la langue, les recherches auxquelles je me suis livré avec M. Renaut ne nous les ont jamais fait découvrir.

La durée de la maladie est en moyenne de trois jours, à partir du premier accès. Quelquefois, l'animal succombe au bout de vingt-quatre heures, mais c'est très-rare; d'autres fois, ce n'est qu'après quatre ou cinq jours seulement que la mort arrive. Elle a lieu par paralysie. Il y a bien quelques secousses, quelques arrêts de la respiration, mais après quatre ou cinq accès, la paralysie envahit soit le train postérieur, soit les mâchoires, et l'animal succombe.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale.

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

Dans des leçons précédentes, nous avons étudié les insuffisances fonctionnelles de la mitrale qui ont leur point de départ dans une myocardite déterminée par une maladie fébrile infectieuse. Je veux vous parler aujourd'hui des insuffisances fonctionnelles de la mitrale qui proviennent de myocardites auxquelles la pyrexie contribue sans doute, mais qu'elle ne produit pas à elle seule, qu'elle provoque avec le concours quelquefois prédominant de la cachexie. Ce sont les insuffisances mitrales par myocardite palustre et par myocardite puerpérale.

Je tiens d'autant plus à vous entretenir de ces états morbides que leur découverte est un des plus beaux titres d'honneur de notre école. Elle appartient, dans une grande mesure, d'un côté au docteur Albenois, dont la thèse est consacrée à la myocardite palustre, et d'autre part au docteur Maurice Coste, dont la thèse a pour titre : de la myocardite puerpérale comme cause la plus fréquente des morts subites après l'accouchement. Nous aurons souvent, dans cette étude, à faire appel aux documents recueillis par ces jeunes et laborieux confrères.

Qu'il y ait, dans l'un et l'autre cas, insuffisance fonctionnelle de la mitrale et que, dans l'un et l'autre cas, il y ait myocardite, c'est ce que je dois tout d'abord vous démontrer. Nous rechercherons en second lieu les caractères anatomiques et en troisième lieu les caractères cliniques de ces myocardites, réservant pour un prochain entretien l'étude des deux ordres de problèmes qui s'y rattachent : d'une part le problème du savant, la pathogénie; d'autre part les problèmes du praticien : diagnostic, pronostic et traitement.

I.

Dans l'impaludisme comme dans l'état puerpéral, l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale s'accuse cliniquement par le souffle du premier temps et de la pointe, souffle qui, dans les cas heureux, disparaît sans laisser de traces, et, dans les cas mortels, ne laisse voir aucune lésion valvulaire mais est, par contre, accompagné d'altérations musculaires du cœur.

Nous avons eu plusieurs fois à vous signaler, chez des sujets atteints d'impaludisme chronique, un souffle léger du premier temps et de la pointe, qui disparaissait d'habitude à mesure que la maladie s'amendait. Nous diagnostiquions, dans ces cas une myocardite et la guérison en était la preuve car les souffles anémiques siégent à la base et les lésions de la valvule mitrale persistent indéfiniment. Mais il est des

esprits sévères que les guérisons ne contentent pas et auxquels il faut des autopsies. A ceux-là nous pouvons répondre par une observation que le docteur Albenois a recueillie à la Clinique et consignée dans sa thèse.

Il s'agit d'un paludéen qui, entre autres symptômes, présentait à la pointe un bruit de soufffe très-net se propageant vers l'aisselle. Je diagnostiquai une myocardite palustre. Le malade fut, un matin, trouvé mort dans son lit. L'autopsie révéla par l'examen à l'œil nu une dilatation générale du cœur portant plus particulièrement sur le ventricule gauche; par l'examen au microscope l'infiltration granuleuse de ses fibres musculaires, nettement accusée surtout autour des valvules mitrale et tricuspide et dans les parois du ventricule gauche. La trame anhiste interstitielle contenait des cellules fusiformes en assez grande quantité et quelques cellules graisseuses. C'étaient les lésions classiques de la myocardite.

Nous avons à la clinique très-peu de femmes en état puerpéral. Chez elles le bruit anormal de la pointe et du premier temps n'est pas rare. J'observais récemment en ville ce phénomène chez trois accouchées. Il a disparu chez la première huit jours après l'accouchement; il a duré environ trente-cinq jours chez la seconde, il persiste encore au bout de vingt jours chez la troisième.

Je ne vous donne pas ces cas comme des exemples incontestables de myocardite puerpérale. L'autopsie manque, et je reconnais qu'ici l'autopsie est nécessaire parce qu'on peut accuser également la dilatation passive du cœur.

Mais plusieurs faits où ce bruit de la pointe existait et où, la mort subite étant survenue, l'autopsie a permis de constater la myocardite, sont consignés dans la thèse de M. Coste.

Dans un cas de pelvi-péritonite puerpérale où, pendant la vie, avait été constaté un souffle très-fort du premier temps et de la pointe, on trouva à l'autopsie un cœur mou, flasque, décoloré, surtout au niveau des piliers; des fibres musculaires granuleuses; un néoplasme inter-fibrillaire composé de cellules fusiformes, c'est-à-dire les signes caractéristiques de la myocardite, avec des valvules saines.

Dans un deuxième cas où la pelvi-péritonite eut également une terminaison brusquement mortelle, on avait constaté pendant la vie le bruit du premier temps et de la pointe; on trouva après la mort le cœur flasque, friable, jaune ocre, une dégénérescence très-marquée de presque toutes les fibres, avec néoplasme intra-fibrillaire.

Dans un troisième cas de la même maladie, où le souffle existait aussi, ces mêmes lésions de la myocardite furent trouvées à l'autopsie.

D'un autre côté, chez trois autres femmes en état puerpéral, c'est-à-dire récemment accouchées, mais exemptes de péritonite, et qui moururent subitement, ce fut toujours ces mêmes souffles, ce furent toujours ces mêmes lésions.

Il est donc bien établi pour nous que, dans l'impaludisme et dans l'état puerpéral, il peut se produire des insuffisances mitrales par myocardite.

Je ne voudrais cependant pas vous laisser croire à l'enchaînement fatal et nécessaire de ces trois termes : état paludéen ou puerpéral, myocardite, insuffisance mitrale. Dans l'impaludisme et dans l'état puerpéral, il y a des insuffisances mitrales par dilatation simple du cœur sans m ocardite, il y a aussi des myocardites sans insuffisance. Je vous faisais observer dernièrement un paludéen qui avait un affaiblissement de l'impulsion cardiaque avec dédoublement à la pointe, et un autre qui présentait tous les signes de la dilatation du cœur sans bruit anormal; le premier avait une myocardite, le second une dilatation cardiaque; ni l'un ni l'autre ne paraissait affecté d'insuffisance mitrale. Vous avez également pu examiner une femme, le n° 11 de la Salle Sainte-Élisabeth, qui était en état puerpéral et se trouvait atteinte d'une péritonite pelvienne; elle avait une dilatation cardiaque avec impulsion exagérée, caractère plus éclatant du deuxième bruit normal, mais pas de bruit anormal, pas d'insuffisance mitrale. Il y a donc un quatrième terme, la dilatation, qui peut survenir avec ou sans myocardite comme cause prochaine, avec ou sans insuffisance comme effet direct; ce qui n'empêche pas la myocardite d'être la cause la plus ordinaire de ces insuffisances relatives de la mitrale.

II.

Les caractères anatomiques de ces myocardites doivent être recherchés à l'œil nu et au microscope.

A l'œil nu, dans l'impaludisme, on constate :

Une dilatation passive, qui porte surtout sur le ventricule gauche; cette dilatation avait été, avant la découverte de la myocardite, observée dans le cœur des paludéens par Mailliot, par Faure, par Collin.

Un aspect jaunâtre, décoloré, déjà indiqué par Mailliot, par Collin, par Dutrouleau;

Une mollesse, une friabilité remarquable, qui l'a fait comparer à de l'amadou et qui explique sa rupture dans les cas de Sébastian et de Collin; sa déchirure est pâle et granuleuse.

Dans l'état puerpéral, Coste a signalé moins la dilatation que l'état flasque des parois, qui n'avaient qu'une seule fois leur volume normal; un changement de couleur désigné par les mots : jaune chamois, feuille morte, jaune pâle, jaune ocre; une friabilité toujours manifeste et, dans un cas, excessive.

En somme, dans les deux catégories, nous trouvons trois changements : 1° un changement de volume, une dilatation avec état flasque des parois; 2° un changement de coloration, qui s'accuse par la couleur jaune et la pâleur; 3° un changement de consistance, qui se traduit par la mollesse et la friabilité.

Au microscope, dans l'impaludisme, comme Albenois l'a signalé, on observe dans les fibres la disparition de la striation transversale, avec de très-fines granulations et quelques rares cellules brillantes que détruit l'éther; entre les fibres, une trame anhiste avec cellules fusiformes. L'infiltration granuleuse n'est pas également répandue, elle occupe surtout les muscles papillaires, les parois ventriculaires, la pointe.

De son côté, dans l'état puerpéral, Coste a observé d'une part des fibres musculaires toujours granuleuses, parfois bosselées, parfois hyalines; d'autre part, un néoplasme inter-fibrillaire composé de cellules fusiformes ou ovalaires et de cellules rondes granuleuses dans une atmosphère cellulo-fibreuse. Le néoplasme était surtout abondant autour des vaisseaux, dont la lumière était oblitérée par des globules sanguins qui semblaient retenus par le boursouflement de la membrane interne, c'est-à-dire par de l'endartérite, fait analogue à celui qui a été signalé par Hayem dans les myocardites par pyrexie. Dans les coupes transversales, les fibres musculaires enveloppées par le néoplasme ressemblaient à des pieux dans un pilotis.

En somme, deux ordres de lésions constatées par le microscope caractérisent les myocardites paludéennes et puerpérales : d'un côté la dégénérescence granuleuse et la destruction des fibres musculaires, de l'autre la prolifération périphérique.

Ces constations anatomiques doivent provoquer quelques remarques.

D'abord, au microscope, des lésions anatomiques bien différentes par leur origine et leur nature, provenant de processus morbides en quelque sorte opposés, fièvre et cachexie, peuvent se révéler par les mêmes caractères. Ce qui prouve que le microscope, tout en pénétrant dans les mystères des infiniment petits, ne nous révèle cependant pas la nature intime des choses.

En second lieu, ces lésions sont appelées myocardites et considérées comme inflammatoires. Ce serait là plus qu'une imperfection de la science, ce serait un danger, si on devait considérer ces inflammations comme un surcroît d'activité vitale et leur appliquer un traitement spoliateur sous prétexte de les calmer. Inflammations, si vous le voulez, mais inflammations qui proviennent d'un affaiblissement du malade et réclament un traitement tonique. A mesure que la vie normale diminue, une vie pathologique, en quelque sorte parasitaire, se développe. Dans le cœur les éléments utiles, qui sont les fibres musculaires, s'atrophient, un élément de moindre importance, le tissu conjonctif, moins élevé dans l'échelle vitale, s'accroît à sa place, et c'est ainsi que l'inflammation devient une déchéance, au moins momentanée, de l'organe affecté.

En troisième lieu, Albenois et Coste ont mis en évidence le fait, moins clairement indiqué par les autres observateurs, de la prédilection de la lésion pour les muscles papillaires. C'est là une circonstance qui tient aux dispositions de la partie au moins autant, qu'à la nature de l'affection. Dans le poumon, la partie qui fonctionne le moins, le sommet, est plus exposée aux maladies tuberculeuses. Dans le cœur, la partie qui fonctionne le plus et qui jouit de la plus grande activité vitale, est plus exposée à la dégénérescence granuleuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° Ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter la donation entre-vifs de 2,000 francs qui lui est faite par M. le docteur Nicolas de Alforo ;

2° Ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Riche comme membre titulaire dans la section de pharmacie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Missol sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lucenay (Rhône), du 17 août au 30 octobre 1877 (commission des épidémies);

2° Les rapports généraux de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Moletz et de Graüs d'Olette pour l'année 1875 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine, qui adresse à l'Académie un exemplaire de la liste, par ordre alphabétique : 1° des docteurs reçus devant la Faculté de médecine de Paris, du 1er janvier au 31 décembre 1876 ; 2° des thèses d'examens scolaires 1875-1876 qui ont été récompensées par la Faculté; 3° des officiers de santé et sages-femmes reçus pendant ladite année 1876.

2° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté contenant la description d'un nouveau spéculum, par M. le docteur Vibert, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy (accepté).

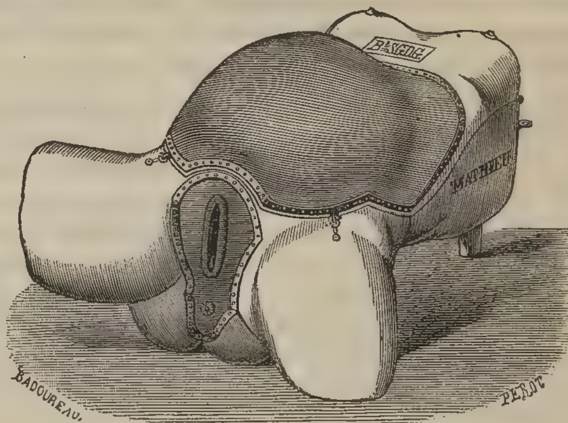
3° Une lettre du même médecin relative à la conservation du vaccin (commission de vaccine).

4° Une lettre de M. le docteur Armand de Fleury, qui se porte candidat au titre de membre correspondant de l'Académie de médecine dans la première section (commission des correspondants nationaux).

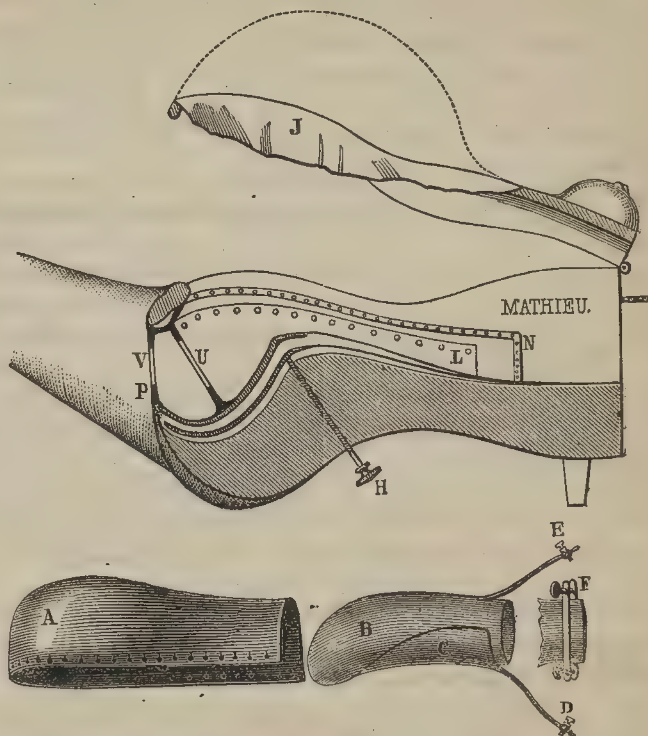
PRÉSENTATION

M. Tarnier présente, au nom de MM. Budin et Pinard, un mannequin obstétrical, qu'ils ont fait fabriquer par MM. Mathieu fils.

Ce mannequin permet de pratiquer les diverses opérations, et d'exercer les élèves au diagnostic des présentations et des positions. Ce mannequin est en bois sculpté, et représente le corps d'une femme depuis les seins jusqu'aux genoux. Le bassin reproduit la forme d'un bassin osseux.



Les parties molles, parois abdominales, utérus, périnée, vulve, sont en caoutchouc et fixées au moyen de vis mobiles, de telle façon qu'on peut facilement les changer.



On peut donc faire des applications de *forceps* et pratiquer la version dans des conditions semblables aux conditions normales.

Le rectum est mobile et peut être rapproché à volonté de la symphyse pubienne. On reproduit ainsi les *rétrécissements du bassin*.

La *mensuration digitale* devient possible, et la *craniotomie*, la *céphalotripsie*, la *céphalotomie*, l'*embryotomie*, etc., sont faites comme sur le vivant au niveau et au-dessus du détroit supérieur.

Avant d'être exercés aux opérations, les élèves ont pu l'être au diagnostic.

Un fœtus mort-né étant placé dans l'utérus, le *toucher* donne des sensations analogues à celles qu'on perçoit chez une femme en travail. On peut donc faire l'éducation du doigt d'une façon complète.

Si une poche à parois minces, contenant le fœtus et une certaine quantité d'eau, est mise dans l'utérus, il est possible de pratiquer le *palper* et d'effectuer la *version par des manipulations externes.*

Les services que ce mannequin obstétrical a, depuis une année, rendus à MM. Budin et Pinard, dans leur enseignement particulier sont tels, qu'ils ont cru devoir le présenter à l'Académie.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe.

La section présente, en première ligne, M. Panas.

En deuxième ligne, M. Guyon.

En troisième ligne *ex æquo,* MM. Désormeaux et Desprès.

En quatrième ligne, M. Benjamin Anger.

Au premier tour de scrutin :

M. Panas obtient	57	suffrages.
M. Désormeaux	12	—
M. Desprès	3	—
M. Guyon	1	—
Billet blanc	1	—

L'élection de M. Panas, comme membre titulaire de l'Académie, sera soumise à l'approbation du président de la République.

INCIDENT

Sur la proposition de MM. Trélat et Hardy, et après une discussion à laquelle prennent part MM. Bouley, Béclard, Blot et Depaul, l'Académie décide que dans les deux séances prochaines, remises au mercredi, on ne portera à l'ordre du jour ni la suite de la discussion sur le mémoire de M. Verneuil, ni aucune élection de membre titulaire, ni aucun rapport de candidatures.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU

L'Académie procède au remplacement des membres sortants du bureau :

M. RICHET est élu vice-président par soixante-douze suffrages.

M. ROGER est maintenu, par acclamations, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. BLOT et GUÉNEAU DE MUSSY sont élus membres du conseil.

A quatre heures vingt-cinq, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 décembre 1877. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. MATHIAS DUVAL présente une brochure dans laquelle il relate les résultats de ses recherches sur les origines du trijumeau.

COMMUNICATIONS

Du téléphone. — M. CYON expose brièvement les principes sur lesquels étaient basés les anciens téléphones de MM. Riess et Grey; chez le premier, le téléphone agissait par l'interruption d'un courant électrique, par une plaque vibrante; chez le second, un système de clavecins adaptés à des cordes vibrantes, entrait en vibration par les sons musicaux qui se faisaient entendre dans son voisinage. Le téléphone de M. Riess ne pouvait transmettre qu'une qualité du son — *la hauteur*; celui de M. Grey rendait d'une manière assez satisfaisante la hauteur et *l'intensité.* L'immense avantage du téléphone de M. Graham Bell consiste en ce que, outre ces deux qualités, il rend aussi avec une fidélité surprenante, *le timbre* du son, c'est-à-dire qu'il rend non-seulement le *ton fondamental* de chaque son, mais aussi tous ses *tons harmoniques* avec toutes les variations de leur intensité.

La manière d'agir purement physique du téléphone de M. Bell est des plus simples : un disque en fer doux, fixé à 1 millimètre de distance d'un aimant, entre en vibration sous l'influence des vibrations de l'air; par là, le disque devient aimant, et comme tel, il induit par ses vibrations une série de courants électriques dans une bobine qui entoure l'aimant. Cette bobine est en communication directe par deux fils télégraphiques avec la bobine de l'autre téléphone, ayant exactement la même construction que le premier. Ces courants se transmettent donc dans une seconde bobine et, sous leur influence, l'aimant en attirant et en repoussant le second disque en fer doux, le met en vibration.

Mais, si le fonctionnement physique du téléphone est très-facile à saisir, il n'en est pas de même de son effet physiologique; c'est-à-dire qu'il est beaucoup plus difficile de se rendre compte de ce qu'une oreille, placée dans le voisinage du second disque, entend *toutes les qualités* du son qui a mis le premier disque en vibration. La difficulté devient d'autant plus grande que le téléphone transmet, comme on sait, même le système si compliqué des sons que produit la voix humaine quand nous articulons les paroles.

M. Cyon ne croit admissibles que deux possibilités : ou les deux disques du téléphone transmettent le son avec une exactitude parfaite et *complétement uniforme,* ou les vibrations du second disque diffèrent considérablement des vibrations du premier. Dans le premier cas, il faudrait admettre que M. Bell fût arrivé par des merveilles de mécanique à exclure toute oscillation propre de deux disques et à égaliser complétement les vibrations des deux disques. La perception du son serait, dans ce cas, très-simple : on n'aurait qu'à supposer qu'entre l'oreille et les vibrations de l'air sont interposées deux nouvelles membranes du tympan. Dans ce cas, le téléphone ne présenterait qu'une répétition d'une partie de l'appareil auditif : la membrane du tympan réunie à la membrane ovale par un système d'osselets.

Dans le cas contraire, quand le second disque ne reproduirait pas exactement les vibrations du premier, nous aurions dans le fait que nous percevons tout de même toutes les qualités du son à une distance très-éloignée des vibrations primitives, une preuve directe et des plus éclatantes de la faculté qu'a notre organe auditif de distinguer, dans un système embrouillé d'ondes aériennes, ses éléments constitutifs. On sait que M. Helmholtz a, le premier, admis cette faculté de l'oreille et en a vu la cause dans la manière dont les terminaisons nerveuses se distribuent dans l'organe de Corti. Le téléphone, dans ce dernier cas, serait un appareil purement physiologique, dont le fonctionnement ne serait possible que grâce aux facultés de notre organe auditif.

Dans un article sur les téléphones, publié il y a quelques mois, M. Cyon, ne connaissant encore l'appareil de M. Bell que par quelques notices des journaux, a accepté comme plus probable la première supposition. L'étude de l'appareil lui-même et de sa manière de fonctionner indique, au contraire, que c'est la seconde supposition qui est la vraie, c'est-à-dire que le second disque ne transmet pas exactement les vivrations du premier, et que ce n'est que grâce à la faculté susdite de notre oreille que nous arrivons à débrouiller, dans les vibrations du second disque, les éléments constitutifs de la voix.

Supposons, par exemple, qu'un ton simple soit émis près du premier disque, ce disque (dont les oscillations propres sont presque nulles, grâce à sa manière de fixation et au voisinage de l'aimant) exécutera des vibrations dont le nombre dans une seconde serait déterminé par la hauteur du ton. La courbe sinusoïde, qui exprime l'onde aérienne, indiquerait en même temps le caractère exact de ces vibrations; il n'y aurait que l'amplitude de l'onde qui serait diminuée. Les vibrations du second disque ne dépendraient que des courants induits dans la première bobine. La question qui se pose se réduit donc à déterminer les rapports qui existent, dans le téléphone, entre les moments d'apparition et de disparition des courants dans

cette bobine et les vibrations du premier disque. Ces rapports ont été examinés par M. Dubois Raymond à Berlin, qui a démontré, par une simple analyse mathématique, que la courbe qui représente les courants induits doit différer de la courbe primitive en ce qu'elle indiquerait un retard d'un quart de la durée de l'oscillation; c'est-à-dire que chaque oscillation du premier disque se transmettrait par le courant électrique avec un retard d'un quart de sa durée. Comme les vivrations du second disque dépendent strictement de ces courants, elles présenteront aussi le même retard. En somme, le second disque reproduirait exactement les vibrations du premier, sauf une diminution de leur amplitude et le retard indiqué.

La chose se présente tout autrement quand, au lieu d'un seul ton, on communique au premier disque les ondes aériennes de plusieurs tons. Il suffit de construire trois ou quatre ondes ayant chacune une longueur différente, et de faire subir à chacune un retard d'un quart de la durée de son oscillation, pour se convaincre que la courbe résultant de ces ondes différerait considérablement de leur courbe primitive. C'est-à-dire que les vibrations du second disque différeront d'une manière très-distincte des vibrations du premier. La parole articulée contient, comme on sait, un nombre considérable de tons de différente hauteur; les ondes produites par ces tons en arrivant au second disque présentent un enchevêtrement très-compliqué, et ce n'est que grâce à la faculté de notre organe de Corti, d'analyser cet enchevêtrement et d'en retrouver les éléments constitutifs, que le téléphone est capable de transmettre la parole articulée.

Après avoir montré l'action du téléphone, M. Cyon a reproduit une expérience de M. Dubois-Reymond, qui rend visible la production des courants électriques par les vibrations du téléphone. Si l'on réunit les deux fils du téléphone avec le nerf sciatique d'une grenouille, on peut produire des contractions musculaires dans son muscle gastrocnémien en parlant dans le téléphone. Comme à chaque voyelle correspondent des sons musicaux différents, les unes comme le *on*, le *o*, ont une action plus puissante sur la patte des grenouilles que le *i* et le *e*; ainsi, par exemple, en disant dans le téléphone: *secousse*, les muscles se contractent, tandis qu'ils restent immobiles quand on dit : *tranquille*.

De la sensibilité du péricarde. — M. BOCHEFONTAINE a fait avec M. Bourset, une série d'expériences sur le chien, ayant pour but de déterminer la sensibilité du péricarde, enflammé ou non.

Sur un premier chien, il détermine une péricardite en injectant, dans le péricarde, une solution de nitrate d'argent; cinq jours après, le chien étant curarisé, il excite ce péricarde enflammé et constate une augmentation de pression et un ralentissement des battements du cœur. La même expérience a donné les mêmes résultats chez un chien dont le cœur était sain.

Troubles de la méningo-encéphalite expérimentale. — M. BOCHEFONTAINE fait une seconde communication sur les troubles de la méningo-encéphalite chez le chien.

A l'aide d'une petite canule de plomb, il introduit, dans un point déterminé et limité de l'écorce grise, du nitrate d'argent cristallisé, sans produire aucune lésion ailleurs que dans ce point. Si cette lésion est faite, par exemple, en avant, du côté gauche, au niveau du sillon crucial, le chien est pris d'un certain nombre d'attaques épileptiformes avec des impulsions délirantes dans l'intervalle; on constate également de la dilatation de la pupille, des mouvements choréiformes du côté opposé, de la paralysie complète du côté opposé, légère, parfois, du côté correspondant. Puis, au bout de sept à huit jours ces chiens, s'ils ne sont pas morts dans une de ces attaques, reviennent à l'état normal. On ne détermine aucun de ces troubles, si la lésion est produite dans les parties postérieures du cerveau.

M. MAGNAN demande si les impulsions délirantes, dans ces cas, précèdent ou suivent l'attaque épileptiforme ou bien si elles se produisent dans l'intervalle de ces attaques. Car on sait que, chez les épileptiques, il y a des attaques sans délire et du délire sans attaques. Dans ses expériences avec l'essence d'absinthe, M. Magnan a constaté, de même, que les choses se passaient ainsi : attaque, repos, accès de délire, repos, attaqne, etc.

M. BOCHEFONTAINE répond que, dans ses expériences, tantôt l'accès de délire a suivi et précédé l'attaque, tantôt il est survenu dans l'intervalle de deux attaques.

M. LUYS demande si les troubles du mouvement étaient unilatéraux ou bilatéraux.

M. BOCHEFONTAINE répond qu'ils étaient bilatéraux, mais plus marqués du côté opposé à la lésion.

De la mort dans le charbon. — M. REGNARD présente, au nom de M. Routier et en son nom, une observation d'un homme, mort du charbon malin, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un porteur à la halle, qui avait appuyé contre sa joue, en les portant, des quartiers de viande infectés de bactéridies. Une écorchure était devenue le point de départ d'une pustule maligne et le malade qui, le soir, ne présentait encore aucun signe et qui avait voulu coucher chez lui, revenait le lendemain matin avec les symptômes les plus alarmants. Sueurs froides, délire, coloration noirâtre de la face, gonflement du cou, etc.

Une goutte de sang examinée au microscope se montrait remplie de longues bactéridies, isolées, immobiles et formées de fragments isolés.

C'est alors que fut pratiquée une expérience pour savoir quelle était la proportion des gaz exhalés par la respiration.

La température du malade était tombée à 33°. Il absorbait, à l'heure, 7 litres 924 d'oxygène et exhalait 6 litres 300 d'acide carbonique. Rapport : 1,00 : 0,82. C'est le tiers environ de ce qu'un homme d'un pareil poids aurait dû consommer et produire.

MM. Regnard et Routier voient dans ce fait une confirmation de la théorie de MM. Pasteur et Joubert, qui attribuent la mort dans le charbon à la spoliation de l'oxygène du sang par les bactéries.

Non pas que chez le malade de l'Hôtel-Dieu on doive attribuer la différence qui existe entre le chiffre observé et la normale de l'absorption directe des bactéries, mais l'action de ces animaux a pu être de diminuer la proportion d'oxygène contenue dans le sang artériel et cela d'une façon constante. D'où, abaissement progressif de la température, diminution, faute de comburant, des combustions de l'organisme et, finalement, mort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

347. Babillot. Variations de la graisse dans le foie dans quelques états pathologiques.

348. Chambard. De la tarsalgie des adolescents, considérée dans ses symptômes, sa nature et son traitement.

349. Vignaux. De l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique.

350. Ledonné-Girardière. Considérations sur les principaux tænifuges, sur l'écorce de racine de grenadier particulièrement, et sur leur mode d'administration.

351. Bazot. Quelques considérations sur la dyspepsie essentielle chez les fumeurs.

352. D'Arsonval. Recherches théoriques et expérimentales sur le rôle de l'élasticité du poumon dans les phénomènes de la circulation.

353. Racime. Des varices des membres inférieurs et de leur coïncidence fréquente avec les dilatations veineuses du système de la veine-porte.

354. Troquart. Contribution à l'étude de l'action physiologique du chloral sur la circulation et la respiration.

355. Waquet. Du traitement des anévrysmes des membres au moyen de l'appareil élastique d'Esmarch.

356. Gutierrez. De la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. Classement des candidats. — 1. MM. Trousseau, Lèvy (Albert), Babinsky, Ricard, Lebreton, Guinard, Laurent (Auguste), Gaucher, Ozenne, Liander.

11. Dutertre, Richardière, Chaput, Guelliot (Octave), Chéron, Artaud, Chatellier, Figueroa y Giran, Binet, Chenantais.

21. Feulard, Bastard, Brazier, Carafi, Laurand (Georges), Luizy, Latel, Baron (Arthur) Cabier, David.

31. Mercier (Julien), Milley (Joseph), Marey, Butruille, Thomas (Pierre), Astier, Olivier (Adolphe), Simon, Malécot, Vickam (Edmond).

41. Lhuillier, Lacaille, Heuls, Barbulée, Catuffe, Laurent, Hannequin, Menard, Caylard, Farcy.

51. Rousseau (Gabriel), Dhomont, Gallois, Gomot, Gros (Claude), Masson, Meunier (Léon), Brulard, de Savarenne, Mercier (Gabriel).

61. Oudiné, Bignon, Tousset, Vinache, Millet (Pierre), Rowlat, Soyer, Malibran, Basset, Ferrier.

71. Henneton, Frémont, Balési, Carrette, Delangenhagen, Delapersonne, Urèbe, Bucquet, Fournier, Janin.

81. Michelena, Brossard, Cadet, Chayé, Duroselle, Meunier (Jules-Marie), Saury, Guiter, Levêque, Massot.

91. Rousseau (Théodore), Fibich, Jagot, Leviste, Hache, Calmeau, Poussié, Bernard (Antoine), Sozan, Hérédia.

101. Angulo, Audiguier, Dautel, Finot, Sauce, Vallon, Champeil, Chassaing, Gautier (Adrien), Poupon.

111. Réant, Valentini, Fleyssac, Léjart, Chabrier, Turquet, Deladroitte, Thomas (René-Louis), Haranger, Suchard.

121. Leclerc (Charles), Boureau, Jorry, Ramella, Restrepo, Roussel, Bailly, Bergeron, Lesur, Maubertier.

131. Narich, Pepnel, Sedillot, Tremblet, Vidal-Solares, Diaz Crosnier de Varigny, Livet, Lévy dit Franckel, Boucheron.

141. Buffet-Delmas, Liébaut, Cornilleau, Jacquelot, Sauvier, Barral, Bolliot, Callias, Chaumanet, Colin (Émile).

151. Moineau, Morand, Noguès, Pillot, Richard, Rogier, Compte, Coulon, Maison, Reverchon.

161. Sentex, Fèvre, Berthier (Auguste), Lopez, Luce, Reuet, Abelanet, Deniau, Fleurs, Sangle-Ferrière.

171. Vazeille, Pautry, Ribetou, Turgis, Paris, Peltier, Marcigny, Bonnaire, Imbert, Veillard.

181. Bernheim, Ferrand, Wickam (Henry), Aron, Bequin, Bouchet, Durand (Félix), comte Lagauterie, Lannois, Weisgerber.

191. Corneau, Rastel, Augé, Reynaud, Sauvage, Join, Cochot, Leroux, Lemoine, Deschamps.

201. Olivier, Duchemin, Privé, Baron, Bottey, Clozier, Gulat, Henry, Amiot, Jaurand.

211. Rogron, Vandenabeele, Artiago y Quesada, Luquet, Dhourdin, Puistienne, Boïnï, Burret, Gargam, Lafage (Joseph).

221. Descourtis, Davet, Proust, Conil, Ranguedat, Trichet, Clément, Queudot, Chevassus, Dallidet.

231. Morel, Chipier, Pastowski, Ledé, Ott, Lemonnier, Lacroix, Contancin, Nicolas, Richard (André).

241. Callais, Fontagny, Bourgeau, Mignard, Pujol, Renouard, Hublé, Faurot, Metaxas, Jobim.

251. Saissinel, Ducasse, Socquet, Mossman.

— Nous sommes heureux d'apprendre que M. L. Peisse, membre associé libre de l'Académie de médecine, notre ancien confrère en journalisme, vient d'être élu membre de l'Académie des sciences morales et politiques (section de philosophie), en remplacement de M. Lélut.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance, sur la proposition des membres de la commission du prix pour le concours de 1877, a décidé qu'une médaille d'argent et le titre d'associé libre national, seraient accordés à M. Lecour, pour son livre intitulé : *La Charité à Paris*.

— *A M. le docteur C..., à Rioux.* — Reçu la fin de votre manuscrit.

Du vertige épileptique, de son diagnostic, et de son traitement, par le docteur Toigne. — In-8°, Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins et des kystes en général, par le docteur E. Courtis, ex-interne des hôpitaux. — In-8° de 64 pages avec 1 planche lithographiée. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 148. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1877. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'état mental de certains diabétiques.

En 1872, à l'une des séances de la Société médicale du VIe arrondissement, M. Legrand du Saulle faisait part à ses collègues de remarques qu'il avait faites sur certaines anomalies intellectuelles présentées par des diabétiques. Il insistait, notamment, sur ce fait qu'il y avait toujours lieu d'analyser avec soin les urines des hommes de quarante à cinquante ans, qui, sans motifs appréciables, venaient à s'amaigrir, à s'attrister, à perdre en partie le sommeil, à contracter des habitudes avaricieuses inexpliquées et sans lien aucun avec leur *modus vivendi* antérieur, à présenter de véritables idées délirantes de ruine et à nourrir des projets de suicide, tout en continuant à manger avec appétit et à être absolument sains d'esprit sur tout ce qui ne concernait point l'état de leurs affaires et leur position de fortune. Dans la très-grande majorité des cas, ces malades, d'après M. Legrand du Saulle, étaient des diabétiques méconnus. A l'appui de son opinion, il citait quelques exemples cliniques assez frappants et invoquait le témoignage de Marchal (de Calvi), qui, de concert avec lui, avait pu suivre et traiter deux diabétiques ayant des idées suraiguës de ruine et ayant volontairement quitté la vie.

Depuis cette époque, M. Legrand du Saulle a continué ses investigations et a relevé sur l'état mental de quelques diabétiques plus d'une particularité assez neuve, entièrement inédite, et que nous pensons devoir faire connaître ici.

Et d'abord, le diabétique accepte avec quelque insouciance, pour ne pas dire avec un optimisme relatif, la perte de ses aptitudes viriles. Tandis que l'impuissance est si amèrement subie par le quadragénaire, lorsqu'elle est produite par toute autre cause, ou par le fait seul des progrès de l'âge, et tandis qu'elle conduit à de vifs regrets, à des tentatives inavouables et à des résolutions tout à fait imprévues, là au contraire, elle est accueillie avec étonnement, mais avec indifférence et résignation.

Au fur et à mesure que la dose du sucre dans les urines s'accroît, on peut noter des modifications dans l'état intellectuel de beaucoup de diabétiques. Les malades se préoccupent de leur santé, s'affligent, examinent leur urine ou la goûtent, font renouveler les analyses, dissertent sur la variation de la quantité du sucre, s'engagent dans la voie hypochondriaque et arrivent à n'être plus que médiocrement intéressés par tout ce qui n'a pas trait à leur affection et au régime alimentaire qui leur est imposé. Dès que les malades s'améliorent, dès que la dose de sucre diminue d'une manière sensible ou disparaît passagèrement, ils redeviennent gais, dispos, confiants, moins soucieux d'eux-mêmes et plus accessibles aux préoccupations d'autrui. Leurs dispositions intellectuelles, en un mot, sont en raison directe de la présence, du dosage ou de l'absence du sucre.

Dans quelques cas à marche rapide, alors que la quantité de sucre est très-élevée, les malades, en proie déjà depuis quelque temps à des tendances parcimonieuses inaccoutumées, deviennent très-avares, refusent tout à leur entourage et se refusent tout à eux-mêmes, puis, une fois sur cette pente, ils se disent ruinés, pleurent, gémissent brusquement, se lamentent, et, d'exagération en exagération, défendent qu'on achète quoi que ce soit dans leur maison, ne se rendent à aucun raisonnement, nient l'évidence, ne sont tranquillisés par rien et ne parlent que de leur ruine complète, de leur faillite inévitable pour le lendemain, ou de la mort qui peut seule les soustraire au déshonneur. A ce degré, malgré leur profonde tristesse, leur amaigrissement rapide et leur pâleur, ils peuvent encore dissimuler leurs anxiétés vis-à-vis du public, se contenir, faire des affaires et se montrer tout aussi intelligents et tout aussi raisonnables qu'ils l'ont toujours été. Et cependant, une impulsion de suicide peut survenir d'un moment à l'autre, faire taire la volonté, s'imposer et être suivie d'effet.

M. Legrand du Saulle a observé quatre cas de suicide, dans ces conditions exceptionnellement graves. Ils ont entre eux beaucoup d'analogie, ainsi qu'on va pouvoir en juger par le résumé qui suit :

1° M. T..., négociant, âgé de quarante-trois ans, marié, père de trois enfants, possesseur d'une jolie fortune, est devenu impuissant et a visiblement maigri depuis quelques mois. Il mange considérablement, dort mal, est tourmenté par la soif, s'afflige au sujet de ses affaires, qu'il dit être mauvaises et qui sont excellentes, devient d'une avarice sordide et se désespère. Il a des furoncles à la région dorsale qui

le font souffrir et l'exaspèrent. Il a conscience de son état et se déclare « le plus malheureux des hommes. » Sur ces données intellectuelles, M. Legrand du Saulle adresse le malade à Marchal (de Calvi); l'analyse des urines est faite par M. Duroy et le diabète est reconnu. Six semaines après avoir commencé un traitement approprié, T... est trouvé pendu.

2° M. V..., âgé de quarante-cinq ans, commis principal d'un changeur et très-occupé par des affaires de Bourse, est polysarcique et fils de goutteux. Il a eu plusieurs atteintes de coliques néphrétiques. Il possède environ 150,000 francs de fortune en portefeuille. Il maigrit, devient triste, hypochondriaque, impuissant et polyurique; il se croit ruiné, s'afflige et pleure. Sa mémoire est fidèle, tous ses souvenirs sont même d'une précision extraordinaire, ses pupilles sont égales, sa parole est libre. On prend l'avis d'un certain nombre de médecins et l'on paraît pencher pour le début insidieux d'une paralysie générale? Le diabète est soupçonné, et M. Bouchardat, consulté, trouve une quantité notable de sucre dans les urines. — Ce malade s'est noyé.

3° M. A..., âgé de quarante ans, fonctionnaire public en disponibilité, est obèse, triste, gros mangeur, impuissant et très-sujet à des poussées furonculeuses; il est devenu en quelques mois d'une avarice qui jure avec tout son passé. Il se dit ruiné, n'accepte aucune preuve du contraire, refuse toute exhortation, repousse tout propos consolateur, se décourage, s'amaigrit, s'impose des privations et déclare en pleurant qu'il ne survivra pas à la perte de sa fortune. il était diabétique et a été vu plusieurs fois en consultation par MM. Legrand du Saulle et Marchal (de Calvi). — Ce malade s'est noyé.

4° M. C. B..., âgé de quarante-neuf ans, ancien négociant, très-intelligent, riche, marié, père de deux enfants, gai, expansif, recherchant la bonne chère et intempérant à l'occasion, a passé plusieurs jours à faire des comptes et à aligner des chiffres. Sa ruine lui paraît manifeste et il l'annonce. Sa famille s'inquiète, consulte des hommes d'affaires et arrive facilement à reconnaître une situation très-prospère et fort enviable. Il s'exalte, ne dort pas, boit plusieurs fois pendant la nuit, continue à manger avec appétit, et reste d'une remarquable lucidité en dehors de ses assertions erronées sur sa situation financière. L'aliénation mentale est pressentie et plusieurs médecins sont appelés. Le diabète est enfin soupçonné et l'analyse des urines confirme en tous points cette manière de voir. — Ce malade a échappé un jour à la sollicitude de tous les siens et il est précipitamment parti pour l'Angleterre. Il s'y est tué le surlendemain de son arrivée.

A côté de ces exemples si fâcheux, il est vrai d'ajouter que l'on peut constater, dans un certain nombre de cas, l'avarice et les idées de ruine, mais sans aucune impulsion au suicide (1).

(1) Deux circonstances, qui m'ont frappé dans le temps, me reviennent en mémoire, à l'occasion des faits si curieux exposés dans ces quelques notes de notre collaborateur.

L'un de nos éminents confrères, mort des suites d'une affection diabétique peu de temps après les désastres de la guerre et de la Commune, me surprit un jour beaucoup, dans une conversation intime, en me faisant part des craintes très-vives qu'il avait sur son avenir, qu'il voyait compromis par une ruine possible et par toutes les horreurs de la misère; craintes d'autant moins fondées qu'à une très-haute situation que rien ne pouvait menacer, il joignait une fortune personnelle assez considérable.

A peu près à la même époque, mourait, également diabétique, un des anciens grands dignitaires de l'Empire, dont je n'ai pas eu, comme du précédent, les confidences, mais qui, de notoriété publique, donnait journellement, au milieu de la plus grande opulence, le spectacle de la plus grande parcimonie et de l'esprit d'économie le plus mesquin.

J'ajoute que l'un et l'autre étaient doués de la plus belle intelligence, dont ils ont donné d'ailleurs, tous deux, de nombreuses preuves, et que rien jusqu'à leurs derniers moments n'avait témoigné de la plus légère altération apparente de leurs facultés, si ce n'est, peut-être, sur ce seul point.

B.,....

M. Legrand du Saulle s'est demandé si les diabétiques, à idées suraiguës de ruine, n'étaient point des descendants de névropathes, d'apoplectiques, d'aliénés ou de suicidés? Il incline à l'admettre, mais il ne l'affirme point. Les renseignements transmis par les malades ou par leurs familles, ne sont point frappés au coin d'une authenticité irrécusable; l'orgueil appelle souvent le mensonge. C'est là, en tout cas, une question réservée quant à présent.

Poursuivons l'examen des autres remarques qui ont encore été faites par notre savant collaborateur.

D'après lui, le diabétique, lorsqu'il a fourni une carrière pathologique relativement longue, peut tomber dans une sorte d'apathie demi-béate, sans délire. Comme s'il avait besoin de calme, de repos, il s'asseoit ou se couche, reste immobile, déclare qu'il se trouve bien et reste ainsi une ou plusieurs heures dans son fauteuil ou sur une chaise longue, sans s'occuper à quoi que ce soit, sans lire, sans parler, sans permettre que l'on cause autour de lui, et, de temps en temps, on l'entend seulement dire ces mots : « Ah! je suis bien... comme je suis bien! » Vient-il, par hasard, à analyser sa situation, à rendre compte de son état, à passer en revue les actes de sa vie, il omet rarement de dire : « Je manque maintenant d'impulsion... Je comprends, je pense, je juge, je prévois, mais je n'exécute plus... La force impulsive me fait défaut. »

A un degré bien plus avancé encore, les malades ont de la soliloquie. Ils causent avec eux-mêmes à demi-voix, et éprouvent comme un véritable besoin de se raconter des histoires. Assis au coin de leur feu, ils restent seuls et ne s'ennuient pas; ils se parlent à eux-mêmes toujours sur le même ton, un peu lentement, arrivent à se suffire et préfèrent volontiers leur propre conversation à celle d'autrui, même à celle d'un entourage aimé. Ces soliloques placides, monotones et prolongés, ne témoignent, en général, d'aucune conception délirante; ils ne portent évidemment pas l'estampille d'une très-grande élévation mentale à ce moment, et l'on pourrait dire d'eux qu'ils constituent quelque chose comme « le soleil couchant de l'intelligence, » mais enfin ils ne sont point entachés de délire.

C'est dans ces conditions psychiques que la mort vient surprendre les malades, par suite de l'aggravation ultime des phénomènes glycosuriques observés ou des complications si graves que chacun sait.

Les récents ouvrages de MM. Bouchardat, Lecorché, Brouardel et Jaccoud ne mentionnent absolument rien sur l'état mental de certains diabétiques. Et Marchal (de Calvi) lui-même, lorsqu'il a publié son excellent ouvrage sur « les accidents diabétiques », a signalé à peine un peu d'hypochondrie chez l'un de ses malades.

Il y a donc lieu d'appeler l'attention sur tous les phénomènes que nous venons de signaler, de provoquer le contrôle des observateurs et d'attendre que la lumière se fasse définitivement sur les faits qu'on vient de lire.

La recherche de la composition des urines chez un malade peut être d'un grand secours, on vient de le voir, en mettant sur la voie du diagnostic d'une affection qui, sans ces circonstances, eût pu facilement passer inaperçue.

Phlegmon diabétique sous-axillaire.

Nous ne sortirons du sujet soulevé par la communication de M. Legrand du Saulle, que pour y rentrer, mais par une porte toute différente. On vient de laisser entrevoir un coin, jusqu'ici resté en friche, du champ si activement cultivé dans ces dernières années de l'affection diabétique. On sait, en revanche, combien est riche la symptomatologie secondaire du fait de la glycosurie diabétique ou de la glycémie, représentée par toute la série des désassimilations persistantes de certains tissus, phlegmasies superficielles et viscérales, anthrax, phlegmons circonscrits ou diffus, pseudo-phlegmons. C'est sur un exemple d'une de ces lésions à détermination vague, diffuse, qui n'ont leur signification et leur raison d'être que dans la découverte du phénomène de la glycosurie, que nous voulons appeler un instant l'attention.

Une femme âgée de soixante-quatre ans entre dans le service de M. Verneuil pour une tumeur de l'aisselle, tumeur en plaque, inégale, bosselée, dure, rouge et légèrement excoriée à la surface, située un peu trop bas pour qu'on puisse lui assigner pour siége les ganglions lymphatiques, et qui, d'ailleurs, vu l'âge de la malade, était peu présumable, enfin sans aucune apparence de fluctuation, quelque minutieuses qu'aient été les recherches à cet égard; si bien que M. Verneuil dut repousser le bistouri que lui offrait son interne.

Quelle avait pu être la cause et quelle était la nature de cette tumeur? La malade avait fait, quelque temps auparavant, une chute sur les mains, sans que le tronc eût porté; on ne pouvait donc l'attribuer à cet accident, il n'y avait pas eu contusion sur la poitrine. En examinant attentivement la malade, M. Verneuil fut frappé de l'aspect particulier de la langue qui était rouge et sèche, ainsi que les gencives et toute la bouche, et recouverte d'un mucus épais, visqueux. Or cette femme n'avait aucune affection gastro-intestinale qui pût expliquer cet état de la langue. Il fut conduit par cette circonstance à faire examiner les urines. Cet examen y fit reconnaître des proportions notables de glycose. La question était jugée. En rapprochant du fait de la glycosurie l'aspect spécial de la langue, des gencives et des parois buccales et les caractères particuliers de la tumeur axillaire, tumeur mal circonscrite, superficielle, paraissant constituée plutôt par la peau, elle-même indurée, épaissie, que par le tissu cellulaire sous-cutané, il n'était plus permis de méconnaître la liaison de ces trois faits et l'existence d'une affection diabétique dont la rougeur sèche de la muqueuse labio-linguale et le pseudo-phlegmon de l'aisselle étaient des manifestations.

Toutes les fois, disait à ce sujet M. Verneuil à ses élèves, que vous trouverez des lésions de cette nature, cette altération des muqueuses buccales sans maladie de l'estomac, ces phlegmasies superficielles de la peau mal circonscrites, ces indurations phlegmonoïdes ou pseudo-phlegmons mal délimités, vous pourrez déjà présumer l'existence d'une affection diabétique, que confirmera plus tard l'examen des urines. L'absence même de glycose dans les urines, dans ce cas, ne serait pas toujours une raison de ne pas admettre l'existence d'un diabète; le résultat de l'examen fait à de certains moments de la maladie peut être négatif en apparence, alors que, dans d'autres examens répétés ultérieurement, la présence du glycose peut être constatée en plus ou moins grande abondance.

Ceci me remet en mémoire un fait dans lequel l'examen des urines, fait par un des plus habiles chimistes de Paris, fut complétement négatif à l'endroit de la présence du sucre, alors que la polydipsie, la polyurie, des plaques eczémateuses nombreuses de la peau, des anthrax, l'amaigrissement, ne me laissaient aucun doute sur l'existence d'une affection diabétique, qui se termina par une phthisie pulmonaire à marche rapide chez un sujet qui avait dépassé la cinquantaine. Il ne pouvait s'agir évidemment, dans ce cas-là, d'une simple polyurie ou d'un diabète insipide. Les symptômes du diabète vrai, glycosurique, étaient si bien accusés, que, malgré l'absence de glycose constatée dans les urines, je n'hésitai pas à le mettre au traitement et au régime des diabétiques, ce qui, par parenthèse, ne l'empêcha pas de succomber quelques années après à Nice, où je l'avais envoyé, aux progrès de sa phthisie aiguë. On sait que la glycosurie est quelquefois sujette à des intermittences. C'est, sans doute, dans une de ces intermittences que fut fait l'examen des urines, que je négligeai, à tort, de faire renouveler par la suite.

Syphilis maligne galopante.

M. le docteur A. Sanquer (de Morlaix) nous communique l'observation suivante, qui vient à l'appui de celle que M. Ch. Gille, interne de M. Guibout, publiait le 13 décembre dernier dans la *Gazette des hôpitaux*.

« Au mois d'avril, la femme M..., qui est mariée à un employé de chemin de fer et a un enfant de quinze mois, pendant que son mari était occupé à une grande distance, vint pour tout l'été s'établir chez ses parents, dans une ferme située à quelques cents mètres de Morlaix. Vers cette époque elle consultait un médecin de la ville qui prescrivait, pour elle et son enfant, un traitement anti-syphilitique.

Le 2 juin, je la vis pour la première fois. Elle avait une rhagade à la commissure des lèvres, une autre entre le pouce et l'index, plaie qui, disait-elle, ne guérissait pas vite, des ulcérations au gosier, des ganglions engorgés au cou, un peu de roséole sur la figure et le haut de la poitrine. L'enfant était pâle, avait de la diarrhée, des ulcérations à la bouche, plaques blanches sur la langue.

Dans une même visite, le 7 juin, je vis la grand'mère qui gardait habituellement l'enfant. Une très-forte céphalalgie, une grande faiblesse, de la blépharite, de la roséole sur la figure et sur le devant de la poitrine, des croûtes sèches sur la tête, les cheveux commençaient à tomber, un engorgement des ganglions cervicaux, tels étaient les symptômes que présentait cette femme âgée de soixante-trois ans. La maladie, disait-elle, avait commencé par une gêne de la gorge qui présentait des ulcérations.

Dans un lit, à côté d'elle, se trouvait une autre de ses filles, femme de vingt-huit ans, ayant eu trois enfants, les ayant allaités, nouvellement accouchée depuis trois semaines, femme délicate, pâle, à chairs très-molles qui avait eu aussi, au début, mal à la bouche, et qui maintenant s'inquiétait d'une éruption survenant sur tout le corps. La figure était couverte de plaques noirâtres, rugueuses, comme à écailles, laissant échapper, à la pression légère, un liquide sanieux. La plus grande plaque existait au-dessous du sourcil gauche et était grande comme une écaille d'huître de moyenne taille. Sur tout le corps d'autres plaques du même genre, plus espacées qu'à la figure, entremêlées de bulles à contenu louche. Au mollet gauche une croûte est tombée; une plaie grisâtre, profonde, d'un diamètre de 3 à 4 centimètres empêche la malade de faire aucun mouvement. Les pieds sont enflés; il y a de la diarrhée.

Je prescris soins de propreté; vin de quinquina, alimentation aussi réparatrice que possible; pilules de Gille; deux

pilules de Sédillot. Tout le mois de juillet et une partie du mois d'août, cette femme reste prostrée, elle ne pouvait se lever; ce n'est qu'à la fin d'août que l'éruption commença à se dessécher, et aujourd'hui elle présente des cicatrices déprimées; elle est presque entièrement chauve; ses forces se sont un peu relevées, mais elle a encore un iritis syphilitique et parfois de la diarrhée. Son intestin supporte mieux d'ailleurs la liqueur de Van Swieten que les pilules de Sédillot.

Le 15 juillet, le mari de cette dernière femme, homme très-robuste, grand et bien planté, se plaignit à moi de maux de gorge et de ganglions engorgés au cou. Dans le courant d'août, une éruption abondante de plaques muqueuses aux fesses et sur les bourses.

Le 29 juillet, c'est le tour d'une jeune fille de seize ans, sœur des deux premières femmes, puis d'un jeune garçon de sept ans, son frère. Ulcérations de la gorge, puis, plus tard, roséoles.

Comme la moisson approchait, devant amener avec elle un grand nombre de convives, je recommandai, en présence de tous ces symptômes, les plus grands soins de propreté dans la préparation des aliments et le nettoyage des ustensiles de table.

Malgré tout, le 19 septembre, une vieille journalière, ayant travaillé dans la ferme, vient chez moi me montrer des ulcérations de la gorge.

N'y a-t-il pas eu d'autres personnes infectées ?

Pour moi, le point de départ de toutes ces véroles est indubitablement M... qui, revenu du service depuis deux ans, a des taches sur la peau, me dit sa femme, maintenant au courant de l'éruption. Il a communiqué la maladie à sa femme et à son enfant.

A cause de l'incurie et de la malpropreté malheureusement si fréquentes chez nos paysans bretons, six autres personnes, à ma connaissance, contractent la syphilis.

Sur ces six qui ont des accidents secondaires, la roséole chez quatre est le symptôme saillant. Le mari, beau-frère de M..., a des plaques muqueuses. Seule, sa femme, ainsi que le constate M. Guibout, épuisée par l'accouchement et un commencement d'allaitement, d'une constitution mauvaise, étant dans de fâcheuses conditions hygiéniques, contracte le rupia classique, et le contracte rapidement, puisque sa sœur arrivant chez elle en avril, quand je la vois, le 7 juin, pour la première fois, elle est en pleine éruption. C'est, comme on le voit, un exemple remarquable de syphilis maligne galopante, avec transmissions multiples.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Dujardin-Beaumetz.

Énorme anévrysme de l'aorte.

Dans notre dernier compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, nous avons publié une observation qui avait été communiquée à M. Dujardin-Beaumetz, par M. le docteur Malfilâtre. On se rappelle qu'il s'agissait d'un homme, atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, que M. Malfilâtre avait adressé à M. Dujardin-Beaumetz.

Cet homme, après être resté trois mois dans l'hôpital, succombait à l'état cachectique, déterminé par l'anévrysme, et ayant éprouvé, pendant tout le temps, des douleurs atroces, soit du côté de la poche anévrysmatique, soit du côté des membres inférieurs où il existait des ulcérations extrêmement douloureuses.

L'autopsie permit de constater les points principaux qui avaient été observés pendant la vie. Il existait dans le thorax, au niveau de l'insertion du diaphragme, une poche anévrysmatique énorme entourant complétement la colonne vertébrale, et présentant une circonférence de 57 centimètres. Cette poche présentait deux portions; l'une, de beaucoup la plus considérable, occupait tout le côté gauche du thorax refoulant le poumon à la partie supérieure de la cavité thoracique et le réduisant à l'état d'une simple lamelle. L'autre partie, beaucoup moins volumineuse, débordait un peu le côté droit de la colonne vertébrale et faisait une saillie dans la cavité thoracique droite. Cette tumeur repoussait les côtes dans le côté gauche, et avait détruit les huitième, neuvième et dixième côtes. Le cœur, légèrement repoussé vers la partie médiane, reposait sur la tumeur; ce cœur, peu volumineux, ne présentait aucune altération. L'aorte n'était pas altérée, et c'était à la partie descendante et postérieure que se trouvait l'ouverture de la poche, ouverture qui avait 7 centimètres d'étendue. La poche anévrysmatique contenait un énorme caillot qui était composé de deux parties. La partie médiane, correspondant à l'aorte et à la colonne vertébrale, présentait un caillot de nouvelle formation, tandis qu'au contraire les parties latérales, constituant les parties droite et gauche de la tumeur, renfermait des caillots fibrineux et résistants de date ancienne. La colonne vertébrale, qui était à nu dans la tumeur dans une étendue de 18 centimètres, présentait une altération profonde et très-curieuse des six vertèbres dorsales. Les espaces intervertébraux seuls sont conservés, tandis qu'au contraire les corps vertébraux sont profondément fouillés et altérés.

M. Dujardin-Beaumetz montre une pièce sèche de cette poche anévrysmale remarquablement préparée par son collègue M. Benjamin Anger, sur laquelle on peut constater les particularités signalées précédemment. M. Dujardin-Beaumetz termine sa communication en mettant en lumière les points suivants: d'abord la précision du diagnostic, qui avait été fait pendant la vie par M. Constantin Paul; d'autre part, l'absence de troubles paraplégiques, malgré l'altération profonde de la colonne vertébrale; enfin, la présence des caillots fibrineux énormes qui s'étaient formés naturellement dans cette tumeur.

THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau révulsif.

Par M. le docteur Ed. Couturier.

Parmi les médicaments usuels, il en est peu qui rendent autant de services que les révulsifs. Les sinapismes sont d'un emploi journalier, et les vésicatoires volants, quoique réservés à des cas plus graves, ont des indications tout aussi nombreuses.

Mais il est bien des circonstances où l'action fugace du sinapisme ne suffit pas et où l'on recule devant l'emploi du vésicatoire. On n'a alors d'autres ressources que les frictions avec le tartre stibié ou l'huile de croton, et les applications de thapsia. Mais ces moyens présentent des inconvénients tellement sérieux qu'on hésite bien souvent à les conseiller.

Le tartre stibié produit une éruption qui guérit lentement et laisse des traces indélébiles; aussi y a-t-on généralement renoncé aujourd'hui.

L'huile de croton et le thapsia occasionnent des démangeaisons intolérables, durant très-longtemps, et auxquelles il est impossible de se soustraire. Ils donnent lieu en outre, fort souvent, à un gonflement douloureux et à une éruption générale, et leur action est lente à se produire. Si l'on y a recours encore, c'est donc faute de

mieux. Je n'ai rien dit de la poix de Bourgogne, parce que ses effets sont à peu près nuls.

Ce qu'il faudrait pour remplir le but, c'est un agent dont l'action fût à la fois rapide et prolongée, et qui provoquât une vive révulsion sans occasionner de douleurs ni de démangeaisons.

Cet agent existe-t-il? Il n'existait pas hier, ou du moins ses propriétés étaient à peine soupçonnées, et il n'était pas employé ; mais il le sera certainement dans l'avenir. Cet agent c'est le *piment*, ou plutôt l'extrait de piment que vient de faire connaître M. Lardy. Il réunit, en effet, au plus haut degré les diverses conditions que nous venons d'énumérer. Il agit avec une grande rapidité, dix à trente minutes, selon le point d'application et la délicatesse de la peau. Son action se manifeste, dès le début, par de la chaleur, une cuisson légère et de la rougeur. Ces phénomènes vont en augmentant pendant trois heures environ puis ils restent stationnaires, et l'action révulsive se continue ainsi autant qu'on le désire. Cependant après vingt à vingt-quatre heures, chez les grandes personnes, huit à dix heures, chez les enfants, il vaut mieux enlever l'emplâtre, sauf à en mettre une autre à côté, si l'on veut continuer la révulsion.

La chaleur et la cuisson développées par l'extrait de piment ne sont nullement douloureuses et n'empêchent point de vaquer à ses occupations. Il ne se produit pas la moindre démangeaison et l'action reste toujours localisée. On ne peut mieux la comparer qu'à celle d'un sinapisme qui, arrivé à la moitié de sa puissance, se maintiendrait ainsi vingt-quatre heures.

On voit, par ce rapide exposé, tout le parti qu'on peut tirer du nouveau révulsif, dans les cas où une dérivation rapide et prolongée est nécessaire; les inflammations aiguës ou chroniques des bronches et de la gorge, les congestions de divers organes, les douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, etc.

L'extrait de piment a une belle couleur rouge, identique à celle du fruit desséché. Convenablement incorporé à une masse emplastique, et étendu sur des carrés de papier, à la façon des sinapismes en feuilles, son application est des plus faciles. Il ne faut pas le chauffer, car il adhère suffisamment à la peau; mais il est bon, sur les parties sujettes à mouvements, de le fixer avec un bandage tout comme un vésicatoire. On augmente, d'ailleurs, ou l'on modère son action, selon la pression qu'on exerce, ce qui est une qualité de plus. Et quand on l'enlève, si on veut faire cesser immédiatement la chaleur et la cuisson, il suffit d'appliquer un peu d'amidon.

La seule précaution que je doive recommander, c'est d'éviter de porter aux yeux, aux lèvres, aux narines, les doigts qui auraient touché l'extrait de piment, car on éprouverait de suite une vive cuisson. Avec l'huile de croton ou le thapsia, c'est d'ailleurs bien autre chose, car en cas pareil, on n'échappe pas à l'éruption et aux démangeaisons qui l'accompagnent; souvent même, il survient un érysipèle artificiel, et cela d'autant mieux que l'*avertissement* étant tardif, on est exposé à porter plusieurs fois les doigts au visage avant de se douter du danger.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer l'extrait de piment, je l'ai employé sur moi, et j'ai été frappé des avantages qu'on peut en retirer.

C'est ce qui m'a suggéré cet article, persuadé que tous ceux qui feront usage de ce nouveau révulsif en seront aussi satisfaits que je l'ai été moi-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1877. — Présidence de M. PANAS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LECTURE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation recueillie par MM. Filliette et Cazin (de Boulogne), et adressée par ce dernier, membre correspondant, sous le titre de *fracture avec enfoncement du pariétal gauche; guérison sans trépanation.* Le blessé mousse à bord d'un bateau, reçut sur la tête une pièce de bois d'un poids assez considérable. Il perdit connaissance immédiatement. Dix minutes après, il eut deux ou trois vomissements alimentaires, puis glaireux et même un peu sanguinolents. Tout le reste du jour et jusqu'au lendemain, il resta dans un demi-coma. Quand M. Filliette le vit le lendemain, la connaissance était revenue et le malade jouait même aux cartes. Le chirurgien constata une petite plaie linéaire, verticale, de deux centimètres d'étendue, située au-dessus de l'hélix gauche, et, au niveau de la plaie, une fracture avec enfoncement. Les muscles de la face étaient paralysés du côté de la fracture et il y avait de la mydriase du même côté. Le malade était aphasique. Le pouls était régulier; la température normale. La vessie et le rectum fonctionnaient bien. Cet état dura pendant deux jours. Le troisième jour, convulsions épileptiformes d'une durée de trente-cinq minutes. Le pouls reste à 72. M. Filliette pense à faire sans tarder la trépanation et convoque à cet effet M. Cazin, mais, au dernier moment, le père de l'enfant s'oppose absolument à l'opération. Le lendemain, le pouls est à 60; le blessé joue aux cartes. Le jour suivant le mieux persiste. Trois jours après, la paralysie faciale et la mydriase disparaissent; et enfin, quinze jours plus tard, le blessé recommence à travailler. M. Cazin l'a revu en décembre; l'accident datait du mois de février, et malgré la persistance de l'enfoncement, la santé n'a subi aucune atteinte depuis.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY offre, de la part de M. Bérenger-Féraud, membre correspondant, le deuxième volume de son Traité clinique des *Maladies des Européens au Sénégal.*

M. TERRIER, au nom de M. Trélat, présente, de la part de M. Coursserant, une note sur la *Choroïdite antérieure.* (Commissaires : MM. Terrier et Trélat.)

M. GUYON présente, de la part de M. le professeur Malherbe (de Nantes), une observation de *Kyste du cou à contenu huileux.* (Rap., M. Guyon.)

M. PANAS présente, de la part de M. Roger (du Havre), une observation de *Dystocie par allongement hypertrophique du col de l'utérus;* et, de la part de M. Faucon (de Lille), une observation d'*étranglement interne par enroulement de l'intestin sur lui-même.*

COMMUNICATION

M. DESPRÈS a communiqué à la Société, au mois d'octobre, une observation de trépanation de la diaphyse du tibia pour une ostéite. Le malade est aujourd'hui guéri.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. POZZI présente un malade qu'il a opéré l'année dernière et déjà présenté dans la séance du 29 novembre 1876. La section du maxillaire inférieur, faite pour remédier à une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, avait donné des résultats satisfaisants qui se sont maintenus jusqu'à ce jour.

RAPPORT

M. LE DENTU continue la lecture de son rapport sur le travail de M. Terrillon relatif aux localisations cérébrales. Cette lecture sera terminée dans la prochaine séance.

NOMINATION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1878.

Sont élus :
Président : M. Guyon ;
Vice-président : M. Tarnier ;
Premier secrétaire annuel : M. Horteloup ;
Deuxième secrétaire annuel : M. Lannelongue ;
MM. Nicaise, *trésorier*, et Terrier, *archiviste*, sont maintenus par acclamation dans leurs fonctions.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Livres d'étrennes.

Chaque année, nous avons coutume de publier, sous ce titre, une petite revue des livres qui nous semblent bons à être recommandés à nos lecteurs. Plus nous allons et plus cette tâche deviendrait pénible s'il nous fallait énumérer toutes les tentations que les éditeurs viennent nous offrir à ce moment de l'année. Intéressantes à divers titres, plus ou moins richement reliées, ces œuvres diverses s'adressent à tous les âges et à toutes les fortunes.

Depuis le Joseph de Bida, l'Adriatique de Yriarte, jusqu'au XVIIIe siècle du bibliophile Jacob, il y a grand choix pour les bourses « puissantes » : quant à nous, modestes médecins, sans frapper à tant de portes, restons fidèles à nos vieux amis et demandons à la maison Hachette les livres qu'elle recommande à notre attention.

L'année dernière, nous vous présentions le deuxième volume de la Géographie de Reclus; cette année, voici le troisième volume. Avec lui, nous allons connaître la Suisse, l'Autriche, la Hongrie et l'Allemagne. Inutile, n'est-ce pas, de dire que cette partie de l'Europe est une des plus pittoresques. Pendant longtemps même, il a été de mode de ne trouver le pittoresque que dans les pays de langue allemande. Autrefois, nous protestions par nos belles courses pédestres — en vrai touriste, — dans nos belles provinces (Bretagne, Normandie, Vendée, Touraine, Dauphiné): aujourd'hui, il n'est plus besoin de protester, peut-être même est-il nécessaire d'affirmer que la France centrale mérite en grande partie son renom. Comme les hommes font mal priser la nature!

Nous voici donc avec M. Reclus, parcourant ces belles contrées. Rien n'échappe à sa consciencieuse étude : géographie, physique, mœurs, coutumes, institutions. Tout vient en son heure et en son lieu. Ce que l'auteur n'a pu voir de ses propres yeux, il le voit par des correspondants sûrs et instruits. Aussi cette géographie resterat-elle l'expression la plus vraie de la connaissance des pays et de leurs habitants au dix-neuvième siècle. Que d'erreurs M. Reclus relève au passage; comme il combat les idées fausses, — adieu, la pauvreté du peuple allemand, adieu, en partie ses vertus, sa morale, sa pureté. Ah! qu'il les connaît bien, notre auteur — et comme tout ce qu'il dit est modéré, sage et loin du style partial de pamphlétaire.

Avec notre auteur, nous revoyons avec un vrai plaisir et Cassel, et cette magnifique campagne d'Eisenach, et la Wartburg, et Gotha la ville paisible, et Weimar et ses tombeaux; Leipzig et son université, Dresde et ses musées, et Prag la ville des merveilles. Et comme nous regrettons ce voyage interrompu par les coups de foudre prussiens; les voies ferrées coupées. Il a fallu remettre à de meilleurs jours la vue de Vienne; mais si, de 1866 à 1870, il y avait quatre ans, il y a un siècle de 1870 à cette année, et quand verronsnous la ville française, le Paris du pays allemand?

Voilà, certes, un des beaux et bons livres à placer sur les rayons de sa bibliothèque. Chaque année, prenez le nouveau volume paru, et dans une dizaine d'années, vous aurez un véritable monument, qui nous aura fait parfaitement connaître ce que nous savons si peu, — le monde d'au-delà de nos frontières.

A côté de la géographie, voici une vieille connaissance que nous vous avons présentée il y a quelque dix ans. Nous vous disions alors que l'œuvre de M. Guillemin était appelée à rendre de grands services. Avions-nous raison d'appeler votre attention sur ce livre? Aujourd'hui, la cinquième édition du « Ciel » vient de paraître. Mais ne nous méprenons point : ce n'est plus le même livre. C'est bien encore le traité d'astronomie mis à la portée de nos intelligences, mais la science a marché et voici que, tout en conservant un plan primitif, l'auteur a dû élargir son cadre, et le volume a grossi, grossi, et c'est un livre de près de mille pages que nous vous présentons.

C'est qu'en ces temps, la science marche vite. L'analyse spectrale nous révèle chaque jour de nouveaux mystères; avec elle, on se trouve dans les sciences physiques, un peu dans la situation où l'ophthalmoscope nous a plongés. Vous vous souvenez de ces traités de maladies des yeux faits de main de maître : l'un venait de paraître, l'autre se terminait — nous ne nommons personne pour ne désobliger aucun, — mais les œuvres avaient à peine paru, que l'ophthalmoscope les replongeait au néant, — ou à peu près.

M. Guillemin n'a pas voulu subir ce sort : les données nouvelles dues à cette analyse spectrale, à l'expédition de la Vénus, il a tout mis en œuvre, et sa nouvelle édition du « Ciel » en fait un livre complétement au niveau actuel. C'est à ce prix qu'on obtient le succès; et l'auteur en sait quelque chose, lui, qui nous a donné les Phénomènes de la physique, et la Physique appliquée; toutes œuvres excellentes et que nous avons fait connaître en leur temps.

Faire bien, sans reculer devant les sacrifices, est la devise de Hachette. Vous connaissez tous l'Histoire des Plantes de Baillon, et le Dictionnaire de botanique du même auteur. Aujourd'hui, c'est encore un livre de botanique, mais écrit pour les gens du monde. La « Vie végétale » est écrite par M. Émery, professeur de faculté : c'est en garantir le fonds sérieux. Mais la forme en est agréable, l'illustration en fait un livre très-remarquable. Autrefois, on se bornait aux bois plus ou moins bien gravés : aujourd'hui, la chromolithographie nous donne ses spécimens les plus gracieux, et certes, les fleurs se prêtent à ravir à ce genre de reproduction. Le livre de M. Émery se recommande spécialement à ce titre. A des médecins, il suffit de signaler ce livre, sans entrer dans une analyse inutile.

Voilà trois beaux livres qui méritent nos encouragements. Nous pouvons les offrir ou les placer à notre choix dans notre bibliothèque, assurés d'avoir des œuvres remarquables.

Et maintenant, si nous pensons à nos enfants — et aux plus petits, — n'oublions pas que la *Bibliothèque Rose* et les divers albums Trim sont des trésors où l'on peut puiser en toute sûreté. Et à côté, réservons un souvenir à cette excellente collection de la Bibliothèque des Merveilles, où la forme la plus modeste recouvre des documents du plus vif intérêt et de la plus grande variété.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 décembre 1877, M. Fropo (Auguste-Joseph), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, a été promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. Marmy, admis dans la section de réserve.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie :

M. Tillaux, de Lariboisière passe à Beaujon;

M. Léon Labbé, de la Pitié passe à Lariboisière;

M. Polaillon, de la Maternité-Cochin passe à la Pitié;

MM. Périer et Th. Anger sont nommés à l'hôpital de Ménilmontant.

M. Terrier, de Bicêtre passe à la Salpêtrière;

M. Delens, du Bureau central est nommé à Lourcine;

M. Nicaise, du Bureau central est nommé à Bicêtre;

M. Lucas-Championnière, du Bureau central est nommé à la Maternité-Cochin.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur P. Berthier, médecin-résidant de l'hospice de Bicêtre, inspecteur-adjoint du service des aliénés de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de quarante-sept ans. Ses obsèques auront lieu le samedi 22 décembre, à midi très-précis, en la chapelle de Bicêtre.

M. P. Berthier était auteur de publications estimées sur les maladies nerveuses et mentales; il prenait une part active aux travaux de la Société médico-psychologique et sa mort si prématurée plonge dans une véritable douleur tout le personnel de l'hospice de Bicêtre.

— De concert avec son collègue le ministre de la marine, M. le ministre de l'instruction publique avait chargé d'une mission scientifique M. le médecin-major Crevaux. Ce savant devait explorer les parties encore inconnues de la Guyane française, étudier la flore et la faune de ces vastes régions et recueillir en aussi grand

nombre que possible, des documents géographiques, ethnographiques, etc.

Parti au mois de mai dernier, M. Crevaux a adressé au ministre d'intéressants rapports et un grand nombre d'objets d'histoire naturelle, qui sont venus enrichir nos collections nationales. Il revient aujourd'hui et adresse à M. le ministre la dépêche suivante : « Arrivé. — Voyage complétement réussi. — J'ai traversé toutes les Guyanes et suis revenu par le fleuve des Amazones. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Avis.* — Les vacances de la Faculté à l'occasion du jour de l'an sont réglées de la manière suivante :

1° La Faculté sera fermée ainsi que l'École pratique, la bibliothèque et les musées, les lundi 31 décembre, mardi 1er janvier, mercredi 2 janvier, et jeudi 3 janvier.

2° Les vendredi et samedi, 4 et 5 janvier, l'École sera ouverte; il n'y aura pas de cours, mais les examens auront lieu comme à l'ordinaire.

Le lundi 24 décembre 1877, les examens auront lieu comme à l'ordinaire, mais il n'y aura pas de cours.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour 1878. — Ont été nommés, président : M. Géry ; vice-président : M. Blondeau ; secrétaire-général : M. de Beauvais; secrétaires annuels : MM. Dieulafoy et Marcet ; membres du comité de publication : MM. Polaillon et Collineau ; membres du conseil d'administration : MM. Mercier et O. Larcher.

Maladies du système nerveux, par le docteur Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — 1 vol. in-8°, avec 26 figures dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 149. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1877. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

—

Rhumatisme articulaire blennorrhagique.

Nous avons en ce moment dans le service un homme de trente-deux ans, cuisinier, qui a eu déjà plusieurs blennorrhagies. L'une, entre autres, date de l'année passée : elle a présenté ceci de particulier que, dans le cours de la maladie, et même dès le début, elle s'est accompagnée d'un gonflement douloureux des deux genoux, lequel, après avoir persisté pendant plusieurs semaines, a disparu sans laisser de traces.

Il y a quatre mois, cet homme ayant contracté une nouvelle blennorrhagie, il fut pris, comme la première fois, quinze jours environ après le début de l'écoulement, de douleurs intenses ayant pour siége les articulations tibio-tarsiennes et métatarsiennes, aux deux pieds. Ces douleurs ont été tellement intenses que, pendant deux mois, le malade n'a pu marcher; puis elles ont disparu et l'écoulement, qui, pendant leur manifestation, s'était supprimé, s'est reproduit de nouveau. Dès lors, cet homme put reprendre ses occupations, mais au bout de huit à dix jours, soit par suite de fatigues, soit sous l'influence d'un refroidissement, les douleurs reparurent dans les articulations et l'obligèrent à entrer à l'hôpital.

A la visite, nous constatâmes l'état suivant : le malade est pâle, notablement anémié et présente une teinte un peu cachectique. Aux pieds, et particulièrement sur celui du côté gauche, les articulations tibio-tarsiennes et métatarsiennes sont le siége d'un gonflement très-marqué; elles sont, de plus, extrêmement douloureuses, soit spontanément, soit surtout pendant la marche. Pas de mouvement fébrile notable, le pouls est normal, les fonctions digestives sont entièrement conservées; pas de toux; rien d'appréciable enfin, dans les différents organes, si ce n'est une proportion, assez faible d'ailleurs, d'albumine dans les urines.

En présence de ces signes et de ces symptômes, il est évident que nous avons affaire ici à cette variété d'arthrite que l'on désigne sous le nom de rhumatisme blennorrhagique. Mais, à côté de cette affection, il en existe une autre qui est indiquée par la présence de l'albumine dans l'urine, ainsi que par la pâleur et l'anémie profonde dont cet homme porte les marques. Cette affection n'est autre qu'une néphrite, laquelle, et surtout la néphrite parenchymateuse, est, en effet, une complication assez fréquente de la blennorrhagie. Elle résulte de la propagation au rein, de l'inflammation qui siége dans l'urèthre.

Le traitement auquel nous avons soumis ce malade consiste simplement dans l'administration du salicylate de soude, si vanté aujourd'hui contre les douleurs articulaires : depuis quarante-huit heures, il prend par jour, dans une potion, 6 grammes de cette substance. Depuis, le gonflement a diminué, les douleurs spontanées sont moins fortes qu'auparavant, mais celles qui ont lieu pendant la marche sont toujours aussi vives. En somme, les légères améliorations que nous avons obtenues semblent plutôt être la conséquence du repos que du médicament, et le salicylate de soude ne paraît pas donner, dans l'arthrite blennorrhagique, les avantages que l'on a obtenus de cette substance dans le traitement du rhumatisme articulaire franc, inflammatoire et surtout généralisé.

Il n'y a pas très-longtemps que l'attention des médecins a été appelée pour la première fois, sur le rhumatisme blennorrhagique. Ce n'est, en effet, qu'à la fin du siècle dernier, en 1781, que l'on a remarqué la relation qui existait entre certaines douleurs articulaires et la blennorrhagie.

Hunter d'abord, plus tard Ricord, Rollet, Fournier furent ceux qui contribuèrent le plus à faire de cette affection une entité nosologique particulière.

Le rhumatisme blennorrhagique, comme le rhumatisme articulaire, est caractérisé particulièrement par des douleurs, tantôt très-légères et se manifestant seulement pendant la marche, parfois extrêmement vives et persistant même pendant le repos. Les articulations envahies par l'arthrite blennorrhagique sont, en outre, le siége d'un gonflement, d'un empâtement assez marqués, et présentent souvent un épanchement énorme, susceptible parfois de simuler une véritable hydarthrose.

Quant à cette rougeur érythémateuse, si apparente parfois dans le rhumatisme articulaire aigu, au niveau des jointures malades, elle est rare dans la variété qui nous occupe.

Le rhumatisme blennorrhagique semble avoir une prédilection marquée pour les grandes articulations et notamment pour le genou. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les articulations du poignet, du pied, de l'épaule, des doigts et des orteils et surtout du tarse et du métatarse.

Mais il n'est pas toujours borné aux articulations : c'est même pour cette raison que je préfère l'appeler rhumatisme

plutôt qu'arthrite, ainsi que certains auteurs l'ont proposé. Tantôt, en effet, c'est dans la gaîne des tendons qu'il se développe, tels sont ceux du poignet, par exemple, ou du pied; tel est encore le tendon d'Achille ou le tendon rotulien.

D'autres fois, c'est dans les bourses tendineuses, plus rarement dans le nerf sciatique (Fournier), tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et même dans les deux à la fois que l'on voit se développer le rhumatisme blennorrhagique.

En même temps que la maladie occupe ces différentes parties de l'économie, on voit fréquemment survenir du côté de l'œil divers accidents, tels qu'une conjonctivite intense avec sécrétion purulente, ou bien encore une kératite accompagnée d'iritis; phénomènes analogues à ceux que l'on observe dans cet organe dans le cours d'un rhumatisme ordinaire.

Le nombre des articulations affectées par le rhumatisme blennorrhagique est en opposition complète avec ce qui a lieu dans le rhumatisme fébrile. Tandis, en effet, que ce dernier a une tendance très-grande à envahir plusieurs articulations, quelquefois même toutes les jointures de l'économie, il est rare de voir la variété que nous étudions occuper plus d'une, deux, parfois trois ou quatre articulations; il est rare surtout de voir celles-ci être prises les unes après l'autre, comme c'est la règle dans le premier.

Le rhumatisme blennorrhagique est, en général, apyrétique et en cela encore il diffère du précédent, si au début on note, dans quelques circonstances, un léger mouvement fébrile, celui-ci est toujours très-modéré et ne persiste pas au-delà de deux ou trois jours.

De même, contrairement à ce que l'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu, la sécrétion de la sueur est nulle ou à peu près; enfin les urines ne présentent pas ces altérations qui caractérisent l'urine des rhumatisants ordinaires: elles ne sont ni mousseuses, ni épaisses, ni troubles; tous caractères dus, ainsi qu'on le sait, à la présence en plus grande proportion que de coutume, des urates, de l'acide urique et de l'urée.

Enfin l'arthrite blennorrhagique ne se complique pas, comme le rhumatisme articulaire aigu, d'accidents cardiaques, si fréquents, au contraire, dans la forme inflammatoire.

Relativement à sa terminaison, nous trouvons également, dans la maladie qui fait le sujet de cette leçon, quelque chose de particulier. En effet, après avoir duré plusieurs semaines ou plusieurs mois, la guérison est ordinairement la règle; mais il peut se faire aussi que l'articulation, quoique dégagée, reste douloureuse; quelquefois même, qu'elle devienne le point de départ d'une véritable hydarthrose ou bien encore d'une tumeur blanche qui se termine par une ankylose. Celle-ci, d'ailleurs, peut s'établir même en dehors de cette dernière complication.

Quant à son étiologie, nous dirons que le rhumatisme blennorrhagique reconnaît, comme condition essentielle, l'existence de la blennorrhagie; mais cela ne suffit pas: il faut encore, pour en être atteints, que les sujets présentent une disposition toute spéciale, laquelle n'est pas, comme on a bien voulu le dire, une certaine tendance à la diathèse rhumatismale. Interrogez, en effet, ces malades qui ne peuvent avoir de blennorrhagie sans voir immédiatement une ou plusieurs de leurs articulations devenir le siége du phénomène que je vous ai fait connaître, et ils vous répondront invariablement qu'en dehors de la blennorrhagie, leurs jointures sont toujours parfaitement libres et qu'ils ne sont pas sujets, après un refroidissement, à contracter des douleurs musculaires ou articulaires.

On ne sait rien de positif relativement à l'époque à laquelle apparaît l'arthrite blennorrhagique. Tout ce que l'on peut dire, c'est que tantôt il apparait au début même de l'affection uréthrale et tantôt un, deux, trois ou quatre jours seulement après les premiers symptômes de la maladie. Même incertitude sur l'influence qu'exerce la blennorrhagie sur l'intensité des douleurs articulaires. On a prétendu, il est vrai, que celles-ci étaient d'autant plus vives que l'écoulement était plus abondant, mais elles se montrent aussi bien dans la blennorrhagie aiguë ou suraiguë que dans celle qui n'est caractérisée que par un écoulement léger.

Au moment où apparaissent les phénomènes articulaires, il n'est pas rare de voir la blennorrhagie s'arrêter tout à coup, pour se montrer de nouveau après la guérison des premiers. Il semble qu'il y ait là une véritable métastase, comme un transport des matériaux morbifiques d'un endroit à l'autre. Ce phénomène est loin d'être constant, mais ce qui est ordinaire c'est de noter, avec l'arrivée du rhumatisme, une certaine diminution de l'écoulement.

En raison même de ces considérations, la maladie exige un traitement tout spécial. En effet, le rhumatisme blennorrhagique étant tout une affection locale et ne s'accompagnant pas de phénomènes généraux, on conçoit que les moyens qui ont une action purement locale réussissent seuls dans le traitement de cette affection. C'est ainsi qu'au début on aura recours aux applications, sur les parties malades, de sangsues, de ventouses scarifiées, de cataplasmes et, si la maladie tend à se prolonger, à l'emploi des vésicatoires. Plus tard enfin, si le rhumatisme blennorrhagique a de la tendance à prendre la marche chronique, on se trouvera bien de l'emploi des bains, des douches, des eaux minérales thermales chaudes, salines ou alcalines, peu importe; en un mot, des différents moyens à l'aide desquels on combat le rhumatisme chronique.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1).

III

Inflammation ou dégénérescence, cette affection a, dans l'impaludisme comme dans l'état puerpéral, des caractères cliniques sur lesquels je n'aurai pas besoin d'insister parce que nous retrouvons ici, à des nuances près, les mêmes signes que je vous ai fait observer dans d'autres myocardites.

Dans l'impaludisme, à l'auscultation, c'est d'abord le bruit anormal du premier temps et de la pointe, qui annonce l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale. Il n'est pas constant et j'incline à croire que le nombre des cas où il manque est supérieur à celui des cas où on peut l'observer; je dis j'incline à croire et non pas je suis certain, parce qu'en l'absence de ce signe, le diagnostic de la myocardite est bien douteux. Ordinairement très-doux, il peut parfois, comme chez notre infirmier du n° 1 de la salle Ducros, acquérir de la force et de la rudesse, ce qui tient à ce que, relativement respectée par la lésion ou douée d'hypertrophie, la paroi du ventricule

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 décembre.

gauche a conservé son énergie. Dans ces cas mêmes, on serait tenté de croire à une insuffisance absolue et non relative de la mitrale si le pouls ne conservait une certaine ampleur et la plus parfaite régularité.

Albenois a observé aussi un souffle prolongé des deux temps à la pointe, indiquant un rétrécissement joint à l'insuffisance. Un pareil bruit n'a pas été signalé dans les autres myocardites, il n'a pas été rencontré par nous dans la myocardite palustre; je crois qu'avant de l'élever au rang de signe, il faut attendre de l'avoir entendu chez des sujets dont l'autopsie aura révélé l'intégrité de la valvule.

Un autre souffle accompagne très-souvent, chez les paludéens, le bruit de l'insuffisance mitrale fonctionnelle, c'est le bruit anémique du premier temps à la base. Ce bruit se propage parfois dans une certaine étendue de la région précordiale et alors, pour distinguer le foyer de la pointe des irradiations du foyer de la base, il faut se servir du stéthoscope. D'ailleurs, ces deux souffles, provenant de deux effets différents d'une même cause et non pas directement d'une cause commune, sont loin d'être fatalement associés. Ce qui, par contre, ne manque presque jamais, c'est la coïncidence du souffle mitral de la myocardite avec les souffles vasculaires de l'anémie, lesquels, dans l'impaludisme, sont bien autrement constants que les souffles cardiaques de même nature. Voilà donc comment se présente à l'oreille le souffle de la pointe dans la myocardite palustre, accompagné souvent d'un souffle de la base et toujours d'un souffle vasculaire, l'un et l'autre produits par l'anémie.

Vous remarquerez aussi à l'auscultation, dans quelques cas, le dédoublement des bruits du cœur, qu'Albenois a justement signalé; dans un plus grand nombre de cas la diminution des bruits normaux, particulièrement du premier qui parfois est rude mais plus souvent voilé, ce qui est beaucoup plus significatif.

A la percussion, il est à remarquer que la matité précordiale est très-rarement, et surtout très-légèrement augmentée.

A l'application de la main, on peut quelquefois, comme je vous l'ai fait observer, constater au début une augmentation passagère de l'impulsion cardiaque, mais le phénomène capital et en quelque sorte inévitable, qui sépare la myocardite de la dilatation anémique et de l'hypertrophie, c'est la diminution de cette impulsion. La diminution de l'impulsion cardiaque a ici, je tiens à ce que vous le sachiez, une très-grande valeur; c'est le trouble fonctionnel qui correspond le plus directement à la lésion musculaire; le défaut d'énergie contractile du muscle cardiaque, témoigne de l'altération nutritive dont il est atteint. L'impulsion cardiaque est parfois si faible qu'il est impossible de déterminer le point de la paroi thoracique où elle s'effectue.

Guidée au besoin par l'application de la main, la vue peut cependant, au moins dans la majorité des cas, constater quel est le point de la paroi où bat la pointe du cœur. Albenois insiste, et avec raison, sur ce fait que la pointe bat en dehors de la ligne mamelonnaire, au sixième espace intercostal ou au bord supérieur de la septième côte, c'est-à-dire plus en dehors et plus bas qu'à l'état normal. Cette déviation de la pointe une fois produite, elle persiste avec une ténacité qu'on n'observe pas dans d'autres myocardites et notamment dans celle des typhoïdes. Albenois insinue même que la pointe ainsi déviée ne rétrograde plus; elle est lente à revenir et ne revient pas toujours.

Dans les artères, nous avons observé la mollesse ou la petitesse du pouls, mais non les irrégularités et les intermittences signalées par Albenois, ce qui ne veut pas dire que ces phénomènes n'existent pas, mais seulement qu'ils ne sont ni habituels ni fréquents. Albenois qui, au sphygmographe, a cherché les oscillations polycrotes constatées par Desnos et Huchard dans la myocardite varioleuse et retrouvées par nous dans la myocardite typhoïde, ne les a pas rencontrées ici; il a eu des tracés divers dont aucun n'est caractéristique de la myocardite paludéenne.

Dans la circulation capillaire, il y a des troubles assez profonds mais qui n'appartiennent pas à la myocardite, puisqu'ils peuvent se produire en dehors d'elle. Ainsi Albenois attribue une influence, à mon avis exagérée, à l'affection cardiaque sur les congestions pulmonaires qui l'accompagnent souvent. Ces congestions, dans l'impaludisme, n'ont pas besoin d'une affection cardiaque pour se développer, elles se montrent chez beaucoup de sujets dont le cœur est sain; elles peuvent occuper le sommet et non les parties déclives; elles peuvent disparaître et reparaître avec une rapidité qui révèle le génie fluxionnaire et l'influence palustre. J'en dirai autant des œdèmes et des hydropisies auxquelles l'état cardiaque contribue bien moins que l'anémie et surtout que la leucocythémie.

Enfin, en dehors de ses symptômes habituels, la myocardite paludéenne expose à des accidents extrêmement graves, mais heureusement fort rares : les ruptures du cœur, prouvées par les observations de Sébastian et de Collin, et les syncopes mortelles dont Albenois, dans sa thèse, a publié deux exemples.

Je ne vous décrirai pas en détail les signes de la myocardite puerpérale. Ce serait reproduire presque trait pour trait le tableau de la myocardite paludéenne. Nous y retrouvons le bruit de souffle du premier temps et de la pointe, un bruit anormal du premier temps et de la base qui est fréquent mais très-léger, et que j'attribue à l'anémie doublée d'un rétrécissement relatif par hypertrophie excentrique; le caractère éclatant du second bruit normal, qui tient à la même cause et paraît s'accompagner moins souvent de la diminution du premier: un souffle vasculaire habituel qui tient à l'hydrémie de la grossesse, une diminution sensible dans l'impulsion cardiaque perçue par la palpation; un pouls petit, filiforme ou dicrote, inégal ou irrégulier, formes diverses de la faiblesse qui sont très-nettement signalées dans la thèse de Coste; enfin, comme accident, les syncopes mortelles, dont Coste s'est évertué à démontrer non-seulement l'existence, mais même la fréquence.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 décembre 1877. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. François Franck fait, au nom de M. Pitres et au sien, une communication sur *l'analyse expérimentale des mouvements provoqués par l'excitation des territoires de substance grise du cerveau.*

Ces recherches en voie d'exécution, ont déjà fourni des résultats précis: 1° *Sur la comparaison du retard des mouvements produits par l'excitation des régions de substance grise qui constituent les territoires psycho-moteurs des membres et par l'excitation de la substance blanche sous-jacente;* — 2° *Sur la constance du retard des mouvements, que les excitations soient fortes ou faibles, uniques ou multiples;*

— 3° *Sur la vitesse de transmission dans la moelle des incitations motrices partant du cerveau.*

M. Franck résume les expériences qui ont établi ces trois points et soumet à la Société les tracés obtenus dans chaque série de recherches.

Il insiste sur le caractère particulier de ces expériences qui empruntent une précision évidente aux procédés d'analyse, par la méthode graphique dont on fait usage dans le laboratoire du professeur Marey.

1° *Retard des mouvements sur l'instant précis de l'excitation de la substance grise et de la substance blanche.*

Quand on excite sur un chien le territoire de substance grise dont l'excitation provoque des mouvements localisés dans le membre antérieur du côté opposé, en recueillant, sur un cylindre enregistreur à rotation rapide, l'inscription du mouvement produit, les signaux électriques des excitations et les divisions du temps en centièmes de seconde, on voit que le retard du mouvement est de 6½/100 de seconde (chiffre le plus habituel) sur le début de l'excitation.

Ce retard qu'on peut appeler le *retard total*, se compose du temps perdu du muscle exploré (soit 1/100 de seconde), de la durée de la transmission dans les 20 centimètres de nerf qui séparent du muscle le renflement cervico-dorsal de la moelle (soit 1/100 de seconde), et enfin de la durée de la transmission dans les 26 centimètres qui représentent la distance entre le point de l'écorce excité et le milieu de la région cervico-dorsale de la moelle. Toutes déductions faites, on a, comme durée du transport de la surface extérieure de la substance grise à l'origine des nerfs du membre antérieur, une valeur de 9/200, soit 1/22 de seconde, chiffre très-approché.

Or, si on enlève sur le même animal la mince couche de substance grise excitée dans l'expérience précédente et qu'on porte l'excitation sur les faisceaux blancs sous-jacents, on constate que le retard du mouvement sur le début de l'excitation est très-notablement réduit : au lieu de 9/200 de seconde, il n'est plus que de 6/200 de seconde ; il a donc diminué d'un tiers, et c'est l'ablation de deux millimètres à peine de substance grise qui a produit cette grande modification. Il faut donc admettre que cette couche grise corticale constituait un obstacle puissant à la transmission de l'excitation : c'est là un caractère important des régions véritablement centrales du système nerveux. En présence de ce résultat, on ne peut pas admettre avec quelques auteurs que l'excitation portée à la surface des circonvolutions motrices ne provoque le mouvement qu'en agissant sur les faisceaux blancs sous-jacents : *la substance grise excitée intervient, non comme conducteur, mais comme centre.*

En indiquant ce fait, MM. Pitres et Franck apportent un argument nouveau à la théorie de l'action propre, véritablement centrale, des points excitables de la substance grise corticale, théorie déjà appuyée sur les faits pathologiques tels que les monoplégies consécutives aux lésions destructives de ces points circonscrits, tels que la perte d'excitabilité des faisceaux blancs sous-jacents quand les centres ont été enlevés, les dégénérations secondaires de la moelle sur lesquelles M. le professeur Charcot a attiré l'attention dans ses leçons à la Faculté (*Progrès médical*, janvier 1876), et dont M. Pitres a communiqué trois observations à la Société de biologie (octobre 1876).

Un autre fait vient encore s'ajouter aux résultats qui précèdent pour établir la valeur de cette substance grise comme centre : c'est l'excitabilité beaucoup plus grande de la substance grise que des faisceaux blancs sous-jacents : ce point déjà constaté par MM. Putnam, Carville et Duret, etc., a été vérifié par MM. Pitres et François Franck : les courbes comparatives qui sont montrées à la Société, établissent bien la moindre excitabilité de la substance blanche. Il faut donc que la substance grise ajoute, comme centre actif, à l'excitation qu'elle reçoit pour réagir sur les faisceaux blancs sous-jacents. Cette propriété de renforcer une excitation, est encore caractéristique des régions véritablement centrales du système nerveux.

2° *Le retard du mouvement sur le début de l'excitation est constant,* que cette excitation soit forte ou faible ; la même constance du retard se retrouve quand on emploie des excitations uniques ou multiples, une seule décharge d'induction (courant induit de rupture), ou une série de décharges successives. Les tracés superposés que M. Franck montre à la Société, prouvent la réalité du phénomène. Il faut ajouter, ce à sujet, que les auteurs ont constaté, dans toutes leurs expériences, l'apparition du mouvement dans un membre quand ils excitaient le centre de ce membre ou les faisceaux blancs sous-jacents, avec les excitations les plus brèves, durant moins de un millième de seconde : ceci est en désaccord avec les résultats annoncés par M. Schiff, dans l'appendice à ses leçons (Florence, 1873).

3° *Vitesse de transmission dans la moelle des incitations motrices partant du cerveau.* — En excitant *simultanément* avec les mêmes courants induits, le centre du membre antérieur et le centre du membre postérieur du même côté, on provoque deux mouvements qui sont *successifs*.

Chez un chien de grande taille, la distance entre le centre du membre antérieur gauche et l'origine des nerfs du plexus brachial (partie moyenne du renflement cervico-dorsal de la moelle), était de 26 centimètres, la longueur de nerf entre la moelle et les muscles explorés étant de 20 centimètres, on constate un retard du mouvement sur l'excitation qui est de 6½/100 de seconde ; en défalquant de ce *retard total* la durée du temps perdu du muscle et la durée de la transmission dans 20 centimètres de nerf, il reste 9/200 de seconde, soit 1/22 de seconde qui exprime la vitesse du transport de l'excitation, jusqu'à la partie moyenne du renflement cervico-dorsal.

Chez le même animal, le mouvement de la patte postérieure ne survient que 22/200 de seconde après l'excitation corticale; en défalquant de ce nouveau chiffre la durée de la transmission dans 30 centimètres de sciatique (3/200 de seconde), et la durée du temps perdu du muscle, il reste 17/200 de seconde comme durée de la transmission de l'excitation entre le point excité de la substance grise corticale de la partie moyenne du renflement lombaire de la moelle.

Mais on a vu que, pour arriver jusqu'au milieu du renflement cervico-dorsal, l'excitation corticale avait employé 9/200 de seconde; il faut donc déduire de la dernière valeur obtenue, le chiffre de 9/200 de seconde; ce qui donne, pour les 40 centimètres de moelle séparant l'origine du plexus brachial de l'origine du sciatique, 8/200 ou 1/25.

Un calcul très-simple permet de déduire de cette vitesse, dans 40 centimètres de moelle, la vitesse dans 1 mètre, et on a pour 1 mètre 1/10 de seconde; par conséquent, les *incitations motrices parcourent dans la moelle seulement 10 mètres par seconde.*

Maintenant, à quelles parties de la moelle s'applique ce chiffre de 10 mètres par seconde? Est-ce à la substance grise, est-ce à la substance blanche? Cette question, qui implique celle du trajet suivi dans la moelle par les incitations motrices venant de la substance grise corticale du cerveau, paraît résolue, surtout par des observations cliniques, dont il a été question plus haut : les dégénérations secondaires de la moelle, consécutives aux destructions des territoires corticaux moteurs du cerveau, occupent, comme on sait, le faisceau latéral de la moelle et la partie la plus postérieure de ce vaisseau.

Telle est donc, selon toute vraisemblance, la route suivie par les conducteurs des incitations motrices volontaires, et le chiffre indiqué tout à l'heure de 10 mètres par seconde pour la transmission médullaire de ces incitations d'origine corticale serait applicable aux fibres blanches des faisceaux latéraux et non à la substance grise.

Il faut cependant faire une réserve pour le retard partiel que la transmission peut éprouver dans les noyaux des cornes antérieures en rapport avec l'origine des racines motrices du membre inférieur, retard qui sera déterminé dans des expériences spéciales sur les réflexes unilatéraux.

M. CHARCOT fait ressortir tout l'intérêt des communications de MM. Franck et Pitres, et fait observer que, pour cette question, les recherches expérimentales de ces messieurs concordent entièrement avec les données de la clinique et de la physiologie pathologique.

M. FERDINAND DREYFOUS communique une observation d'hystérie chez un homme âgé de vingt-six ans. Les attaques rappellent

celles des femmes hystériques : précédées d'un aura qui part de la fosse iliaque gauche et remonte jusqu'à la base du cou, elles sont constituées par une phase de contracture, une phase de contorsions, enfin un état d'indifférence et d'assoupissement qui dure un temps variable. Les crises se renouvellent incessamment depuis près de trois mois et forment parfois une sorte d'état de mal. La compression du testicule gauche arrête l'attaque. Au contraire on la provoque à volonté en faisant respirer au sujet quelques bouffées d'éther ou de chloroforme. Ajoutons que, pour compléter l'analogie avec les femmes hystériques, le malade a un léger degré d'hémianesthésie gauche et surtout une diminution concentrique du champ visuel avec diminution de l'ouïe du côté gauche.

M. LABORDE présente un travail de M. Catillon sur la *glycérine*.

M. GELLÉ présente des pièces anatomiques relatives à l'état fœtal de l'oreille moyenne.

M. BADAL présente un œil artificiel pour essais optométriques et ophthalmoscopiques.

Le fond de l'œil est représenté par une série de dessins pouvant se substituer les uns aux autres, et figurant les principales affections de la rétine, de la choroïde, etc. Un système de lentilles employées seules ou combinées entre elles, permet de reproduire :

1° Tous les degrés de *myopie* et *d'hypermétropie*, par excès de pouvoir réfringent, de une à dix-neuf dioptries;

2° *L'astigmatisme simple, composé ou mixte*, de une à cinq dioptries; de plus, à l'aide d'un mécanisme particulier, l'astigmatisme peut être produit dans tous les méridiens possibles.

La myopie et l'hypermétropie *axiles*, c'est-à-dire par allongement ou raccourcissement de l'axe antéro-postérieur, sont obtenues à l'aide du déplacement de la plaque qui figure la rétine. Un pas de vis de trois dixièmes de millimètre par dioptrie règle ce déplacement.

A l'aide de cet œil artificiel, les élèves peuvent s'exercer seuls au maniement des divers ophthalmoscopes, et à la mesure opthalmoscopique de la réfraction. Ils peuvent vérifier les lois de l'optique physiologique relatives à l'influence de l'amétropie axile, de l'amétropie de courbure, et des verres correcteurs, sur la grandeur des images rétiniennes, et par conséquent sur l'acuité visuelle.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NÉCROLOGIE

Les obsèques de M. le docteur P. Berthier, médecin-résidant de l'hospice de Bicêtre, inspecteur-adjoint du service des aliénés de la Seine, rédacteur scientifique de *la Patrie*, chevalier de la Légion d'honneur, ont été célébrées samedi dernier en grande pompe à la chapelle de Bicêtre. M. de Nervaux, directeur général de l'Assistance publique, un grand nombre de médecins et d'amis, la Société médico-psychologique presque tout entière et tout le personnel de l'hospice y assistaient. Les honneurs militaires ont été rendus au défunt par un piquet du 28e de ligne. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Legrand du Saulle, Falret, Billod et Bourdin.

A l'issue de la cérémonie, M. Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, a retracé en termes excellents les différentes étapes de l'existence scientifique de son collègue regretté.

M. Legrand du Saulle s'est ensuite avancé et a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Au nom de l'administration de l'hospice et au nom du corps médical de Bicêtre, je viens saluer ici la dépouille d'un homme de bien. La population émue de notre cher établissement pleure en ce moment son médecin-résidant, son conseiller de prédilection, son ami éprouvé. Elle perd beaucoup, en effet; aussi, tout en interprétant sa douleur, ne puis-je me défendre de la partager moi-même.

Pierre Berthier, depuis plus de douze ans, n'a épargné à Bicêtre ni son temps, ni sa peine; toujours prêt, dès qu'il y avait dans la maison une souffrance à soulager ou une infortune à rendre moins poignante, il se prodiguait sans bruit et sans ostentation. Timide, modeste, un peu froid en apparence, très-pénétré du caractère de sa mission, il a toujours fait face à ses devoirs professionnels avec la plus scrupuleuse probité, et, à l'occasion, avec la plus courageuse énergie.

En septembre 1870, l'hospice de Bicêtre fut complètement évacué, dans l'espace de trois ou quatre jours. L'ennemi marchait sur Paris, et l'administration, craignant que la population mixte de notre établissement ne vînt à se trouver sous le feu des batteries prussiennes, dirigea les vieillards sur une annexe de la Salpêtrière et les aliénés sur la province, puis elle enleva tout son matériel. Pierre Berthier, devenu libre, aurait pu songer à sa sécurité propre, mais il éloigna sa femme et ses enfants et préféra s'enfermer avec sa mère dans Paris assiégé. « Qui sait ce qui arrivera, me dit-il, je suis médecin et je pourrai peut-être rendre quelques services. » Ces paroles ne furent que trop prophétiques!

La variole éclata tout à coup, du 20 au 25 septembre, dans les nombreux baraquements où campaient l'armée et la garde mobile. Le gouvernement de la défense nationale décida l'isolement des varioleux et il convertit les bâtiments de Bicêtre en hôpital militaire. Le poste était périlleux à plus d'un titre, mais le dévouement médical devait s'élever à la hauteur du danger. Pierre Berthier, nommé médecin-major, prit possession, avec quatre de ses confrères, de l'hôpital militaire des varioleux de Bicêtre, le 3 octobre 1870, et, avec la plus admirable abnégation, il commença cette campagne médicale si dure que, si l'on en publiait actuellement le journal détaillé, personne ne voudrait y croire! Il supporta toutes les fatigues, tous les périls, toutes les émotions et toutes les privations de cette époque terrible, avec un calme, une sérénité et un zèle qui m'ont toujours impressionné. Dans l'espace de sept mois, Bicêtre a reçu et hospitalisé neuf mille varioleux! Ce chiffre est absolument sans analogue dans les annales de l'épidémiologie militaire.

Pas plus que ses collègues, Pierre Berthier n'avait un seul instant songé à la possibilité d'une récompense. Le deuil national était alors si sincère et si profond, qu'il ne laissait aucune place aux préoccupations de l'intérêt privé et aux rêves caressés dans les jours heureux de la prospérité publique. Le conseil de santé des armées fut touché cependant de la grandeur des silencieux dévouements dont Bicêtre était le théâtre, et M. Thiers, le lendemain de sa proclamation à Bordeaux, signa, sur la proposition du ministre de la guerre, un décret conférant à Pierre Berthier la croix de la Légion d'honneur. Nous n'eûmes point alors connaissance de ce fait, mais le 13 mars 1871, l'intendant militaire me communiqua la notification officielle du décret, et me chargea de la remettre à mon digne collègue, très-souffrant en ce moment, épuisé de fatigue et gardant la chambre. Je me rendis à la hâte auprès de lui et le trouvai recevant les soins empressés et tendres de son excellente et vertueuse mère, qui, devenue veuve à vingt ans, vient de se séparer tout à l'heure de son fils pour la première fois. Je balbutiai la grande nouvelle qui m'amenait, mais Pierre Berthier ne consentit à recevoir de mes mains la lettre ministérielle, qu'après avoir acquis la certitude que deux de ses confrères avaient reçu la même distinction que lui.

Pierre Berthier était extrêmement bon pour les aliénés et il cherchait sans cesse à augmenter leur bien-être. Doux, poli et compatissant envers eux, il n'a jamais méconnu tous les égards qui sont dûs à la plus grande des infortunes humaines et il a tenté les efforts les plus méritants en faveur de ses chers malades. Puisse ma voix en ce moment témoigner de toute la gratitude qui part de tant de cœurs reconnaissants!

Mon cher et regretté collègue possédait au premier chef une qualité qui semble devenir de plus en plus rare : il était d'un commerce sûr et d'une droiture sans égale. Sa parole valait mieux qu'un écrit, et comme il n'était pas toujours payé de retour, je l'ai surpris s'affligeant parfois de l'inconstance ou de la duplicité des hommes. « Pourquoi ne pas tenir une promesse, disait-il, il est si simple de ne pas la faire. »

Des publications importantes, des préoccupations très-vives, la collaboration scientifique à un grand journal quotidien et la fondation d'une maison de convalescence, ont lentement et sourdement miné depuis six ou huit mois, la santé du docteur Berthier, Il paraissait fatigué et attristé, mais il cherchait à dissimuler son état. Avec

une grande justesse d'appréciation, il se sentit malade et se hâta de mettre en ordre ses travaux et ses affaires, Et lorsqu'il eut tracé le dernier mot de sa tâche, il soupira, déposa la plume et s'alita dans la même journée. Semblable au voyageur harassé qui, à moitié chemin, laisse tomber son manteau et son bâton, puis s'endort en demandant grâce. Pierre Berthier vient de ployer sous le faix, de défaillir avant l'automne de la vie et d'aborder avec résignation le long sommeil de la mort.

Que l'honnête et dévoué médecin de Bicêtre soit descendu dans sa tombe! Témoin de sa vie et témoin de sa mort, j'affirme que nous confions à la terre la dépouille d'un homme de cœur et d'un courageux citoyen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Liste d'admission. — 1° Internes titulaires. — MM. 1. Faisans, Gaucher, Châtelin, Laurent (Auguste-Eugène), Guelliot, Chauffard, Cerné, Comby, Gauthier, Ledoux.

11. Gauchas, Gichel-Renoy, Netter, Béclère, Galliard, Aigre, Leloir, Bertheux, Rouxeau, Féré.

21. Ovion, Boulay, Raymondaud, Robert (Paul), Hannequin, Bastard, Variaux, Duplaix, Gassaud, Blin.

31. Herbelin, Desnos, Laurand, Poirier, Valude, Carafi, Bénard (Henri), Garcia-Lavin.

2° *Internes provisoires.* — MM. 1. Latil, Ménard, Olivier, Karth, Butruille, Doublet, Haranger, Bruneau, Lue, Reignier.

11. Ferrand, Pioger, de Lapersonne, Barette, Derignac, Petit, Germont, Coudray, Bouley (Edmond), Bouchard.

21. Ozenne, Liandier, Mercier, Machado, Carrette, Suchard, de Langenhagen, Sainton, Boiteux, Michaux.

31. Luizy, Brazier, Labbé, Malgouverné, Mathieu, Audouin, T. de Larabrie, Piogey, Thomas, Jousset.

41. Girou, Méricamp, Le Clerc, Vinache, Bowlatt, Bimsenstein, Poupinot.

— *Concours des prix de l'internat en médecine.* — Les récompenses attribuées aux internes en médecine et en chirurgie qui ont concouru pour les prix en 1877 sont accordées aux élèves dont les noms suivent :

Première division. — Élèves de 3e et de 4e année. — Prix, Médaille d'or : M. Cuffer (Paul-Louis), interne de 4e année à l'hospice des Enfants-Assistés.

Accessit, médaille d'argent : M. Oulmont (Paul), interne de 4e année à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

Première mention honorable : M. Bouveret (Léon-Émile-Ennemond), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Deuxième mention honorable, M. Kirmisson (Édouard-François), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Deuxième division. — Élèves de 1re et de 2e année. — Prix, médaille d'argent : M. Gille (Charles-Louis-Fénelon), interne de 1re année à l'hôpital Saint-Louis.

Accessit. — Des livres. — M. Saint-Ange (Louis-Charles-Marie), interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié.

Première mention honorable. — M. Bide (Léon-Jean-Baptiste), interne de 2e année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Deuxième mention honorable. — M. Routier (Armand-Edmond), interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1877, aura lieu le vendredi 28 décembre 1877, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. — Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1877.

MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1878.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le lundi 24 décembre, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3; — à MM. les internes de 1re année et à MM. les internes provisoires, le 26 décembre, à une heure.

A MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le même jour à trois heures; — à MM. les externes de 1re année, le jeudi 27 décembre à trois heures précises, dans le même amphithéâtre, pour la première moitié de la liste, et le vendredi 28, à trois heures pour la deuxième moitié de cette même liste.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

M. le docteur Longy, maire, membre du conseil général de la Corrèze, officier d'Académie du 14 août 1869.

M. le docteur Bergeron (Georges), agrégé à la faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gombaud, docteur en médecine, est nommé sous-directeur du laboratoire d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hayem, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés chefs de clinique :

Clinique médicale. — MM. Perret (François-Achille-Simon), né à Villefranche, le 8 septembre 1847, pour une période de deux ans; — Chauvet (Charles-François), né à Lyon, le 12 février 1851, pour une période d'un an.

Clinique chirurgicale. — MM. Cordier (Jules-Silvain), né à Montonne (Jura), le 25 novembre 1846, pour une période de deux ans; Vincent (François-Eugène-Alexis), né à Voiron (Isère), le 17 août 1843, pour une période d'un an.

Clinique obstétricale. — M. Contamin (Louis-François), né à Lyon, le 20 avril 1849, pour une période de deux ans.

Clinique ophthalmologique. — M. Hocquard (Charles-Édouard), né à Saint-Nicolas (Meurthe), le 15 janvier 1853, pour une période de deux ans.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Carry (Charles-Amédée), né à Fernay (Ain), le 6 avril 1849, pour une période de deux ans.

Clinique des maladies mentales. — M. Féa (Charles-Marie-Louis-Victor), né à Lyon, le 26 mars 1849, pour une période de deux ans.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, professeur de physiologie est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-1878, par M. Dastre, docteur ès sciences.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Barbier, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des cours de chimie analytique et d'hydrologie-minéralogie (emploi nouveau).

M. Schmidt, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des cours de cryptogamie et de toxicologie (emploi nouveau).

M. Gérard est nommé préparateur des travaux pratiques (1re année) en remplacement de M. Blarez.

M. Bourquelot est nommé préparateur des travaux pratiques de botanique, en remplacement de M. Hariot.

— M. le docteur Perrot, employé au deuxième bureau de la comptabilité à l'administration centrale du ministère de l'instruction publique, est nommé médecin adjoint dudit ministère.

— Le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, sur la proposition de M. Adolphe Guérin, l'un de ses membres, a décidé que, lorsqu'un médecin des bureaux de bienfaisance tomberait dans l'infortune ou dans un état d'infirmité qui l'empêcherait de continuer son service, un secours annuel de 1,200 francs, renouvelable, pourrait lui être accordé.

— La société médicale des bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante pour l'année 1878.

Président : M. Baudouin. — Vice-présidents : MM. Fontès et Commenge. — Secrétaire général : M. Passant. — Secrétaires annuels : MM. Labarraque fils et Paul Richard. — Archiviste : M. Machelard. — Trésorier : M. Le Coin.

Membres du conseil de famille : MM. Lanquetin, Labarraque père et Domerc. — Membres du comité de publication, pour la médecine : MM. Courtaux et Gibert ; pour la chirurgie : MM. Bonnefoy et Morel d'Arleux ; pour les accouchements ; MM. Hamon et Verrier.

— *Conférences de médecine légale pratique.* — M. le docteur Brouardel, agrégé, chargé de conférences à la Faculté, commencera les conférences de médecine légale pratique, le mercredi 9 janvier 1878. Ces conférences auront lieu deux fois par semaine, les mercredis et vendredis à trois heures.

MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants qui ont subi le troisième examen de doctorat et qui désirent prendre part à ces conférences, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, où il leur sera délivré une carte d'admission.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 150. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1877. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rien à signaler à la séance de ce jour, si ce n'est le résultat du concours Vulfranc Gerdy.

Ce concours, ouvert cette année pour la première fois, a eu lieu du 10 au 12 décembre. Deux épreuves, l'une écrite, l'autre orale, ont été soutenues avec distinction par le seul candidat inscrit. Le jury, composé de MM. Pidoux, président, Béclard, Gubler, Broca et Jules Lefort, a déclaré M. Monard, interne de Lyon, détaché à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, élève stagiaire aux eaux minérales, dans les conditions du prix Vulfranc Gerdy, pour une période de quatre années.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Fibrome utérin compliquant l'accouchement.

Hier, au moment de la visite, j'ai été informé qu'une femme du service était en travail depuis la veille au soir et que l'engagement de la tête se faisait chez elle avec difficulté. M'étant rendu auprès de la malade, je constatai, après l'avoir examinée, qu'elle présentait un exemple extrêmement curieux, intéressant au premier degré, à savoir, que cette femme avait, dans l'excavation pelvienne, une tumeur qui rétrécissait le diamètre antéro-postérieur du bassin et retenait la tête au-dessus du détroit supérieur.

Voici d'ailleurs, en résumé, l'observation de la malade : elle a trente et un ans et a déjà eu trois enfants à terme ; elle raconte que son deuxième accouchement a été très-laborieux : il a duré huit jours, dit-elle, et s'est terminé par une application de forceps qu'on aurait répétée huit à dix fois. A quoi faut-il attribuer la difficulté de l'accouchement? C'est ce qu'il nous a été impossible de savoir. Toujours est-il que cette femme aurait eu ensuite un autre enfant et que, cette fois, elle serait accouchée très-facilement.

A son entrée dans le service, on fut très-étonné d'un fait particulier : le col n'était pas à sa place habituelle. On le chercha en arrière, du côté de la courbure du sacrum, sans plus de succès; enfin, on le trouva tout à fait accolé derrière la symphise pubienne. Il commençait alors à s'effacer et, le travail de dilatation s'effectuant, à se rapprocher de plus en plus du centre.

Les douleurs continuèrent pendant toute la nuit. Ce matin, quand je vis la malade, je trouvai le col presque complétement dilaté; avec le doigt introduit dans le vagin, on sentait la tête de l'enfant fortement pressée contre la symphise pubienne, par une tumeur du volume d'un petit œuf de dinde, développée dans l'épaisseur du segment postérieur et inférieur de la matrice, et qui n'était évidemment autre qu'un corps fibreux. Cette tumeur, ainsi qu'il était facile de le constater par le toucher rectal, était un peu arrondie du côté du sacrum, un peu aplatie du côté où elle adhérait à la paroi utérine, ce qui s'expliquait, d'ailleurs, par l'état de l'utérus, qui était large, étalé, distendu par le produit de la conception; d'ailleurs, parmi les variétés de ces corps fibreux, les tumeurs interstitielles surtout, ont, ainsi que vous le savez, une tendance notable à se développer en largeur dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Ici, ainsi que cela fut confirmé après la délivrance, nous avions affaire à une tumeur en partie interstitielle en partie péritonéale.

Autre phénomène intéressant, il s'écoulait, par le vagin, une quantité notable de méconium. J'auscultai pour savoir si l'enfant était bien vivant : les battements du cœur étaient alors forts et réguliers, on en comptait 130 par minute.

Comme la tête s'était un peu engagée entre la tumeur et la paroi antérieure du bassin, comme elle était fortement aplatie par la tumeur et qu'on pouvait espérer qu'elle pourrait finir par triompher de l'obstacle, sans qu'il fût besoin d'intervenir, je continuai la visite. Qnand je revins, les choses n'avaient pas changé : la tête était toujours fortement serrée entre la tumeur et la symphise des pubis, et le méconium continuait à s'écouler. J'auscultai de nouveau, et cette fois j'eus de la peine à entendre les battements du cœur, qui étaient devenus faibles, irréguliers. Je me décidai alors à faire une application de forceps.

La position de la tête n'était pas très-favorable à ce moyen, elle était placée transversalement, comme dans un bassin rétréci dans son diamètre antéro-postérieur; de plus la fontanelle antérieure était à droite, la postérieure à gauche.

C'était donc, très-vraisemblablement, une occipito-iliaque postérieure, devenue transversale, en raison même de la présence de la tumeur. Je fis donc une application de forceps latérale qui devait avoir pour double effet de réduire le diamètre de la tête de l'enfant en même temps qu'elle la ramènerait dans ses rapports normaux avec l'axe du bassin et refoulerait en arrière la tumeur, en l'aplatissant. Tout se passa comme je l'avais prévu, et, grâce à cette manœuvre, qui se fit sans grande difficulté, je fis, en quelques minutes, l'extraction de l'enfant. Il naquit ne donnant aucun signe de vie; mais après qu'on eut débarrassé le fond de la gorge de mucosités et de méconium qui s'y étaient introduits et l'obstruaient; après qu'on eut percuté, frictionné la poitrine et le ventre; au bout de quelques minutes l'enfant ne nous donnait aucune inquiétude. Quant à la délivrance, elle n'offrit rien de particulier.

Tel est le cas que je tenais à vous signaler. Mais, à cette occasion, permettez-moi de vous dire que les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi heureuse. Le pronostic, d'ailleurs, réside dans la forme, dans le siége, dans le volume du corps fibreux et dans la manière dont il est attaché à la matrice.

Je ne vous parlerai pas aujourd'hui des corps fibreux utérins, de ceux qui se développent du côté de la cavité utérine; je ne vous dirai rien non plus des fibromes péritonéaux qui, comme la variété précédente, sont cependant extrêmement importants et peuvent donner lieu à des complications fort graves; je m'arrêterai seulement un instant, dans cette séance, aux fibromes utérins interstitiels, que vous aurez fréquemment occasion de rencontrer dans votre pratique. Et, d'ailleurs, au début de leur évolution, tous les corps fibreux de la matrice sont interstitiels; seulement ils se développent plus ou moins près de la muqueuse, et c'est là ce qui décidera seulement s'ils deviendront ultérieurement interstitiels ou utérins.

Eh bien, une femme enceinte a un corps fibreux, que va-t-il arriver? Tenez pour certain que la grossesse va lui imprimer des modifications d'une nature spéciale et importantes au point de vue qui nous occupe. Elle va, en règle générale, imposer au corps fibreux des modifications analogues à celle qu'elle imprimera au tissu utérin lui-même, c'est-à-dire que, sous son influence, le corps fibreux va s'accroître, se développer, au point même, ainsi que j'en ai observé plusieurs exemples, de prendre des proportions énormes, qu'il perdra ensuite, plus ou moins notablement, après la parturition. Il y a des variétés dans la marche que ces tumeurs subissent sous l'influence de la gestatien, c'est incontestable et je n'en disconviens pas; mais ce que j'affirme et ce que je maintiens, c'est que je n'ai pas vu de fibrome utérin qui n'augmentât de volume au fur et à mesure que la grossesse progressait. Je vais plus loin : la simple congestion mensuelle suffit pour accroître le volume de ces tumeurs, et ceci est tellement vrai, qu'il existe dans la science des observations nombreuses qui démontrent que les femmes atteintes de corps fibreux de la zône inférieure de l'utérus, c'est-à-dire situés dans le voisinage de la vessie et du rectum, sont très-sujettes à avoir de la rétention d'urine ou de matières fécales au moment des règles; puis quand la congestion utérine a disparu, le corps fibreux, reprenant à peu près son volume primitif, la vessie ou le rectum sont dégagés; la constipation cesse et les urines reprennent leur cours habituel. On conçoit donc, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point, quelles difficultés va apporter à l'accouchement une tumeur semblable, dont le volume aura acquis des proportions de plus en plus notables, sous l'influence des causes que je viens de vous indiquer et surtout des grossesses répétées.

Mais le volume n'est pas tout, l'insertion joue également un rôle considérable dans le cas qui nous occupe. Plus le corps fibreux est inséré près de la partie inférieure de la matrice, plus il est rapproché du col, plus le cas est grave. Supposez, en effet, la tumeur insérée sur le segment supérieur de l'utérus, elle peut dans ces cas, par un mécanisme particulier, par le fait même de la dilatation du col, être rejetée plus haut encore, et il arrive alors un moment où, après avoir eu les plus grandes inquiétudes, le chirurgien voit la tête finir par s'engager et l'accouchement se terminer heureusement. Au contraire, le fibrome prend-il son insertion dans le voisinage du col, la tumeur ne pourra être déplacée que faiblement par les progrès du travail, et pour être expulsée, la tête devra passer à travers une issue plus ou moins étroite, formée, d'une part, par la paroi du bassin, d'autre part par la tumeur, c'est-à-dire à travers un véritable laminoir, d'où elle sortira, si les choses se passent bien, aplatie, meurtrie.

Mais, ainsi que je vous l'ai dit, dans bon nombre de cas, il ne faut pas compter que les choses se passeront de la sorte; c'est alors qu'une intervention chirurgicale est absolument nécessaire.

Parmi les opérations qui peuvent être pratiquées, figure au premier rang l'avortement provoqué. Mais ce moyen n'est praticable qu'autant que la femme n'est pas à terme, et nous supposons ici le cas où le travail est commencé. Que faire alors? L'opération césarienne, opération extrêmement grave, presque constamment funeste à la mère? l'embryotomie qui tue l'enfant, ou bien, enfin, une simple application de forceps. Mais dans le cas qui nous occupe, cette manœuvre elle-même est chose grave. J'ai vu des femmes être prises, à la suite de cette opération, d'accidents inflammatoires considérables, de métrite profonde, avec suppuration et ses conséquences, et succomber rapidement à ces redoutables complications. Notre malade, elle-même, n'est pas à l'abri de ces graves accidents, bien que chez elle les choses se soient passées très-heureusement, et que les parties n'aient pas été contuses lors de l'application de l'instrument.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

(Leçons recueillies par le docteur Garcin, chef de clinique).

La myocardite palustre et la myocardite puerpérale (1).

IV

L'esprit humain ne peut s'arrêter à l'observation pure et simple des phénomènes de la nature; il porte en lui l'idée de cause et la constatation du fait ne saurait lui suffire; il est la raison et ne croît pas connaître les choses dont il ignore l'explication. Voilà pourquoi, dans l'étude d'un état morbide, le médecin ne peut s'arrêter à l'examen des symptômes et des lésions; il veut savoir et il a besoin de savoir pourquoi et comment ces troubles morbides se produisent : c'est la pathogénie, qui est en médecine le problème du savant.

Après avoir examiné, dans leurs symptômes et leurs lésions, les myocardites paludéenne et puerpérale, nous avons

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 décembre.

à rechercher maintenant les influences pathogéniques qui ont déterminé ces altérations du cœur.

Les myocardites ont été jusqu'ici étudiées à peu près exclusivement dans les pyrexies. Deux théories pathogéniques sont nées pour les expliquer. L'une commencée par Liebermeister, achevée par Kuhne, veut qu'elles soient une conséquence de la chaleur fébrile qui coagulerait le suc musculaire. L'autre, soutenue surtout pas Hayem, invoque l'influence prédominante de l'infection ou dyscrasie.

La première s'appuie sur ce fait que la myocardite se développe dans les maladies où le thermomètre monte le plus haut. Elle est battue en brèche par des faits comme celui de Hirtz, où, dans une fièvre intermittente, la température s'est élevée à 44° sans que la myosite s'ensuivît, et, comme celui de Vallin, où, dans une fièvre typhoïde, il y eut ruptures et hémorrhagies musculaires, sans que la température eût dépassé 37°,8. Nous avons vu nous-même le thermomètre atteindre 42°,3 dans un cas de fièvre intermittente exempt de myosite, et s'arrêter à 38° dans un cas de fièvre typhoïde compliqué de myocardite.

La seconde rappelle que la myocardite, comme dans les pyrexies infectieuses, manque dans les phlegmasies franches, quelle qu'en soit l'intensité. Elle s'appuie aussi sur l'analogie des lésions produites avec celles qu'on rencontre dans les intoxications : en effet le phosphore, l'alcool et d'autres poisons provoquent aussi la dégénérescence granulo-graisseuse. Mais elle est combattue par l'observation clinique qui démontre que, dans les pyrexies, la myocardite n'est pas fatalement liée aux formes graves infectieuses.

Chacune de ces doctrines ne renferme donc pas à elle seule, la vérité tout entière et contient cependant sa part de vérité. Si on ne peut dire qu'elles se complétent l'une par l'autre, rien n'empêche de les ajouter l'une à l'autre et d'attribuer les myocardites dans les fièvres, à la chaleur et à l'infection réunies.

La pathogénie de la myocardite paludéenne vient démontrer que l'*infection pyrétique* n'est pas la seule à produire la myocardite, et ne peut pour ainsi dire pas la considérer comme sa propriété personnelle ; un autre état peut aussi la déterminer, et cet état c'est ce que j'appellerai l'*infection cachectique*.

Dans l'impaludisme, en effet, la myocardite peut naître de deux processus différents.

Le premier et le plus rare est celui qu'à découvert Vallin. Dans les fièvres pernicieuses, la myosite cardiaque peut-elle se développer comme dans les fièvres typhoïdes, les varioles, les maladies pyrétiques infectieuses? Telle est la question que Vallin s'est posée et à laquelle l'observation des faits lui a permis de répondre par l'affirmative.

Albenois s'est placé à un autre point de vue. Il était à l'affût des affections cardiaques. Il examinait le cœur de tous ses malades et il a été ainsi frappé de la fréquence des phénomènes cardiaques chez les paludéens. Il a remarqué, en particulier, les rapports qui existent entre l'impaludisme et la myocardite, et comme ses malades étaient pour la plupart sous le coup d'un impaludisme chronique, il a découvert l'influence de l'impaludisme chronique de la cachexie palustre, sur la myocardite.

Il y a donc bien, pour la myocardite paludéenne, deux pathogénies distinctes : dans l'une, c'est la fièvre pernicieuse qui agit à la manière des fièvres graves ; dans l'autre, c'est la cachexie qui opère. Dans la première, prédomine l'action phlogistique d'un état aigu ; dans la seconde, la dégénérescence à laquelle aboutit un état chronique.

Entre les deux processus, entre l'infection avec pyrexie et l'infection avec cachexie, la différence est cependant plus apparente que réelle. Dans les deux cas, en effet, ce qui domine, ce n'est pas la présence ou l'absence de la fièvre dont on a exagéré l'importance, c'est l'influence toxique d'un agent destructeur qui porte ses effets délétères sur l'organisme entier et plus particulièrement sur les viscères qu'il trouve le mieux disposés à le recevoir. La fièvre, l'élévation de température dans les cas aigus est un effet et non la cause, elle mesure la puissance et la rapidité de l'action toxique en même temps que la violence de la lutte engagée dans l'organisme. Mais dans les cas aigus et chroniques, c'est toujours le même ennemi qui porte les mêmes coups et poursuit le même résultat : substituer à l'activité normale une suractivité pathologique qui aboutit à la destruction des éléments de l'organe, utiles à la fonction.

C'est ce résultat, que dans la myocardite, le microscope nous dévoile et qui se traduit d'un côté par la réduction de l'élément utile, la fibre musculaire, de l'autre par la prolifération exagérée d'un tissu de remplissage, le tissu conjonctif. Dans les cas aigus fébriles, cette action est rapide et passagère; elle est plus lente mais plus durable dans les cas chroniques, cachectiques. On guérit beaucoup plus facilement d'une myocardite par pyrexie, que d'une myocardite par cachexie ; c'est toute la différence qu'il y a entre les deux myocardites paludéennes, la première n'était qu'une surprise, la seconde est une véritable défaite.

La myocardite puerpérale conduit aussi, par deux voies distinctes, au même but.

Remarquez que les cas d'état puerpéral où nous avons vu se développer la myocardite et l'insuffisance mitrale qui en dépend, se divisent en deux catégories :

D'un côté il y a la fièvre puerpérale proprement dite, compagne et conséquence de la métro-péritonite. Ici la maladie engendre la myocardite au même titre que la produisent les fièvres graves infectieuses, au même titre que la produit, en particulier, la fièvre purulente.

Mais d'autre part, nous avons rencontré aussi des cas de myocardite capables de déterminer l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale et, qui plus est, la mort par syncope, sans que l'examen clinique ni l'autopsie cadavérique aient révélé le moindre symptôme de fièvre puerpérale, la moindre trace de métro-péritonite. C'est alors, non plus la fièvre puerpérale qui est en cause, mais l'état puerpéral, c'est-à-dire la situation nouvelle dans laquelle la femme a été placée par la grossesse et l'accouchement.

Comment, dans cette seconde catégorie de cas, se produit la myocardite ?

La femme, pendant la grossesse, se trouve, remarquez-le bien, dans deux ordres de conditions nouvelles qui peuvent influer sur le cœur : conditions nouvelles toutes particulières de la circulation, conditions nouvelles de l'organisme entier.

Les changements qui se passent dans la circulation sont : 1° une augmentation de la masse du sang; 2° dans la dernière période, un obstacle à la circulation du sang veineux.

L'augmentation de la masse du sang, signalée d'abord par Beau, a été démontrée surtout par Peter. Elle provient de la circulation utéro-placentaire. Le sang augmente de quantité puisque, sans cesser de circuler dans les autres organes, il circule de plus dans celui-la ; ce qui rend physiologiquement nécessaire, une hémorrhagie modérée après l'accouchement.

C'est donc là un surcroît de travail du côté du cœur qui doit mouvoir cette circulation supplémentaire, il faut que le cœur batte pour deux, suivant l'expression de Peter, comme il faut que le poumon oxygène du sang pour deux.

En même temps que le cœur doit pousser une masse de sang plus considérable, il y a obstacle à la circulation veineuse parce qu'il y a obstacle à l'abaissement du diaphragme qui, par son rôle de pompe aspirante, exerce une influence considérable sur la circulation des gros troncs veineux. Or, un obstacle à la circulation veineuse, un obstacle sur un point quelconque de la circulation, entrave la circulation tout entière et impose au cœur encore un surcroît de travail.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

L'anévrysme artério-veineux de l'artère fémorale et de sa veine satellite, n'est pas, somme toute, une affection très-rare; du moins en possède-t-on un bon nombre d'exemples de cause spontanée ou traumatique, bien que ces derniers soient évidemment de beaucoup les plus nombreux. Notre musée en renferme un spécimen magnifique, offert par M. Beaumont, du Canada (nº 1570, C), dont l'intéressante observation se trouve dans le *Medical Times and Gazette*, du 17 juillet 1867. Elle est digne d'une étude attentive, parce qu'elle contient plusieurs traits fort singuliers, sur lesquels le temps ne me permet pas de m'appesantir. Il me suffira de dire que la communication entre l'artère et la veine semble avoir persisté pendant dix ans et demie (après une blessure suivie d'une hémorrhagie fort alarmante), avant la formation de la tumeur; et la preuve en est dans ce fait que, pendant toute cette période, le bruit particulier avait été perceptible, non-seulement pour le malade, mais pour les personnes qui l'approchaient. La cause était une plaie par instrument piquant reçue dans une querelle, et l'hémorrhagie avait été tellement abondante que, pendant deux jours, le malade fut près de mourir. Ce fut seulement après cette longue période de repos, qu'un sac anévrysmal semble s'être formé à la suite de quelque effort, le malade étant à cheval, ce qui détermina probablement la rupture d'une partie affaiblie de la paroi artérielle. Le malade mourut pendant qu'on lui administrait le chloroforme, en vue de faire la ligature de l'iliaque externe, opération qui nécessitait le rapide accroissement de la tumeur. Cependant, comme le remarque M. Beaumont, l'état des parties, révélé par la dissection, donne à penser qu'il est fort peu probable que l'opération eût pu réussir, car la veine fémorale superficielle est entièrement bouchée au-dessus et au-dessous de l'orifice de communication avec l'artère, et l'artère fémorale profonde avec sa veine sont tellement comprimées par la tumeur, qu'elles ne peuvent livrer passage qu'à une quantité de sang imperceptible. En outre, et comme dans la plupart des anévrysmes artério-veineux, l'artère endessus de la tumeur, est affaiblie, dilatée et recourbée sur elle-même, de façon que l'iliaque externe mesure cinq pouces de longueur. Les mêmes particularités se montraient également chez le malade de M. Perry; l'iliaque externe était tellement repliée sur elle-même, qu'elle formait une tumeur pulsatile qui faisait soupçonner, en ce point, l'existence d'un autre anévrysme. D'où il résulte, que si on eût complété l'opération, il semble que le malade eût succombé soit à l'hémorrhagie secondaire, soit à la gangrène. Autrement l'oblitération de la veine fémorale au-dessus et au-dessous de l'orifice aurait été par lui-même une condition favorable, en rapprochant l'anévrysme artério-veineux des conditions des anévrysmes artériels ordinaires. Encore est-il permis de douter, d'après l'observation, du degré qu'atteignait cette oblitération pendant la vie, puisque le souffle et le thrill semblent avoir été perçus jusqu'à la fin.

Avant d'en terminer avec cette observation, j'ai à faire quelques remarques sur deux de ces traits principaux. Le premier est que, comme dans le cas d'anévrysme artério-veineux de la cuisse, de Perry, le sac était ossifié. C'est peut-être une chose plus curieuse que pratiquement intéressante. Mais il est certainement important, au point de vue pratique, de noter que, malgré l'oblitération de la veine fémorale par des caillots, malgré l'aplatissement de la veine fémorale profonde par le sac porté au point qu'elle était à peine perméable, les veines qui s'anastomosent avec la saphène suffisaient tellement bien à l'entretien de la circulation que, non-seulement il n'y eut pas de gangrène, mais qu'il n'y eut même pas d'œdème du membre. C'est assurément là un fait qui ne doit pas être négligé quand on considère l'opportunité, dans des circonstances qui seraient autrement désespérées, de lier la veine et l'artère quand on opère un anévrysme artério-veineux.

Il y a beaucoup d'autres observations d'anévrysme artério-veineux de la cuisse que j'aimerais, si le temps me le permettait, à vous rappeler en détail. L'une des plus importantes est celle de Perry (*Med. Chir. Trans.* vol. XX); sans cause connue, un anévrysme artério-veineux apparut dans la cuisse d'un homme d'âge moyen qui, depuis deux ans environ, avait un anévrysme au niveau de la bifurcation de l'artère poplitée du même côté. J'insisterai sur quelques-uns des traits principaux de ce cas, qui mériterait cependant une étude plus approfondie.

Mais, de toutes les observations que renferme la littérature chirurgicale, la plus intéressante et celle qui conduit aux considérations spéculatives les plus larges sur la pathologie et le traitement des anévrysmes, est celle de M. Oliver Pemberton (*Med. Chir. Trans.* vol. XLIV). Dans ce cas, le malade avait un anévrysme spontané de l'artère tibiale postérieure, ce qui est une chose rare. Cet anévrysme avait été guéri par la compression de la fémorale dans l'aine à l'aide d'un tourniquet, maintenue pendant neuf mois avec des intervalles de suspension et portée souvent jusqu'à un point tel que le malade ne pouvait plus la supporter. Il faut remarquer qu'on avait constaté à l'avance que la fémorale était, des deux côtés, dure et ressemblait à une corde. Neuf ou dix mois après la guérison de cet anévrysme, un anévrysme artério-veineux apparut dans l'aine, au point où avait porté la compression, et il alla en augmentant jusqu'à la mort qui survint vingt mois après, par suite d'hydropisie symptomatique d'une maladie du cœur et du foie. Pendant ce temps la maladie avait fait des progrès, les veines étaient devenues grosses et tortueuses et l'extrémité était fort gonflée. Ce fut évidemment l'état des viscères qui empêcha de tenter la cure de l'affection et cette contre-indication était, sans aucun doute, formelle.

Je suis embarrassé de choisir entre les nombreux points intéressants que présente ce fait si connu et qui ont trait :

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 décembre.

1° à la pathologie de l'affection; 2° à son diagnostic; 3° à son traitement. Je ferais peut-être mieux de laisser de côté le premier point pour le traiter après, quand nous en viendrons à parler des fâcheuses conséquences possibles de la compression appliquée pendant longtemps à des artères qui ne sont pas parfaitement saines. J'admets complétement la possibilité et même la probabilité de l'hypothèse de M. Pemberton, que la communication entre l'artère et la veine était la conséquence d'une action chronique quelconque, exercée sur les parois de l'artère par une compression de longue durée, quoique ni l'auteur ni personne ne puisse prouver que ce fût là la véritable cause, surtout quand on considère les nombreux points de ressemblance de ce cas avec celui de Perry, qui, sans aucun doute, était spontané. Quant au diagnostic, je dois me borner à dire qu'il fut établi d'une manière précise et correcte par la constatation du murmure aigu, ressemblant aux mouvements d'un marteau de forge à vapeur et tellement aigu qu'il devenait fort désagréable de maintenir le stéthoscope au delà de quelques moments; ce bruit se percevait en un point spécial de la tumeur et le long des veines dilatées qui y aboutissaient en haut et en bas. Il eût été parfaitement inutile de parler de traitement dans un semblable cas, où le malade se mourait d'une maladie viscérale et où la tumeur anévrysmale n'était qu'une cause très-secondaire de ses souffrances. Mais néanmoins le fait est fort instructif, surtout mis en rapport avec celui de Perry, parce qu'il montre tout au moins ce que l'on eût dû éviter. Dans les deux cas, il y avait une petite tumeur, causant une dilatation veineuse et un œdème considérable, de même qu'une dilatation, un amincissement et une élongation remarquables de l'artère, au-dessus de son point de communication avec la veine, circonstance qui a été souvent notée dans les anévrysmes artério-veineux.

Les conclusions que l'on peut tirer de l'état de ces faits et d'autres encore, sont au nombre de deux:

1° Le traitement doit tendre à oblitérer l'orifice de communication entre l'artère et la veine. C'est de cette communication que semblent procéder toutes les conséquences secondaires de l'affection, telles que la varicosité des veines, la dégénérescence de l'artère, l'œdème, la douleur et la perte des fonctions du membre. L'oblitération peut en être obtenue par les trois moyens suivants: 1° En ouvrant le sac et en liant l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie. Quand cela a été fait, le jugement du chirurgien doit lui indiquer s'il faut également lier la veine. 2° En liant l'artère au-dessus et au-dessous, mais à l'extérieur du sac. 3° Par la compression appliquée sur l'orifice veineux et sur l'artère au-dessus du sac.

C'est par la méthode de Vanzetti que l'on arrive le mieux à réaliser simultanément ces deux conditions. Mais on a réussi dans quelques cas, en comprimant d'abord l'orifice veineux jusqu'à ce qu'il ait été oblitéré par des caillots; l'anévrysme artério-veineux est ainsi converti en un anévrysme artériel simple, qui est ensuite traité à la manière ordinaire.

2° Tous les cas qui ont été disséqués à une période avancée de la maladie prouvent que l'artère s'est tellement amincie et dilatée au dessus de la tumeur, qu'aucune intervention opératoire ne peut réussir. De là, la nécessité de traiter la maladie énergiquement dès le début et de renoncer à toute intervention opératoire quand l'on n'est appelé auprès du malade, qu'à une période trop avancée.

On rapporte encore plusieurs observations d'anévrysme artério-veineux de la cuisse, comme le montre le tableau suivant, bien que je ne prétende pas que ce soit là tout ce qu'on puisse trouver dans nos bibliothèques, après de consciencieuses recherches:

Bransby Cooper. — Traumatique. — *Guy's hosp. reports*, vol. III, sér. 2.

Perry. — Spontané. — *Med. chir. trans.* XX.

Pemberton. — Spontané ou traumatique. — *Med. chir. trans.* vol. XLIV.

Monneret. — La source n'a pu être trouvée.

Hennin. — Traumatique. — *Military surgery*, 3e édit. p. 185.

Beaumont. — Traumatique, — *Med. Times, july* 27, 1867.

Morrisson. — Traumatique. — *Am. journ. med. sc.* XXII. 1838, p. 329.

Lallemand. — Traumatique. — *Gaz. méd.* 1841, p. 172.

Baroni. — Traumatique. — *Arch. gén.* 1840, série 3, vol. VIII, p. 105.

Spence. — Traumatique. — *Ed. med. journ. july*, 1869.

Gayet. — Traumatique, vaisseaux profonds. — *Gaz. hebd.* 1864.

Amphlett. — Spontané. — Adresse de O. Pemberton.

Hamilton. — Traumatique. — Richmond hosp. Dublin. *Statistique de l'hôpital*, n° 289. Artère liée au-dessus et au-dessous avec succès.

Nous avons là, je crois, des matériaux suffisants pour établir le diagnostic et la symptomatologie des anévrysmes artério-veineux des vaisseaux fémoraux. Mais les renseignements sur le traitement sont beaucoup moins satisfaisants.

Dans quelques-uns, on n'adopta aucun traitement. L'opération de Hunter par l'iliaque externe fut essayée dans le cas de Gayet, mais trop tard pour avoir une influence quelconque sur l'issue fatale de la maladie; et comme c'était la profonde, et non la fémorale primitive ou superficielle, qui était atteinte, ce cas se trouve être en dehors de la catégorie ordinaire. Cependant il ne résulta de l'opération ni gangrène ni autres fâcheuses conséquences. On ne peut en dire autant des autres anévrysmes artério-veineux de la cuisse, pour lesquels on a pratiqué la même opération. Tous les exemples connus de ligature de l'iliaque externe ou de la fémorale au dessus de la tumeur pour anévrysmes variqueux de la cuisse, se sont terminés fatalement.

Trois cas sont rapportés dans la table de Norris, celui de Morrisson, celui de Baroni et celui de Lallemand dont le premier est fort singulier. La blessure causée par un instrument piquant, existait depuis longtemps et la tumeur avait le volume d'une tête d'enfant pendant sur la cuisse, et la peau était tellement amincie qu'elle semblait sur le point de se rompre. Cette tumeur était évidemment trop volumineuse pour être ouverte, et la ligature de l'iliaque externe était une mesure désespérée à la suite de laquelle le malade mourut rapidement. La seule leçon à tirer de ce fait, c'est que l'on ne devrait pas laisser la maladie en arriver à ce point sans la traiter.

Le cas de Baroni montre encore l'impuissance de la ligature de l'iliaque externe dans le traitement de ces anévrysmes. La tumeur était située au niveau du pli de l'aine et résultait d'une blessure de l'artère fémorale primitive et de la veine. Tout alla bien après la ligature, quoique le chirurgien ait remarqué que les pulsations avaient reparu trois jours après l'opération. Cependant elles disparurent de nouveau; la ligature tomba le neuvième jour sans hémorrhagie, mais le quarantième jour le sang fit irruption, venant du sac, à ce que l'on croyait. L'hémorrhagie continua jusqu'au quarante-troisième jour et on prit alors la résolution désespérée d'ouvrir le sac et d'essayer de lier les vaisseaux.

L'hémorrhagie fut telle que le malade fut presque sur le point de mourir sur la table d'opération; la fémorale fut liée au-dessous de la tumeur, mais il est difficile de savoir si les veines et la fémorale profonde furent liées ou non. D'après la description, on peut conclure que le chirurgien fut heureux de pouvoir remplir la plaie de compresses et de faire sortir vivant son opéré, de la salle d'opérations. Le malade mourut peu après.

Tel est aussi le cas de Hennen. Le malade fut blessé à Waterloo par une balle qui effleura l'artère fémorale à un demi-pouce au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. Il se forma, peu de temps après, une tumeur que Hennen diagnostiqua un anévrysme artério-veineux, et comme il dit, il fit remarquer au chirurgien qui l'avait fait appeler les caractères, principaux de cette affection: disparition de la tumeur en comprimant les veines superficielles, le gonflement de ces dernières quand on chassait le sang de la tumeur, le souffle sibilant et le mouvement de frémissement des veines très-perceptible à chaque pulsation du cœur. Il conseilla de s'abstenir de toute opération et prescrivit des applications froides, des saignées, un régime antiphlogistique et la digitale. Voici ce qu'il dit de ce qui arrriva plus tard: « Je n'entendis plus parler du pauvre... si ce n'est des gémissements de sa dernière heure. Dans un mauvais moment, on avait proposé de lier l'iliaque externe et cette opération fut faite peu de temps après que j'eus cessé de voir le malade. Au bout de soixante heures il avait cessé de vivre, la gangrène étant survenue immédiatement. » Il ajoute que l'autopsie confirma le diagnostic.

Le cas de Lallemand est important parce qu'il fut traité par la méthode d'Anel. La fémorale primitive fut liée au-dessus du siége d'un anévrysme variqueux traumatique; mais une hémorrhagie secondaire survint par le bout inférieur de l'artère, attribuée par le rédacteur de l'observation M. Alquié, à ce que la fémorale profonde se trouvait immédiatement au-dessous de la ligature. On lia alors l'iliaque externe, mais cela n'arrêta pas l'hémorrhagie et le malade mourut. Je dois remarquer qu'ici la tumeur était petite et que l'artère eût pu être trouvée et liée en dessous de la tumeur aussi bien qu'en dessus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux d'Andabre et du Cayla (Aveyron), pour l'année 1877 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bouffé, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté).

2° Une lettre de M. le préfet de la Somme, qui adresse deux exemplaires des comptes rendus des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de la Somme, pendant l'année 1876.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel de ses commissions permanentes.

Sont élus en remplacement des membres sortants:

Commission des épidémies. — MM. Guéneau de Mussy, Jaccoud.

Commission de vaccine. — MM. Oulmont, Devilliers.

Commission des remèdes secrets. — MM. Planchon, Jolly.

Commission des eaux minérales. — MM. Chevallier, Poggiale.

Comité de publication. — MM. Dechambre, Richet, Verneuil, Magne, Latour.

RAPPORTS

M. Pidoux, au nom de la commission du prix Vulfranc Gerdy, lit un rapport sur les résultats du concours ouvert pour ce prix.

M. Briquet, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture de son rapport sur les épidémies qui ont régné en France durant l'année 1875.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1877.

357. Delorne. De l'orchi-épididymite prétendue par effort.
358. Purrey. Réflexions sur les luxations traumatiques de la rotule en dehors.
359. Laffont. Étude sur les tumeurs papillaires de la langue.
360. Bayart. De l'asphyxie tuberculeuse aiguë.
361. Berguien. De l'atrophie du membre abdominal dans la coxalgie.
362. Pernin. Considérations sur la fièvre syphilitique.
363. Colard. Contribution à l'étude de l'érythème scarlatinoïde généralisé.
364. Mussé. Causes de la mort subite.
365. Besson. Dystocie spéciale dans les accouchements multiples.
366. Pineau. De quelques accidents névropathiques à distance observés tardivement à la suite de lésions des nerfs.
367. Pouzet. Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle.
368. Moreau. Contribution à l'étiologie des varices.
369. Bimbenet. De la rupture interne ou incomplète des artères.
370. Colin. De la taille stomacale.
371. Royet. De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École supérieure de pharmacie de Paris. — Plusieurs prix doivent être mis au concours, pour la première fois, dans l'année scolaire 1877-78, savoir: prix Henri Guignet (annuel), 1er prix, 600 fr., 2e prix, 400 francs. — Prix Laroze (annuel), 500 francs. — Prix Gobley (biennal), 2,000 francs, sera délivré en 1878-79.

Conditions des concours. — Prix Guignet. — Les deux prix sont fondés en faveur des élèves ayant suivi les travaux de physique: épreuve complémentaire, composition écrite de physique.

Prix Laroze. — Sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'analyse qualitative et quantitative.

Prix Gobley. — Fondé en faveur du meilleur travail, soit sur un sujet proposé par l'école, soit sur un sujet quelconque, se rattachant aux sciences pharmaceutiques.

Le sujet du prix Menier, pour l'année présente est le suivant: Les insectes qui produisent la cire.

—La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale, le 16 décembre 1877, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1878.

Président: M. Edouard Laboulaye, de l'Institut. — Vice-présidents: MM. le baron Larrey, Colmet d'Aage, Paul Pont et le docteur Jules Bergeron. — Secrétaire général: M. le docteur L. Lunier. — Secrétaires généraux adjoints: MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne. — Secrétaires des séances: MM. les docteurs Magnan et Vidal. — Bibliothécaire archiviste: M. le docteur A. Motet. — Trésorier: M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque

année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalées comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1878, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur la trachéotomie, par le docteur Moreau. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Delahaye et Ce.

Du Bégaiement et de son état physiologique, par le docteur J. Godard. — In-8° de 64 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Étude clinique sur les paralysies hystériques des quatre membres, par le docteur Chevalier. — In-8°. Prix : 2 fr 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Calculs chez la femme. Étude sur leur traitement, par le docteur E. Rogie. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Physiologie des sons de la voix et de la parole, par le docteur Édouard Fournié. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

TABLE DES MATIÈRES

1877

A

B

C

D

E

F

G

H

I

O

P

Q

R

S

T

NOMS DES AUTEURS

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.



